

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลและลดความเครียดของผู้ป่วย ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีผ่านการบูรณาการ การมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลและครอบครัว

มาริส กาญจน พย.บ.*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยห้องฉุกเฉินมักเผชิญความเจ็บป่วยรุนแรง การรอคอย และสภาพแวดล้อมที่กดดัน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อการรักษา การบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลและครอบครัวจึงเป็นแนวทางสำคัญในการสื่อสารและสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ 7 คน ผู้ป่วยและญาติ 323 คน และกลุ่มทดลองผู้ป่วย 30 คน การวิจัยประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ R1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น D1 พัฒนาโปรแกรม R2 ทดลองใช้ D2 ปรับปรุงโปรแกรม และ R3 ประเมินผลการใช้จริง เครื่องมือวิจัยมีความเชื่อมั่นเหมาะสม ($IOC = 0.66-1.00$, $\alpha = 0.80-0.85$) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ค่าดัชนี Priority Needs Index (PNI) และ One sample t-test

ผลการวิจัย: พบว่า ปัญหาความเครียดหลัก ได้แก่ ความล่าช้าและความแออัด การขาดข้อมูล และภาระด้านจิตใจและเศรษฐกิจ การวิเคราะห์ PNI ระบุความต้องการสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การผ่อนคลายอารมณ์ การบูรณาการครอบครัว และระบบสนับสนุนจิตใจ โปรแกรมที่พัฒนามี 4 ขั้นตอน คือ การประเมิน วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามผล ได้รับการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ระดับมาก (Mean = 4.34, 4.40) ภายหลังทดลองใช้พบระดับความเครียดและความกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.46$, $p = .045$) อยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.15) และเมื่อประยุกต์ใช้จริง โปรแกรมช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว เสริมประสิทธิภาพการทำงานของทีมงานพยาบาล และลดความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม สรุปได้ว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพและสามารถประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่นเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบองค์รวม

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล การลดความเครียด การบูรณาการการมีส่วนร่วม
ผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทองผาภูมิ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

Corresponding author e-mail: mari_pnoi@hotmail.com

วันที่รับ (received) 30 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ต.ค. 2568

The Development of a Nursing Program for Emergency Care and Reducing Patient Stress in the Emergency Room at Thong Pha Phum Hospital, Kanchanaburi Province, through the Integration of Nursing Team and Family Participation

Marisa Karun B.N.S.*

Abstract

Emergency room patients often face severe illnesses, long waits, and a stressful environment, all of which cause stress and can impact their treatment. Integrating the involvement of nursing teams and families is therefore a key approach to communication and psychological support in order to promote holistic care. This research and development aimed to develop and evaluate a nursing program to reduce the stress of emergency room patients at Thong Pha Phum Hospital, Kanchanaburi Province. The study involved three groups: 7 nurses and medical personnel, 323 patients and relatives, and an experimental group of 30 patients. The research consisted of 5 phases: R1-studying the situation and identifying essential needs, D1-developing the program, R2-trial implementation, D2-program adjustment, and R3-evaluation of the actual results. The research tools demonstrated appropriate reliability (IOC = 0.66–1.00, α = 0.80–0.85). Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data using descriptive statistics, the Priority Needs Index (PNI), and the one sample t-test.

Results: It was found that the main sources of stress included delays and congestion, lack of information, and psychological and economic burdens. PNI analysis identified key needs such as effective communication, emotional relaxation, family integration, and mental support systems. The developed program consisted of four steps: assessment, planning, activity implementation, and follow-up. It was evaluated as highly appropriate and feasible (Mean = 4.34, 4.40). After the trial implementation, stress and anxiety levels were found to have decreased significantly ($t = 2.46$, $p = .045$), dropping to a low level (Mean = 2.15). When practically applied, the program notably increased family participation, enhanced the efficiency of the nursing team, and concretely reduced patient stress. In conclusion, this program is effective and can be applied in other community hospitals to elevate the quality of holistic emergency patient care.

Keywords: nursing program, stress reduction, emergency patients, family participation

* Registered Nurse, Emergency and Forensic Unit, Nursing Division, Thong Pha Phum Hospital, Kanchanaburi Provincial Public Health Office.

Corresponding author e-mail: mari_pnoi@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ห้องฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตและลดความพิการถาวร โดยเฉพาะในปัจจุบันที่แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน รวมถึงโรคติดเชื้อรุนแรง ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินมีความหนาแน่นสูงกว่าที่ผ่านมา ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ประเทศไทยมีผู้รับบริการในแผนกฉุกเฉินมากกว่า 40 ล้านครั้งต่อปี โดยในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี มีผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 80-90 คน ซึ่งเป็นตัวเลขสูงเมื่อเทียบกับทรัพยากรและบุคลากรที่มีอยู่จำกัด ลักษณะผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น หัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลัน ภาวะช็อก ภาวะติดเชื้อรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง และอาการบาดเจ็บหลายระบบ (Polytrauma) ซึ่งต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพอย่างรวดเร็ว การให้บริการจึงเป็นภาระงานที่ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง โดยมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อลดความสูญเสียและเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพยังมีบทบาทสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว ขณะเดียวกัน ยังเป็นตัวชี้วัดความพร้อมของระบบสุขภาพในภาพรวม การขยายการให้บริการฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและทันเวลา จึงเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาและสร้างความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุข

ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยบริการที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในโรงพยาบาล เนื่องจากทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือคุกคามชีวิต ซึ่งมักต้องเผชิญความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและความพิการถาวร งานวิจัยชี้ว่าการเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินสร้างแรงกดดันต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และอุบัติเหตุหลายระบบ ซึ่งต้องได้รับการดูแลแบบเร่งด่วนและต่อเนื่อง¹ ผู้ป่วยเหล่านี้มักประสบกับความวิตกกังวล ความหวาดกลัว และความเครียดเรื้อรังจากความไม่แน่นอนของการรักษา ความเจ็บปวด และบรรยากาศในห้องฉุกเฉินที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบและเสียงรบกวน ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการฟื้นฟูและความร่วมมือในการรักษา² ผลกระทบดังกล่าวไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่มักเผชิญภาวะเครียดและความกังวลเช่นกัน โดยงานวิจัยของ Jones and Mitchell³ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากรู้สึกวิตกกังวลสูงเนื่องจากขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและภาวะหมดแรงใจ (Emotional exhaustion) ซึ่งอาจกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้ นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมที่แออัดและการรอคอยนานในห้องฉุกเฉินยังเป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มความไม่สบายกายและใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ ความเครียดในสถานการณ์วิกฤติ อาจกระตุ้นการตอบสนองทางสรีรวิทยา เช่น การเพิ่มระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลและอัตราการทำงานของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทรุดหนักหรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น⁴ ครอบครัวเองก็เผชิญผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความหวาดกลัว ความรู้สึกไร้อำนาจ และภาระทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน⁵ ดังนั้น การดูแลที่มีคุณภาพในห้องฉุกเฉินไม่เพียงช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความพิการ แต่ยังช่วยบรรเทาผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสั้นและยาว จำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติทางการแพทย์ จิตใจ และสังคม เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้บริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกล จากสถิติของผู้มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก โดยในปี พ.ศ. 2565 – 2567 ที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินในแต่ละวันมีจำนวนโดยเฉลี่ย 86 คน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มากเมื่อเทียบกับขนาดของโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากร รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ ที่มี ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการเข้ารับบริการค่อนข้างนาน ดังนั้น จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดในที่สุด และภาวะความเครียดในผู้ป่วยที่รอรับการรักษในห้องฉุกเฉินสามารถส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความเครียดทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและอาจรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งสามารถกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย เช่น การเพิ่มของระดับฮอร์โมนความเครียด (เช่น คอร์ติซอล) และอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดและภาวะการณ้บาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น ทำให้รู้สึกทรมานมากขึ้นในระหว่างรอรับการรักษา⁴

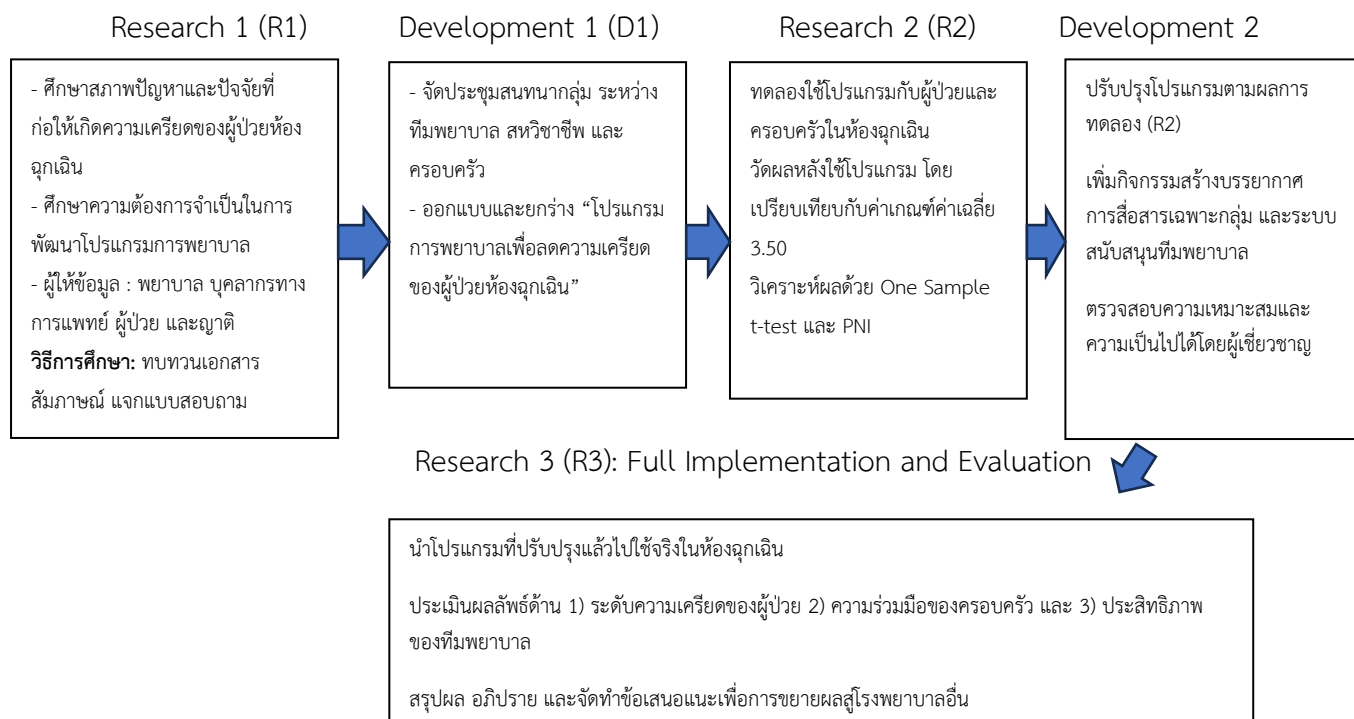
การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินนั้นไม่เพียงแต่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรและลดความเครียดในการปฏิบัติงานของทีมงานพยาบาลเช่นกัน ดังนั้น การวิจัยนี้ จึงมีความสำคัญในการพัฒนาและประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลที่สามารถลดความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมงานพยาบาลและครอบครัว จากสภาพปัญหาด้านภาวะความเครียดดังที่กล่าวมา ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยห้องฉุกเฉินในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยความเครียดสามารถกระตุ้นการตอบสนองของร่างกาย โดยอาจเพิ่มของระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (ความเครียด) ซึ่งทำให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดและภาวะการณ้บาดเจ็บที่รุนแรงขึ้นและทำให้รู้สึกทรมานมากขึ้นในที่สุด⁶⁻⁷ ผู้วิจัยจึงวิจัยและพัฒนาการพยาบาลโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลและลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ผ่านการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมงานพยาบาลและครอบครัว โดยผลการวิจัยจะทำให้เกิดโปรแกรมการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทองผาภูมิ ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดภาวะความเครียดของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมงานพยาบาลและครอบครัว ซึ่งโรงพยาบาลอื่น ๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลและลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ผ่านการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมงานพยาบาลและครอบครัว
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยโรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ผ่านการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมงานพยาบาลและครอบครัว
3. เพื่อประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาล เพื่อการดูแลและลดความเครียด ของผู้ป่วยห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ผ่านการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมงานพยาบาลและครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดการวิจัยด้วยการบูรณาการทฤษฎีระบบ ทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพและทฤษฎีการพยาบาล⁸⁻¹⁰ สามารถนำเสนอกรอบการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลและลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมนพยาบาลและครอบครัว ผู้ป่วยจะมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่กำหนด (Mean = 3.50)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาและประเมินโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างทีมนพยาบาลและครอบครัว ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ.2567 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เริ่มเก็บข้อมูล ภายหลังจากวันที่ EC อนุมัติ อย่างเป็นทางการรวมระยะเวลา 13 เดือน แบ่งออกเป็น 5 ระยะหลัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะของการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ระยะ R1 (ศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น) ได้แก่ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 7 คน ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 323 คน

