

## บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด  
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตEffect of a Positive Communication Program on Stress and Coping Strategies  
for Relatives of Critically Ill Patients

Received: Feb 2, 2021  
Revised: May 20, 2021  
Accepted: May 31, 2021

อังคณา สมคง พย.ม. (Angkana Somkong, M.N.S.)<sup>1</sup>

สุทัศน์ สุphanาม พย.ม. (Suthat Supanam, M.N.S.)<sup>2</sup>

กรรณิกา รุกยิ่งเจริญ พย.ม. (Kunnika Rugyingcharean, M.N.S.)<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

**บทนำ:** การสื่อสารทางบวกมีความสำคัญต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต

**วัตถุประสงค์การวิจัย:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยศัลยกรรมและอุบัติเหตุ และหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงให้เข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารทางบวกจากผู้วิจัย จำนวน 3 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน 4 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test

**ผลการวิจัย:** พบว่า โปรแกรมการสื่อสารทางบวกมีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยคะแนนความเครียดและการเผชิญความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p < .001$ ) และคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกอยู่ในระดับสูง

**สรุปผล:** จากผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถลดความเครียดและญาติสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

**ข้อเสนอแนะ:** เพิ่มระยะเวลาในการติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรม 1-2 สัปดาห์ เพื่อติดตามความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการให้คำแนะนำปรึกษาช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสื่อสารทางบวก, ความเครียด, การเผชิญความเครียด, ญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยวิกฤต

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

<sup>1</sup>Corresponding author, อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก, E-mail: ajtabu@gmail.com

<sup>2</sup>อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก, E-mail: Suthat.supanam@gmail.com

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก, E-mail: rugying@gmail.com

Faculty of Nursing, St Theresa International College, Nakhon Nayok, Thailand

## Abstract

**Introduction:** Positive communication is important for stress and coping of relatives of critically ill patients.

**Research objectives:** The study aimed to investigate the effect of a positive communication program on stress and coping strategies of relatives of critically ill patients.

**Methods:** This quasi-experimental study used a one-group pretest-posttest design. A purposive sampling technique was used to recruit 30 participants. All of them were relatives of critically ill patients admitted to the surgical trauma ward and surgical intensive care unit at Buddhasothron Hospital during February 2019 to February 2020. The participants participated in 3 sessions of the positive communication program. Data were collected using a set of questionnaires including a personal information sheet, stress assessment questionnaire, stress and coping strategies questionnaire for relative of critically ill patient, and satisfaction assessment questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), independent t-test, and Paired t-test.

**Results:** Results showed that the positive communication program had affected on stress and coping strategies of relatives of critically patients. The stress and coping scores at follow-up were statistically significantly lower than at baseline scores ( $p < .001$ ). At follow-up, the relative satisfaction score of critically ill caregivers was high.

**Conclusions:** The positive communication program on stress and coping strategies for relatives of critically ill patients effectively decreased stress. The relatives of critically ill patients might choose appropriate coping methods.

**Implications:** After receiving a program 1-2 weeks, timing to follow-up the participants should be increased to monitor stress and coping of the relatives of critically ill caregivers, These findings could be used as a guideline to develop nursing care quality and counseling for relatives of critically ill patients to help them cope with stress effectively.

**Keywords:** positive communication program, stress, coping strategies, relatives, critically ill patients

## บทนำ

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีความเสี่ยงสูง และคุกคามต่อชีวิต สามารถเกิดขึ้นได้ทันทีทันใดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะ หรือระบบของร่างกายที่สำคัญ อาจเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังหรือเกิดจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว เพื่อประเมินการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม จากบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน<sup>1</sup> การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ<sup>2</sup> เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายที่เกิดจากความเครียดและความวิตกกังวลได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลงและขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม ด้านจิตใจคือ ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้าโศก และอาการซึมเศร้า ด้านสังคม คือบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป การทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นลดลง คุณภาพชีวิตลดลง และทางด้านเศรษฐกิจ คือสูญเสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน<sup>3-4</sup> เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ นับว่าเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุอันควรให้ทราบล่วงหน้า การบาดเจ็บดังกล่าวทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดได้ ซึ่งความเครียดนี้อาจเกิดจากความไม่แน่นอนในอาการ จากความเจ็บป่วยที่เป็นของบุคคลในครอบครัวที่อาการวิกฤตต้องรักษาในโรงพยาบาล<sup>5</sup>

จากการสังเกตพฤติกรรมของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม พบว่า พฤติกรรมของญาติในระยะเวลาที่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวของตนเองได้รับอุบัติเหตุ และต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เกิดอาการช็อค ตกใจ ร้องไห้ พึมพำ กลัว ยืนงอ บางรายถึงกับเป็นลม หงุดหงิดลงนั่งกับพื้น และสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยซ้ำ ๆ ไปมา และมีหลายๆ

คำถามที่ญาติสงสัย การพูดคุยเจรจากันระหว่างเจ้าหน้าที่และญาติ ไม่มีเวลามากพอที่จะให้ข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างละเอียด และมีแบบแผนบางครั้งจำเป็นต้องใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ทำให้ญาติเกิดความเครียด สงสัยในอาการที่เป็น มีความวิตกกังวลและตกใจกลัว ญาติบางรายแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร้องตะโกนเสียงดัง ต่ำหนืดตนเอง บ้างก็ตำหนิว่ากล่าวทีมบุคลากรที่ดูแลว่าให้ข้อมูลไม่ชัดเจน บ้างก็ต้องการพบแพทย์ทันทีเพื่อขอให้รักษาผู้ป่วยให้รอดปลอดภัย พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าญาติยังมีการรับรู้เหตุการณ์ไม่ถูกต้องรวมทั้งมีรูปแบบในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ส่งผลให้ญาติดูแลผู้ป่วยมีความเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้นได้ การรับรู้ข้อมูลเหตุการณ์ที่ถูกต้องมีแหล่งข้อมูลทางสังคมเพียงพอ จะส่งผลให้มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม<sup>7</sup>

ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว วิตกกังวลกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามชีวิตและจิตใจ ก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะของร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล การพยาบาลบุคคลที่มีความเครียด เป็นการแก้ไขสถานการณ์ของบุคคลกับสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น ลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดและพัฒนาทักษะกับการจัดการกับปัญหาได้<sup>8</sup> พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลและสมาชิกในครอบครัว ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อีกทั้งยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ดูแลให้บุคคลเกิดความปลอดภัยและผ่านช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตไปด้วยดี

ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความสำคัญของการสื่อสารให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ญาติดูแลผู้ป่วยวิกฤต อย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน เนื่องจากปัจจุบันพบว่า โปรแกรมเพื่อจัดการความเครียดและการเผชิญความเครียดในญาติดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างกันกับผู้ดูแล เป็นเพียงการให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นโดยรวม ทำให้ญาติดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีความเครียดและการเผชิญความเครียดไม่เต็มที่เท่าที่ควร<sup>9</sup> ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการ

เผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อช่วยลดความเครียดและการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแล อีกทั้งยังสามารถกำกับติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนที่วางไว้ได้อย่างเหมาะสม<sup>10</sup>

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

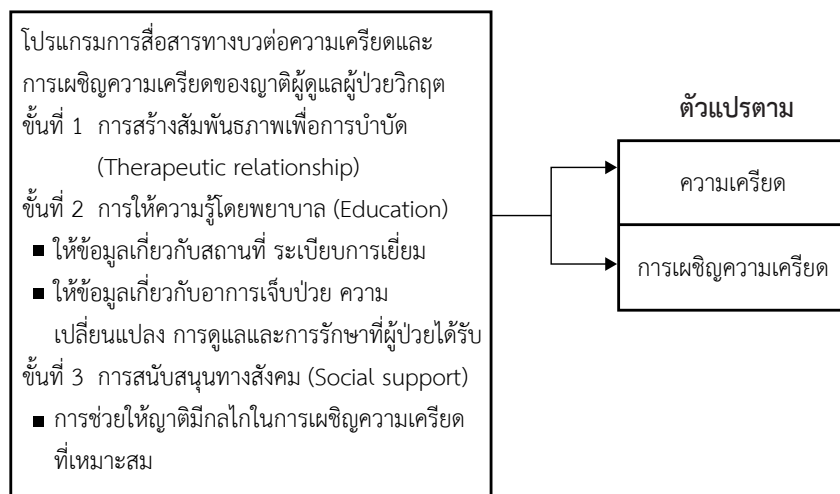
โปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman<sup>11</sup> เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นทฤษฎีความเครียดเชิงจิตวิทยาที่มีแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่สำคัญคือ ความเครียด การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียด โดยความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ใช้การประเมิน 2 ลักษณะ ได้แก่ การประเมินปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลว่าอยู่ในลักษณะแบบใด และการประเมินทุติยภูมิเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่าง ๆ