ระยะ R2 (ทดลองใช้โปรแกรม) ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

ระยะ R3 (นำไปใช้จริงและติดตามประเมิน) ใช้กลุ่มเดียวกับ R2 และบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลประเมินโปรแกรม

ทั้งนี้ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้การคำนวณตามแนวทางของ Daniel⁶ และคู่มือวิจัยเชิงระบาดวิทยาของ World Health Organization⁷ ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายสำหรับการวิจัยเชิงสำรวจในประชากรขนาดใหญ่หรือประชากรที่ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% และค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายอย่างเหมาะสม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองใช้โปรแกรมจำนวน 30 คน กำหนดตามหลักการทดสอบสมมติฐานเชิงสถิติแบบพาราเมตริกในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กตามแนวทางของ Cohen⁸ และงานวิจัยด้านการออกแบบการทดลองสมัยใหม่ (Sample size planning for pilot studies) ซึ่งระบุว่ากลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คนมีความเพียงพอสำหรับการตรวจสอบแนวโน้มและการประมาณค่าพารามิเตอร์เบื้องต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในงานวิจัยเชิงทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 - 1.1 เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
 - 1.2 มีสติสัมปชัญญะและสามารถให้ข้อมูลด้วยตนเอง หรือมีญาติ/ผู้ดูแลใกล้ชิดที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้
 - 1.3 เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินด้วยภาวะอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินในช่วงเวลาที่กำหนดสำหรับการเก็บข้อมูล
2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 2.1 เป็นญาติหรือผู้ดูแลที่มีบทบาทในการให้ข้อมูล ตัดสินใจร่วมในการรักษา และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระหว่างเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน
 - 2.2 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน
 - 2.3 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลตามแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ได้
3. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์
 - 3.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือแผนกสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการ รังสีวิทยา และเภสัชกรรม
 - 3.2 มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลทองผาภูมิอย่างน้อย 1 ปี และเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินโดยตรง
 - 3.3 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้

ขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ออกแบบตามกรอบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งออกเป็น 5 ระยะหลัก ครอบคลุมทั้งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน บุคลากรห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รังสีวิทยา เภสัชกร

ตลอดจนเจ้าหน้าที่สนับสนุนการรักษา รวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน

ระยะที่ 1 (R1) เป็นการศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น โดยเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยพร้อมครอบครัว ผ่านการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผลที่ได้สะท้อนถึงสภาพความเครียดของผู้ป่วยและปัญหาการให้บริการ เช่น ความแออัด ความไม่แน่นอนของข้อมูล และข้อจำกัดด้านบุคลากร ซึ่งกลายเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับออกแบบโปรแกรม

ระยะที่ 2 (D1) เป็นการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม โดยอาศัยข้อมูลเชิงลึกที่ได้จากระยะ R1 จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา รวมทั้งเชิญตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยเข้าร่วม เพื่อสะท้อนความต้องการและแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบ การบูรณาการความคิดเห็นจากทุกฝ่าย ทำให้โปรแกรมที่ออกแบบมีความครอบคลุมทั้งในเชิงการสื่อสาร การจัดการความเครียด และระบบสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนและกำหนดกิจกรรมเพื่อลดความเครียด การดำเนินกิจกรรมเชิงบูรณาการ ได้แก่ การอบรมบุคลากรด้านทักษะการสื่อสาร การจัดพื้นที่ฟังเพลงบำบัด การให้คำแนะนำด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการสนับสนุนบุคลากรด้วยการจัดระบบช่วยเหลือเมื่อเผชิญเหตุฉุกเฉิน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมทุกขั้นตอนออกแบบให้บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนไปจนถึงการติดตามผล เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

ระยะที่ 3 (R2) ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยบุคลากรทุกกลุ่มที่เข้าร่วมเป็นผู้ปฏิบัติและประเมินผล ซึ่งช่วยสะท้อนการทำงานเป็นทีมและความสอดคล้องของโปรแกรมกับสถานการณ์จริง ผลการทดลองแสดงให้เห็นการลดลงของระดับความเครียดและความกังวลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะที่ 4 (D2) จึงนำข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้ไปปรับปรุงโปรแกรม เพิ่มกิจกรรมสร้างบรรยากาศเป็นมิตรและปรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ก่อนเข้าสู่ **ระยะที่ 5 (R3)** การนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในห้องฉุกเฉิน ซึ่งยืนยันความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม

แนวทางการออกแบบวิจัยในครั้งนี้เน้นการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยใช้บุคลากรทางการแพทย์เป็นทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยร่วม และผู้ให้ข้อมูล ส่วนครอบครัวผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้สะท้อนประสบการณ์จริง เพื่อสร้างกระบวนการพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยฉุกเฉิน และสร้างวัฒนธรรมการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ตามหนังสือรับรองลำดับที่ 54/2567 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2567 โดยการวิจัยนี้ไม่มีเปิดเผยชื่ออาสาสมัคร และชี้แจงรายละเอียดของขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาที่กำหนดในแต่ละระยะ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) อย่างเป็นระบบ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานกรอบแนวคิดของ Lazarus and Folkman's

Transactional Model of Stress and Coping⁹ ซึ่งอธิบายความเครียดว่าเป็นผลลัพธ์ของการประเมินสถานการณ์ (Primary appraisal) และทรัพยากรในการเผชิญปัญหา (Secondary appraisal) รวมถึงกรอบแนวคิดการวัดความวิตกกังวลจาก Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะความเครียดในผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน เพื่อให้ได้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ระยะที่ 1 เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การรับบริการและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในห้องฉุกเฉิน โดยสัมภาษณ์จากผู้ป่วยญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ 2) แบบสอบถามความต้องการจำเป็น ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นเชิงพัฒนา (PNI) ครอบคลุมมิติการสื่อสาร การดูแลด้านจิตใจ ความรู้และทักษะในการเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉิน และระบบสนับสนุนในห้องฉุกเฉิน แบบสอบถามทั้งสองฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างผู้เชี่ยวชาญ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85 แสดงถึงความเชื่อมั่นที่อยู่ในระดับสูง