ที่บุคคลนั้นมีเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่อย่างเต็มกำลังความสามารถ เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส สามารถอธิบายสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องดูแล ไข้ไข้ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตได้รับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โดยญาติผู้ดูแลและประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ ญาติผู้ดูแลแต่ละรายเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามศักยภาพของแหล่งประโยชน์<sup>4</sup> ดังแสดงในภาพที่ 1

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อวัดระดับคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต

### ตัวแปรต้น



ภาพที่ 1 โปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต

## สมมติฐานการวิจัย

คะแนนระดับความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตลดลงหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน และหลังการทดลอง (one group pretest – posttest design) ศึกษาในญาติที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและอุบัติเหตุชาย หออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Glass<sup>12</sup> ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.52 ซึ่งอยู่ในระดับกลาง (medium effect size) หลังจากนั้นเปิดตารางของ Cohen<sup>13</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 ราย และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงเก็บตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย ในงานวิจัยนี้ญาติสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 3 ครั้ง และไม่มีผู้ถอนตัวออกจากการวิจัย โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

- 1) ญาติที่มีอายุ ระหว่าง 18 ปี ถึง 60 ปี
- 2) ผู้ป่วยวิกฤตที่มีความรุนแรงของโรคซึ่งประเมิน

โดย Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) จากหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป

3) เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก และสามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน ในระยะเวลา 3 วันต่อเนื่องกัน

4) มีความเครียดประเมินโดยแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต มีคะแนนมากกว่าศูนย์

5) สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้

6) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยการลงชื่อในใบเซ็นยินยอม

เกณฑ์การคัดออกคือ

1) ญาติที่ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย

2) ญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 3 วัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1** โปรแกรมการสื่อสารทางบวก โดยมีคู่มือการให้ข้อมูลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต และการสื่อสารทางบวกตามทฤษฎีการดูแลของ Watson<sup>14</sup> ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับสถานที่พักสำหรับญาติ ระเบียบการเยี่ยม ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับ อาการ ความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลง การดูแลและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเบื้องต้น แผนการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้ ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับแนวทางการดูแลให้การพยาบาลจากพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย พิจารณาจากอาการที่พบ เช่น การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอก การให้อาหารทางสายยาง การช่วยออกกำลังกายบนเตียง และส่วนที่ 4 เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจ โดยใช้แนวความคิดเชิงบวก เป็นต้น มีขั้นตอนในการสื่อสารทางบวกดังนี้

**ส่วนที่ 2** เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอุบัติเหตุ ที่ผู้วิจัยสร้างเองเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2.2 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (likert scale) 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด จนถึง 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด ผู้วิจัยไม่ได้ตัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบ

2.3 แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตของ Jalowice<sup>15, 4</sup> จำนวน 36 ข้อ ประเมินการเผชิญความเครียด 3 ด้านคือ การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ 9 ข้อ การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึก 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (likert scale) คือ ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนกระทั่งถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน ผู้วิจัยไม่ได้ตัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ / ขั้นตอนการสื่อสารทางบวก, ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล และด้านความพึงพอใจโดยรวม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (likert scale) 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุดจนถึง 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะอื่น ๆ ที่เป็นคำถามปลายเปิด (open question) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยทั้งหมด 3 ชุด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลชำนาญการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลชำนาญการด้านเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน โดยได้ค่า Index of item Objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.78 และนำไปหาค่าความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา เอกสารเลขที่ STIC 006/2017 และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เอกสารเลขที่ BSH-IRB 012/2562 หลังจากนั้นดำเนินการโดยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการขอใช้ข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนแนบกับแบบสอบถามที่มอบให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมวิจัยในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยไม่พบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเกิดความไม่สบายใจหรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ข้อมูล โดยโปรแกรมการสื่อสารทางบวกที่พยาบาลผู้วิจัยสื่อสารกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ไม่มีการรักษาพยาบาลเกิดขึ้น เมื่อพบว่าคำถาม บทสนทนาทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเครียด ไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะหยุดการทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ประโยชน์ที่ได้รับ ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการเข้าร่วมวิจัยและการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยปฏิบัติตามโปรแกรมการสื่อสารทางบวก 3 ครั้ง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

(Therapeutic relationship) เป็นการสำรวจปัญหา และวิเคราะห์ความต้องการ

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ใช้เวลา 20-30 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ตอบแบบประเมินความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียด ครั้งที่ 1 และค้นหาปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้วิจัยในครั้งต่อไป ทั้งนี้ได้ชี้แจงให้กลุ่มทดลองทราบว่ามีการโทรนัดหมายต่อเนื่องทุกวัน ตลอดระยะเวลาที่ร่วมโครงการเวลาประมาณ 9.00 น. เพื่อนัดหมายในการให้ข้อมูลตามโปรแกรมการสื่อสารทางบวก

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้โดยพยาบาล (Education) เป็นการให้ข้อมูล ทางเลือกและเป้าหมาย

ครั้งที่ 2 วันที่ 2-3 ใช้เวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยมอบคู่มือการให้ข้อมูล และชี้แจงรายละเอียดในคู่มือทุกส่วน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับสถานที่พักสำหรับญาติ ระเบียบการเยี่ยม ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับ อาการความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลง การดูแลและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเบื้องต้น แผนการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้ ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับแนวทางการดูแลให้การพยาบาลจากพยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย พิจารณาจากอาการที่พบ เช่น การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอก การให้อาหารทางสายยาง การช่วยออกกำลังกายบนเตียง ส่วนที่ 4 เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจโดยใช้แนวความคิดเชิงบวก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสรุปและประเมินความก้าวหน้าการรับทราบข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยมีผู้วิจัย และทีมสุขภาพของหอผู้ป่วยคัดลยกรรมและอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพุทธโสธร ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปข้อมูลในครั้งที่ผ่านมาเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการศึกษาข้อมูลจากคู่มือที่ผู้วิจัยมอบให้

ครั้งที่ 3 วันที่ 4-6 ใช้เวลา 20-30 นาที ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์เกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียด ตลอดจนการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างมาตอบแบบประเมินครั้งที่ 2 ในวันที่ 7

ครั้งที่ 3 วันที่ 7 ใช้เวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความเครียด ครั้งที่ 2 แบบวัดการเผชิญความเครียด ครั้งที่ 2 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสื่อสารทางบวก ผู้วิจัยกล่าวสรุปการเข้าร่วมโปรแกรมและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพในครอบครัว อาชีพหลัก ลักษณะค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา (n=30)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความเครียด การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (dependent t-test)

### ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 18 คน ร้อยละ 60 และเพศชาย 12 คน ร้อยละ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.66 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 46.66 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001 ถึง 15,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ 5,001 ถึง 10,000 บาท ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 23.34 รองลงมาคือค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 13.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า/บัตรทองในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 80 ไม่พบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษามากที่สุด ร้อยละ 46.66 รองลงมาคือ มีค่าใช้จ่ายระหว่างเข้า ร้อยละ 40

คะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 55.23, SD = 8.71) และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตลดลงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 40.53, SD = 6.86) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวก (n=30)