ระยะที่ 2 เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ได้รับการออกแบบเพื่อประเมินคุณภาพของโปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 โดยพัฒนาแบบประเมินตามแนวคิดการประเมินโครงการเชิงระบบตามกรอบ CIPP Evaluation Model (Context, Input, Process, Product) ของ Stufflebeam¹⁰ ซึ่งได้รับการปรับปรุงและประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในงานพัฒนาบริการสาธารณสุขและการพยาบาลในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แบบประเมินนี้ครอบคลุมมิติหลัก ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับบริบทการทำงาน ความเป็นไปได้ด้านทรัพยากรและบุคลากร และความคุ้มค่าในการนำไปปฏิบัติจริง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉินและการจัดการความเครียดจำนวน 5 คน เป็นผู้ตอบเพื่อให้ข้อเสนอแนะและประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม

ระยะที่ 3–4 เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ซึ่งพัฒนาโดยประยุกต์จากแบบวัด STAI และแบบสอบถาม Stress Response Scale-18 (SRS-18) ให้เหมาะสมกับบริบทไทย ประกอบด้วย 18 ข้อ ครอบคลุมมิติด้านอารมณ์ ความคิด และการตอบสนองทางสรีรวิทยา โดยแต่ละข้อวัดด้วยมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale: 1 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำ) ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18–90 คะแนน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (≤ 30 คะแนน) ปานกลาง (31–60 คะแนน) และสูง (> 60 คะแนน) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบ IOC อยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 ซึ่งบ่งชี้ถึงความเชื่อมั่นในระดับดี

การใช้เครื่องมือวัดในระยะที่ 3–4 ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องฉุกเฉินที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยส่วนใหญ่ดำเนินการก่อนจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์จริงตลอดกระบวนการรักษา ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบสมมติฐาน เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมและความเปลี่ยนแปลงด้านความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามและแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลห้องฉุกเฉิน ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหาและความครอบคลุมของคำถามต่อสถานการณ์จริงในห้องฉุกเฉิน
2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล ตรวจสอบความถูกต้องเชิงโครงสร้าง การวัดตัวแปรและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีนี้ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 แสดงถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับดี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยวางแผนและดำเนินการตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ครอบคลุมการศึกษาในทุกระยะ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เริ่มเก็บข้อมูล ภายหลังจากวันที่ EC อนุมัติ อย่างเป็นทางการรวมระยะเวลา 13 เดือน

ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมจากแบบสอบถามและแบบประเมินที่ออกแบบเฉพาะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบสอบถามความต้องการจำเป็นของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ในระยะ R1 เพื่อนำมาวิเคราะห์ดัชนีความต้องการจำเป็น (PNI)
2. แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในระยะ D1 ใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉินและการบริหารจัดการความเครียดเป็นผู้ตอบ
3. แบบประเมินระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะ R2 และ R3 โดยเก็บข้อมูลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียด เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน เพื่อสะท้อนประสบการณ์จริงในช่วงเวลาการรักษา และนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาเปรียบเทียบกับค่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และญาติผู้ป่วยในระยะ R1 และ D2 เพื่อให้เข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยความเครียด ความต้องการด้านการดูแล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรมข้อมูลเชิงคุณภาพนี้นำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาประเด็นสำคัญและเชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงปริมาณ

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยทีมวิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องฉุกเฉินที่ได้รับการฝึกอบรมวิธีการใช้เครื่องมือและขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนี $PNI > 0.020$ จึงถือว่า

มีความต้องการจำเป็น¹⁵ และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติเชิงอนุมาน คือ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ที่กำหนดแบบ One sample t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย การพัฒนาและประเมินโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี โดยจัดลำดับเนื้อหาให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์และระเบียบวิธีวิจัย เพื่อสะท้อนภาพรวมของสถานการณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด และแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม ผลการศึกษาครอบคลุมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และพยาบาล รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การนำเสนอผลการวิจัยในบทนี้ แบ่งออกตามลำดับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ครอบคลุม 5 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น (R1) การพัฒนาโปรแกรม (D1) การทดลองใช้โปรแกรม (R2) การปรับปรุงโปรแกรม (D2) และการประเมินผลนำไปใช้จริง (R3)

ในแต่ละระยะของการวิจัย มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลอย่างเป็นระบบ เพื่อระบุปัญหาหลักที่เป็นสาเหตุของความเครียดในห้องฉุกเฉิน กำหนดแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และพัฒนาโปรแกรมที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริง การรายงานผลจะเริ่มจากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เข้าใจบริบทของข้อมูล ตามด้วยสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด การสรุปความต้องการจำเป็น (PNI) สำหรับการพัฒนาโปรแกรม รายละเอียดของโครงสร้างและกิจกรรมในโปรแกรม ตลอดจนผลการทดลองใช้และการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของโปรแกรม ข้อมูลทั้งหมดในบทนี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการอภิปรายผลในบทถัดไป และชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นว่ามีความเป็นไปได้และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างแท้จริง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิ โดยพยาบาลทุกคนมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 7 ปี ขณะที่บุคลากรสนับสนุน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ รังสีวิทยา และเภสัชกรรม มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 5 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสะท้อนมุมมองและประสบการณ์จริงจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญโดยตรงต่อกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำให้ข้อมูลที่ได้รับความครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

2. สถานการณ์ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 7 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ร่วมกับการสำรวจข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติรวม 323 คน พบว่าสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินมีความซับซ้อนและเกิดจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันอย่างชัดเจน โดยประเด็นที่บุคลากรและผู้ป่วยกล่าวถึงมากที่สุดคือ ความล่าช้าในการรับบริการ และระยะเวลาการรอคอยที่ยาวนาน ซึ่งพบว่า กว่าร้อยละ 78 ของผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่ทราบลำดับการรักษาหรือเหตุผลที่ต้องรอคอย ขณะเดียวกันบรรยากาศในห้องฉุกเฉินที่มีความแออัดและเสียงรบกวนสูง ก็ถูกระบุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดมากขึ้น โดยมีผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 65 รายงานว่า รู้สึกอึดอัดและไม่สะดวกสบายจากสภาพแวดล้อมดังกล่าว

ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและผลการรักษา พบว่า ร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า ขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการของตนเองและแนวทางการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจและ

กังวลต่อผลลัพธ์การรักษาในอนาคต นอกจากนี้ บุคลากรยังชี้ให้เห็นว่าภาระค่าใช้จ่ายและการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่ห่างไกล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สร้างความตึงเครียดและลดทอนความพร้อมทางจิตใจของครอบครัว โดยร้อยละ 40 ของญาติสะท้อนความรู้สึกกดดันด้านเศรษฐกิจจากการมารับการรักษาแบบฉุกเฉิน

ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย เป็นอีกประเด็นที่ถูกกล่าวถึงอย่างต่อเนื่อง โดยร้อยละ 55 ของบุคลากรยอมรับว่าการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อจำกัด เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเฉลี่ยวันละ 80-90 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา และมีระดับความร่วมมือที่ลดลง อีกทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการรักษายังพบว่ายังไม่เป็นระบบ โดยมีเพียงร้อยละ 35 ของครอบครัวที่มีบทบาทเชิงรุกในการสนับสนุนผู้ป่วยระหว่างการรักษา

3. ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรม (PNI Analysis)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลและลดความเครียดของผู้ป่วย ($PNI > 0.020$)

ประเด็น	ความคิดเห็น			
	สภาพปัจจุบัน Mean	สภาพที่พึงประสงค์ Mean	ค่าความ ต้องการจำเป็น PNI	ลำดับ
1. ความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการความเครียดของพยาบาล	3.35	4.20	0.254	4
2. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	3.40	4.55	0.338	1
3. การสร้างบรรยากาศที่สงบและปลอดภัย	3.95	4.35	0.101	10
4. การประเมินความเครียดของผู้ป่วย	3.74	4.45	0.189	8
5. ทักษะการดูแลอารมณ์ผู้ป่วย	3.49	4.40	0.260	3
6. การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลาย	3.34	4.29	0.284	2
7. การบูรณาการครอบครัวในการดูแล	3.39	4.25	0.253	5
8. ระบบการสนับสนุนทางจิตใจสำหรับพยาบาล	3.45	4.30	0.246	7
9. การพัฒนาทักษะการประสานงาน ในทีมพยาบาล	3.70	4.15	0.121	9
10. การวางแผนเผชิญเหตุร่วมกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว	3.24	4.05	0.250	6

จากตารางที่ 1 พบว่า จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและสภาพที่พึงประสงค์ในการจัดการความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน พบว่าโดยรวมทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยสภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าสภาพปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแล โดยเฉพาะด้านที่มีค่า PNI สูงสุด ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย ($PNI = 0.338$) รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลาย ($PNI = 0.284$) และ ทักษะการดูแลอารมณ์ผู้ป่วย ($PNI = 0.260$) ผลดังกล่าวสะท้อนถึงความต้องการพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากร การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลาย และทักษะการดูแลอารมณ์ผู้ป่วยและส่งเสริมการมีส่วนร่วมจกครอบครัว เพื่อช่วย

ลดความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลนี้จึงชี้แนะทางสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทจริงของโรงพยาบาลชุมชน

โดยสรุป การวิเคราะห์ PNI แสดงถึงลำดับความสำคัญของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสามด้านหลัก ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยและญาติ การส่งเสริมการทักษะการดูแลอารมณ์ผู้ป่วย และการจัดการกิจกรรมสันทนาการเพื่อผ่อนคลาย ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดให้ตอบสนองต่อความต้องการจริงของผู้รับบริการและบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

1. โครงสร้างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินได้รับการออกแบบตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงลึกในระยะที่ 1 (R1) และผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น (PNI) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนด้านจิตใจร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อม โปรแกรมนี้จึงถูกพัฒนาให้มี 4 ขั้นตอนหลักที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกันเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลที่ครบวงจรและตอบสนองต่อความต้องการจริงของผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

ขั้นตอนการประเมิน ผู้ปฏิบัติงานจะดำเนินการประเมินสภาพกาย จิตใจ และระดับความเครียดของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานและการสังเกตเชิงพฤติกรรมร่วมกับการซักถามข้อมูลจากครอบครัว เพื่อระบุปัจจัยความเครียดและลำดับความเร่งด่วนของการดูแล การทำงานในขั้นตอนนี้อาศัยการบูรณาการของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล แพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉิน และบุคลากรสนับสนุน เพื่อให้การประเมินครอบคลุมทุกมิติ

ขั้นตอนการวางแผน บุคลากรจะนำข้อมูลจากการประเมินมาวิเคราะห์และกำหนดแนวทางลดความเครียดของผู้ป่วยในลักษณะเฉพาะราย โดยออกแบบการดูแลร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวมีบทบาทสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางสื่อสาร การจัดการสิ่งแวดล้อม และการวางแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นระบบ เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจต่อการรักษา

ขั้นตอนการดำเนินการ โปรแกรมเน้นการสร้างบรรยากาศห้องฉุกเฉินที่ผ่อนคลายและเอื้อต่อการฟื้นฟู โดยใช้เทคนิคการสื่อสารเชิงบวกและการให้ข้อมูลที่ชัดเจน การจัดการกิจกรรมบรรเทาความเครียด เช่น ดนตรีบำบัด การให้คำปรึกษาสั้น ๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลใกล้ชิด รวมถึงการจัดระบบสนับสนุนบุคลากรในห้องฉุกเฉินให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความกดดันของทีม นอกจากนี้ การดำเนินการยังเน้นการทำงานเป็นทีมระหว่างพยาบาล แพทย์ และบุคลากรสนับสนุนทุกสาขา เพื่อสร้างการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล บุคลากรจะติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลลัพธ์และปรับปรุงโปรแกรม ทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการประชุมสรุปผลร่วมกันเป็นระยะ เพื่อทบทวนความเหมาะสมของกิจกรรมการดูแลและพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้นในอนาคต โดยครอบครัวของผู้ป่วยยังคงมีส่วนร่วมในการสะท้อนผลการดูแลและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบบริการให้ตอบสนองต่อผู้ป่วยและญาติได้ดียิ่งขึ้น

โครงสร้างโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นแกนหลักในการวิเคราะห์และจัดการความเครียดในทุกมิติ ขณะที่ครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนหลักในการดูแล

ด้านจิตใจและข้อมูลแก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดระบบการดูแลที่มีความครบวงจร สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถลดความเครียดของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรม

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับความเครียดและความกังวลของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาล (n = 30)