ความเครียด	Mean	SD.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55.23	8.71	11.26	30	.000**
หลังการทดลอง	40.53	6.85		30	

หมายเหตุ \*\* p < .001

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวก (n=30)

การเผชิญความเครียด	Mean	SD.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	2.42	3.85	3.43	30	.000**
หลังการทดลอง	3.75	5.63		30	

หมายเหตุ \*\* p < .001

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต (n=30)

ความพึงพอใจ	คะแนนที่เป็นไปได้	Mean (SD.)	การแปลผล
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการสื่อสารทางบวก	3 - 15	14.00 (0.87)	ดีมาก
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล (พยาบาล)	6 - 30	29.57 (0.82)	ดีมาก
ความพึงพอใจภาพรวมของโครงการ	1 - 5	4.83 (0.34)	ดีมาก

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.42, SD.= 3.85) และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.75, SD = 5.63) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังตารางที่ 2

วิเคราะห์ความพึงพอใจหลังจากได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.83, SD = 0.34) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการสื่อสารทางบวกและด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 3



## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman<sup>11</sup> เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์รุนแรงในชีวิตจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่เมื่อบุคคลสามารถรู้จักวิธีการจัดการความเครียดหรือทราบแนวทางการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม บุคคลเหล่านี้จะมีระดับความเครียดที่ลดลง และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ศึกษาครั้งนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวก พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังจากได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เนื่องจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ตกใจและกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และกลัวความพิการที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ และภายหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตพบว่ามีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมญาติผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และภายหลังการดูแลโดยวิธีการให้ความรู้ คำแนะนำ และวิธีการจัดการความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง<sup>16-17</sup>

2. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวก พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตก่อนได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกพบว่าอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากการกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต อีกทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วย

ครั้งแรก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความไม่มั่นใจในความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต หลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกพบว่าอยู่ในระดับมาก เนื่องมาจากในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ให้รับทราบแนวทางการรักษาของแพทย์ แนวทางการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังพ้นภาวะวิกฤตและฟื้นฟูสุขภาพ<sup>3</sup> จึงเป็นผลทำให้คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก จากการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต อีกทั้งใช้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การดูแลสนับสนุนการจัดการความเครียดจากสมาชิกในครอบครัว การฝึกหายใจอย่างมีสมาธิ ร่วมกับการติดตามผลผ่านแอปพลิเคชัน ทำให้ความเครียดลดลงและวิธีการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นไปอย่างเหมาะสม<sup>18-19</sup>

3. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากผู้วิจัยได้พูดคุยให้ข้อมูลต่างๆ ตามคู่มือการให้ข้อมูล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระจ่าง และเข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์ การดูแลจากพยาบาลในหอผู้ป่วยและได้รับการสนับสนุนติดตามจากทีมสุขภาพเป็นระยะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการสื่อสารด้านบริการทางการแพทย์ของ Pancharoen<sup>3, 20</sup> ซึ่งให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยยึดหลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางด้วยวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม ใช้คำถามปลายเปิด หลีกเลี่ยงการมีอคติต่อผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ทำให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยวิกฤตไม่ถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง อีกทั้งได้รับข้อมูลและการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง<sup>9</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการสื่อสารทางบวกสำหรับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตไปใช้เพื่อการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจรูปแบบของโปรแกรมการสื่อสารทางบวกอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนนั้นมีรายละเอียดของการสื่อสาร การให้ข้อมูลตลอดจนการได้มาซึ่งปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง จำเป็นต้องใช้เวลาในการให้ข้อมูล เป็นช่วง ๆ และตามลำดับขั้นตอน และคู่มือการให้ข้อมูลเป็นเครื่องมือที่เป็นแนวทางในการจัดการกับความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่างได้ด้วยตนเอง

2. การพัฒนาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถจัดโครงการอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพเพื่อการเรียนรู้

สำหรับการให้ข้อมูลการสื่อสารทางการพยาบาล และฝึกทักษะในการนำโปรแกรมการสื่อสารทางบวกไปใช้เพื่อให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารทางบวก สามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายขึ้น