ประเด็น	ความคิดเห็น		
	Mean	S.D.	แปลความ
ความกังวล			
1. แสดงความกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาหรือการวินิจฉัยโรค	1.65	0.42	น้อย
2. แสดงความกลัวจากสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉิน	1.80	0.32	น้อย
3. ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาและความปลอดภัย	2.40	0.40	น้อย
4. แสดงความกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา	1.80	0.52	น้อย
5. แสดงความกังวลต่ออาการของตนเองหรือความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น	2.40	0.44	น้อย
ค่าเฉลี่ย	2.01	0.42	น้อย
ความเครียด			
6. ความเครียดจากการต้องรอคอยให้แพทย์หรือพยาบาลเข้ามาดูแล	1.80	0.44	น้อย
7. ความวิตกกังวลจากการไม่ได้รับการสนับสนุนหรืออยู่ห่างจากครอบครัว	1.60	0.35	น้อย
8. ความเครียดจากการไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากทีมแพทย์หรือพยาบาล	2.60	0.36	ปานกลาง
9. ระดับความรู้สึกเครียดจากการไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉินได้	2.75	0.42	ปานกลาง
10. ระดับการแสดงออกทางร่างกาย เช่น มือสั่น เหงื่อออก หรืออัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากความเครียด	2.75	0.46	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.30	0.40	น้อย
ค่าเฉลี่ยภาพรวม	2.15	0.41	น้อย

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 คน มีระดับความกังวลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ที่ Mean = 2.01, S.D. = 0.42 ซึ่งจัดอยู่ในระดับน้อย รายการที่มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำที่สุด คือ “แสดงความกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาหรือการวินิจฉัยโรค” (Mean = 1.65, S.D. = 0.42) รองลงมาคือ “แสดงความกลัวจากสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉิน” (Mean = 1.80, S.D. = 0.32) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีความกังวลในระดับต่ำอย่างสม่ำเสมอทุกข้อ ส่วนความกังวลที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มนี้คือ “ความกังวลต่ออาการของตนเองหรือความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น” (Mean = 2.40, S.D. = 0.49) ซึ่งยังคงสะท้อนถึงความวิตกกังวลเชิงสถานการณ์ตามธรรมชาติของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน

สำหรับระดับความเครียดโดยรวม พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย Mean = 2.30, S.D. = 0.40 จัดอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “ระดับความรู้สึกเครียดจากการไม่สามารถควบคุมสภาพร่างกายหรือสถานการณ์ในห้องฉุกเฉินได้” และ “อาการแสดงออกทางกาย เช่น มือสั่น เหงื่อออก หรืออัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากความเครียด” ซึ่งทั้งสองข้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ Mean = 2.75, S.D. = 0.46

จัดอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “ความเครียดจากการรอคอยให้แพทย์หรือพยาบาลเข้ามาดูแล” (Mean = 1.80, S.D. = 0.44) และ “ความเครียดจากการไม่ได้รับการสนับสนุนหรืออยู่ห่างจากครอบครัว” (Mean = 1.60, S.D. = 0.35) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

โดยรวมแล้ว ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดมีทั้งระดับความกังวลและความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean รวมทั้งสองด้าน = 2.15, S.D. = 0.408) ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการช่วยลดความกดดันทางจิตใจของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนความผ่อนคลายได้อย่างมีนัยสำคัญ

6. การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการพยาบาล (n = 30 คน)

ประเด็น	ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้		
	Mean	S.D.	แปลความ	Mean	S.D.	แปลความ
1.การประเมินอาการความเจ็บป่วย	4.00	0.45	มาก	4.30	0.48	มาก
2.การประเมินภาวะความเครียดของผู้ป่วย	4.20	0.44	มาก	4.20	0.42	มาก
3.การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	4.30	0.62	มาก	4.10	0.73	มาก
4.การบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลและครอบครัว	4.50	0.54	มาก	4.50	0.52	มาก
5.การจัดกิจกรรมสนทนาการเพื่อคลายความเครียด	4.70	0.42	มากที่สุด	4.65	0.48	มากที่สุด
6.การสื่อสารเพื่อสร้างกำลังใจ	4.60	0.52	มากที่สุด	4.75	0.51	มากที่สุด
7.การประเมินและติดตามผลการลดความเครียด	4.10	0.54	มาก	4.40	0.51	มาก
รวม	4.34	0.50	มาก	4.40	0.52	มาก

จากตารางที่ 3 การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน (กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 30 คน) พบว่าค่าเฉลี่ยความเหมาะสมโดยรวมอยู่ที่ Mean = 4.34, S.D. = 0.50 ซึ่งอยู่ในระดับ “มาก” และค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ที่ Mean = 4.40, S.D. = 0.52 จัดอยู่ในระดับ “มาก” เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

เมื่อพิจารณาในแต่ละประเด็น พบว่าการจัดกิจกรรมผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดและการสื่อสารเชิงบวกได้รับการประเมินสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับ Mean = 4.70, S.D. = 0.42 และ Mean = 4.60, S.D. = 0.50 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้เท่ากับ Mean = 4.65, S.D. = 0.48 และ Mean = 4.75, S.D. = 0.51 ซึ่งจัดอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ทั้งสองด้าน ขณะที่การประเมินอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้รับค่าความเหมาะสมต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับ “มาก” (Mean = 4.00, S.D. = 0.45) และความเป็นไปได้ Mean = 4.30, S.D. = 0.48

ผลการประเมินสะท้อนว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและเป็นไปได้สูงทุกด้าน โดยเฉพาะกิจกรรมที่เน้นการสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการวิเคราะห์ PNI และความคิดเห็นเชิงคุณภาพที่ระบุถึงความสำคัญของการให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านจิตใจ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ลดความเครียดในห้องฉุกเฉิน

ผลการวิจัยครั้งนี้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งสามข้ออย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์และความต้องการจำเป็น (R1) การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล (D1) การทดลองใช้และปรับปรุงโปรแกรม (R2-D2) จนถึงการประเมินผลการใช้จริง (R3) โดยข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณถูกนำมาผสมผสานเพื่อสะท้อนสภาพจริงของการให้บริการห้องฉุกเฉินและสร้างแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง

สภาพปัญหาด้านความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดจากหลายปัจจัย โดยมีสถิติสนับสนุนชัดเจน เช่น ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 78 รายงานว่าการรอคอยเป็นเวลานานโดยไม่ทราบลำดับการรักษาส่งผลต่อความวิตกกังวล ขณะที่ร้อยละ 70 ระบุว่าขาดข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา และร้อยละ 65 สะท้อนความไม่สบายใจจากสภาพแวดล้อมที่แออัด การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ 7 คนยังสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและภาระงานสูงที่ทำให้การสื่อสารไม่ครอบคลุมเพียงพอ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ค่าความต้องการจำเป็น (PNI) ระบุลำดับความสำคัญสูงสุดของการพัฒนา ได้แก่ การปรับสภาพแวดล้อมห้องฉุกเฉินให้เอื้อต่อความผ่อนคลาย การเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และการเสริมบทบาทครอบครัวในกระบวนการดูแล ข้อมูลทั้งหมดนี้สนับสนุนความจำเป็นของการออกแบบโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับสภาพจริงของหน่วยบริการ

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน โปรแกรมที่ได้ถูกออกแบบใน 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมิน วางแผน ดำเนินการ และติดตามผล โดยมีกิจกรรมสำคัญ เช่น การอบรมการสื่อสารเชิงบวกแก่บุคลากร การจัดพื้นที่ผ่อนคลายและใช้ดนตรีบำบัด การให้คำปรึกษาและข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการสร้างระบบสนับสนุนการทำงานของบุคลากรในห้องฉุกเฉิน การออกแบบโปรแกรมอาศัยข้อมูลจาก R1 และผล PNI เพื่อให้ทุกกิจกรรมสอดคล้องกับลำดับความต้องการจำเป็นที่แท้จริง การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรในโรงพยาบาลพบว่า มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสม Mean = 4.34, S.D. = 0.50 และความเป็นไปได้ Mean = 4.40, S.D. = 0.52 ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก สะท้อนถึงความเหมาะสมและศักยภาพของโปรแกรมในการนำไปปรับใช้ในบริบทจริง

ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 30 คนมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ Mean = 2.01, S.D. = 0.42 และคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ที่ Mean = 2.30, S.D. = 0.40 ซึ่งอยู่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความสามารถในการควบคุมสภาพร่างกายและการแสดงออกทางกายจากความเครียด (Mean = 2.75, S.D. = 0.46) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการติดตามดูแลด้านอารมณ์และร่างกายควบคู่กันไป ขณะเดียวกัน การนำโปรแกรมไปใช้จริงกับผู้ป่วยและบุคลากรจำนวน 37 คน พบว่าระดับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะกิจกรรมสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและการสื่อสารที่ได้รับคะแนนประเมินสูงสุด (Mean = 4.70–4.75, S.D. ≈ 0.42–0.52) แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับความต้องการและบริบทในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

การเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์กับวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งสามข้อจึงชี้ชัดว่า โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นที่แท้จริงของผู้ป่วยในหัตถ์ฉุกเฉิน โดยข้อมูลจากทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณยืนยันว่าโปรแกรมสามารถลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังได้รับการยอมรับจากบุคลากรและครอบครัวว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงและขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้ การออกแบบโปรแกรมนี้นี้จึงเป็นตัวอย่างของการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติและฉุกเฉินในบริบทไทย

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสภาพปัญหาด้านความเครียดของผู้ป่วยหัตถ์ฉุกเฉินครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ ความเครียดด้านเวลาและความล่าช้าในการรับบริการ ความแออัดของสถานที่ อาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภาระค่าใช้จ่าย การขาดข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรค และความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดจิตวิทยาสุขภาพและการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ซึ่งชี้ว่าความไม่แน่นอนของการรอรับบริการและสภาพแวดล้อมที่มีความตึงเครียดสูงสามารถกระตุ้นปฏิกิริยาความเครียดและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ผู้ป่วยขาดการควบคุมตนเองและมีข้อมูลจำกัด¹¹

ในด้านเวลารอคอยและความแออัดของหัตถ์ฉุกเฉิน งานวิจัยหนึ่งรายงานว่าการล่าช้าในการเข้าถึงบริการเป็นสาเหตุหลักของความเครียดและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย¹² ระบุว่าความล่าช้าในการเข้าถึงบริการเป็นสาเหตุหลักของความเครียดและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทที่มีข้อจำกัดทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ งานวิจัยหนึ่งอธิบายว่าความไม่แน่นอนในการรอคอยและบรรยากาศที่แออัดมีผลเชิงลบต่อภาวะอารมณ์และความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างชัดเจน¹²⁻¹³ นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเองยังเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่ง Palmadottir GR, et al.¹⁴ ชี้ว่าการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาสามารถเพิ่มระดับความกลัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ ส่วนด้านค่าใช้จ่ายและการสนับสนุนครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่มั่นคงมีแนวโน้มความเครียดสูงกว่า และการให้ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์สามารถลดภาระจิตใจได้¹⁵ ขณะเดียวกัน Krest, et al.¹⁶ ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการรักษา

โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้เน้นการบูรณาการแนวคิด Family-Centered Care (FCC) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแลและการตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision-making) โดยแนวทางนี้ได้รับการสนับสนุนจาก Institute for Patient- and Family-Centered Care ว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์สำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และสร้างความร่วมมือที่ดีกับทีมสุขภาพ¹⁷

การดำเนินโปรแกรมในครั้งนี้มี 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การประเมิน การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามผล ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สมสุข นิธิอุทัย ที่ศึกษารูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤติชีวิตและพบว่าการจัดการที่มีประสิทธิภาพต้องมีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง¹⁸ โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมอยู่ที่ Mean = 2.01, S.D. = 0.42 และความเครียดเฉลี่ยอยู่ที่ Mean = 2.30, S.D. = 0.40 ซึ่งลดลงจากระดับ

ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้นและลดความตึงเครียดทางจิตใจ

นอกจากนี้ โปรแกรมยังมีองค์ประกอบเฉพาะที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่น เช่น การใช้ การสื่อสารเชิงบวก และการสร้างบรรยากาศห้องฉุกเฉินที่เป็นมิตร ซึ่งสอดคล้องกับ Palmadottir, et al.¹⁴ ที่พบว่าบรรยากาศที่ผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดีขึ้น รวมถึงการบำบัดด้วยดนตรี (Music Therapy) ที่บูรณาการในกิจกรรมหลักของโปรแกรม ซึ่ง Angkoontassaneeyarat, et al.¹⁹ รายงานว่าผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับดนตรีบำบัดมีระดับความวิตกกังวลและความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างที่โดดเด่นของโปรแกรมนี้อาจการใช้วิธีการแบบองค์รวมร่วมกับครอบครัวและ การสนับสนุนเชิงระบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่เพียงมุ่งเน้นผู้ป่วยรายบุคคล แต่ยังเชื่อมโยงปัจจัยแวดล้อมและทรัพยากรบุคคลเข้าด้วยกัน