2. การพัฒนาคู่มือการให้ข้อมูล สามารถเพิ่มรายละเอียดที่จำเป็นตามบริบทของหน่วยงานที่นำโปรแกรมการสื่อสารทางบวกไปใช้ได้ เช่น การเพิ่มช่องทางในการหาข้อมูลด้วยตนเองจากการสืบค้นข้อมูลทางโซเชียลมีเดีย การติดต่อหน่วยงานเพื่อขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน การติดต่อหน่วยงานเพื่อรับข้อร้องเรียน เป็นต้น

### References

1. Kusoom W. Critical care nursing: a holistic approach: 5<sup>th</sup> ed. Bangkok, Saha pracha panich;2013. (in Thai).
2. Kusoom W. Psychological impacts on patients with critical illness: Managementstrategies. Thai Journal of Nursing 2020;69(3):53-61. (in Thai).
3. Pancharoen C. Concepts of communication concerning medical services. Chula Medical Journal 2012;56(5):527-31. (in Thai).
4. Pumsanguan K, Prajankett O. Stress appraisal and coping strategies of HIV/AIDS infected people in the infectious disease division of Phramongkutklao Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013;14(3):14-21. (in Thai).
5. Boursamarrang P. Effectiveness of communication program on uncertainty in illness and coping strategies in family members of critical ill patients. Journal of Nursing and Health Care 2014;32(4):76-84. (in Thai).
6. Leske J. Interventions to decrease family anxiety. Critical Care Nurse 2002;22(6):61-5.
7. Aguilera DC, Mesick JM, Crisis intervention theory and methodology. 5, editor. St.Louis: Mosby; 1986.
8. Srisopa P, Asrrath T. Nursing role in preventing and managing stress. BJM. 2017;4(2):79-92. (in Thai).
9. Chaleoykitti S, Wongpanarak N, Family therapy: counseling and empowerment of positive thinking in family. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015;16(1):14-21. (in Thai).

10. Thongpila S, Sompee P. The effectiveness of mental development program to stress-reduction in nursing students when preparing for the nursing license examination of Thailand Nursing and Midwife Council. *Journal of Nursing and Education* 2014;7(4):64-77. (in Thai).
11. Lazarus R, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. York N, editor. Springer Publishing; 1984.
12. Glass GV. *Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research: Laboratory of Education Research University of Colorado*; 1976.
13. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale: NJ: Erlbaum; 1988.
14. Watson J. Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework of guiding community health nursing practice. *Advanced Nursing science*. 1985;23(2):34-9.
15. Jalowice A, Strickland OL, eds., *Confirmatory factor analysis of the jalowice coping scale* In C.F. Waltz. New York: Springer Publish; 1988.
16. Lhaosupab N., Monkonk S., Sirapo-ngam Y. Effect of Stress Management Program for Relatives of Critically Ill Patients on Relatives' Stress. *Rama Nurse Journal* 2014;20(1):67-81.(in Thai).
17. Thavongul S., Prabpai S. Effects of Stress Management Program Applied Self-Efficacy Theory on Stress from First Nursing Practical among Student Nurses, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University. *Journal of Health and Nursing Research* 2021;37(1):193-205. (in Thai).
18. Suwannato P, Xuto P, Supavitpatana B. Effect of Using Education Program via Social Media on Dietary Behavior and Physical Activity among Pregnancy Women. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(1):177-90. (in Thai).
19. Prakhinkit S. Angsirirak N, Phasuk S, Dungchanthr P, The effectiveness created happiness relaxation stress program through GDM application (Guide Image Dynamic meditation Music therapy application) to stress happiness and quality of life for caregiver of schizophrenia inurban community. *SiamU Journal-ebook [Internet]*. 2019 [cited 2021 May 15];225-36. Availavle from: <https://e-library.siam.edu/e-journal/wp-content/uploads/2020/02/Susaree-Prakhinkit-Proceeding-2562-p225-36.pdf>
20. Wongpanarak N. The Therapeutic Relationship: Application in Nursing Process. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(2);84-91. (in Thai).