ในด้านจุดเด่น โปรแกรมนี้ตอบสนองต่อปัญหาจริงในห้องฉุกเฉินชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด โดยการออกแบบกิจกรรมที่ใช้งบประมาณต่ำ เช่น การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การฝึกสื่อสารแก่บุคลากร และการสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวก ทำให้สามารถปรับใช้ได้ภายในโรงพยาบาลชุมชน ขณะเดียวกันจุดด้อยของโปรแกรมคือการใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก ($n = 30$) ในการทดลองใช้ อาจทำให้ความแม่นยำเชิงสถิติยังไม่เพียงพอสำหรับการสรุปทั่วไป และระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้น จึงควรมีการวิจัยติดตามในระยะยาวและกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้นเพื่อยืนยันผลลัพธ์

โดยสรุป โปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับงานวิจัยสนับสนุนหลายฉบับที่ยืนยันว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างบรรยากาศเชิงบวก และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญในการลดความเครียดในผู้ป่วยฉุกเฉิน ผลการทดลองใช้แสดงถึงการลดระดับความวิตกกังวลและความเครียดได้อย่างชัดเจน พร้อมศักยภาพการนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการและสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีมนุษยธรรมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉินไปปรับใช้จริง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลและครอบครัว รวมถึงจัดให้มีการอบรมบุคลากรเพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. โรงพยาบาลควรจัดทำแนวทางการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการรักษา รวมถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความไม่แน่นอนในการรักษาและข้อกังวลด้านค่าใช้จ่าย
3. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรพัฒนานโยบายที่สนับสนุนการให้บริการทางด้านจิตใจในห้องฉุกเฉิน เช่น การกำหนดให้มีการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเป็นมาตรฐาน
4. ภาครัฐควรจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนโรงพยาบาลให้มีทรัพยากรเพียงพอ เช่น พื้นที่สำหรับครอบครัวในห้องฉุกเฉิน หรือการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประสานงานด้านสุขภาพจิตเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินว่าการใช้โปรแกรมนี้ส่งผลต่อระดับความเครียดและความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือไม่ รวมถึงศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการในห้องฉุกเฉิน
2. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางสุขภาพและสังคมที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก หรือผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยโรงพยาบาลทองผาภูมิจังหวัดกาญจนบุรีผ่านการบูรณาการการมีส่วนร่วมของทีมนพยาบาลและครอบครัว โดยออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่มก่อนและหลัง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากแพทย์หญิงนวลจันทร์ เวชสุวรรณณิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทองผาภูมิที่ให้โอกาสอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และสนับสนุนทุนในการวิจัย ขอขอบพระคุณ ดร.รณิดา มนต์คลัง หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สวณเทิดพระเกียรติทัยเมือง เทศบาลเมืองนครพนม ผู้ซึ่งได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามในการทำวิจัยนี้อย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีทุกท่านที่ได้กรุณาในการกลั่นกรองการวิจัยเพื่อการรับรองจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ดร.อรรถเดช สรสุชาติ ที่ปรึกษาโครงการวิจัยวิทยาลัยชุมชน ระนอง ดร.ศิโสภา วัฒนา ประธานบริหารบริษัทอิมแพคเวิลด์ เอเชียน จำกัด ประเทศไทย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์รวมทั้งช่วยเหลือในการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณนางวลีทิพย์ สุดแสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลทองผาภูมิ ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทองผาภูมิทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ในการช่วยคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ และเอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลและลดความเครียดของผู้ป่วยห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทองผาภูมิจังหวัดกาญจนบุรี ประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากการวิจัยฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบให้ผู้ที่สนใจในการศึกษา นำไปใช้ในการพัฒนาการทำงานให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และต่อหน่วยงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Safar P, Mayer SA, Bellomo R. Care of the critically ill begins in the emergency medicine setting. Eur J Emerg Med 2024;31:65–72.
doi: 10.1097/MEJ.0000000000001134.
2. Bailey C, Wolf Z. The psychological impact of emergency department visits: Anxiety, stress, and patient outcomes. J Emerg Nurs 2020;46:664-72.
3. Jones L, Mitchell M. Family experiences and stress in emergency departments: A qualitative study. Australas Emerg Care 2021;24:163-9.
4. Johnson D, Winkelmann C. The physiological impact of stress in emergency settings: Cortisol, heart rate, and outcomes. Crit Care Nurs Clin North Am 2020;32:215-28.

5. Frankham C, Richardson T, Maguire N. Psychological factors associated with financial hardship and mental health: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020;77:101832. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101832.
6. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 11th ed. New York: Wiley; 2016.
7. World Health Organization. Practical manual for sample size determination in health studies. Geneva: WHO; 2020.
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 2013.
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
10. Stufflebeam DL, Coryn CLS. Evaluation theory, models, and applications. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2017.
11. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. Bethesda: National Cancer Institute; 2015.
12. Aghajafari F, Rouleau J, Ospina MB, Amin M, Stang AS, Vandermeer B, et al. Wait times for emergency department patients: A systematic review. *Emerg Med J* 2020;37:759–66.
13. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: Contemporary theoretical developments and future research challenges. *Int Nurs Rev* 2018;65:332–41.
14. Palmadottir GR, Hjaltadottir I, Eythorsson E, Olafsson S, Gunnarsdottir ED, Halldorsdottir S. The role of communication in advance care planning: Perspectives from older adults, family members, and healthcare professionals. *J Clin Nurs* 2021;30:2919–31.
15. Tejero-Aranguren J, García Del Moral R, Poyatos-Aguilera ME, Colmenero M. Family burden after critical illness: the forgotten caregivers. *Med Intensiva (Engl Ed)* 2024;48:69–76. doi: 10.1016/j.medine.2023.08.002.
16. Krest RT, Kornhaber R, Johnston C, Cleary M. Family-centered care in emergency departments: A literature review. *J Emerg Nurs* 2017;43:523–9.
17. Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC). Advancing the practice of patient- and family-centered care: How to get started. Bethesda: IPFCC; 2019.
18. สมสุข นิธิอุทัย. รูปแบบการจัดการความเครียดในภาวะวิกฤตชีวิตของผู้ป่วย: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2560;35:1–12.
19. Angkoontassaneeyarat C, Tantiworawit A, Ingkakul T, Nandavisai C, Chansriwong P, Chansriwong S, et al. Effects of music therapy on pain and anxiety in emergency department patients: A randomized controlled trial. *Australas Emerg Care* 2020;23:228–34.