ประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด*

พรพิไล บัวสำอางค์ พย.ม.** วารินทร์ บินโฮเซ็น พย.ด.*** น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบก่อนทดลอง หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 34 ราย ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลา 5 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดและบรรเทาปัญหา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์การเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดและบรรเทาปัญหา มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.77, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูล และคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000, p =000 ตามลำดับ)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นประโยชน์ต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตและส่งเสริมให้ญาติมีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการสื่อสารข้อมูล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว อาการไม่คงที่ มีระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลว[1] ที่พบบ่อย เช่น ภาวะปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยให้การระบายอากาศในถุงลมและการกระจายอากาศในปอดดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยด้านการรักษา[2] สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ประกอบด้วย เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ ที่มีจำนวนมาก มีเสียงดังรบกวน บุคลากรทางการแพทย์หลากหลาย และมีระเบียบการเข้าเยี่ยมเฉพาะที่ไม่อนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าดูแลใกล้ชิด[3] โดยเฉพาะในระยะ 48 -72 ชั่วโมงแรก

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
*** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ของการเข้ารับการรักษา[4] ในขณะที่ผู้ป่วยมีความกลัวตาย มีความกังวลเกี่ยวกับโรค และกลัวความพิการ[5] ระบบการเยี่ยมผู้ป่วยของหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีการจำกัดเวลาทำให้ญาติถูกแยกจากผู้ป่วย และการต้องเผชิญกับผลการรักษาและอาการที่มีความไม่แน่นอนในขณะเกิดภาวะวิกฤต ตลอดจนสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่คุ้นเคย สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ญาติมีความเกิดความกลัว วิตกกังวล และมีความเครียด[6,7] ส่งผลให้ญาติมีพฤติกรรมการนอนและการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง มีระยะเวลาในการนอนสั้นกว่าปกติ นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท การรับประทานอาหารลดลงกว่าครึ่งของการรับประทานตามปกติ หรือรับประทานอาหารที่เตรียมง่าย รวดเร็ว แต่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของญาติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย[8]

ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดความเครียดที่เกี่ยวกับสถานการณ์เจ็บป่วย มีความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการและการรักษา มีความไม่ชัดเจนในการรับรู้ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากขาดความสมบูรณ์ในการให้และรับข้อมูล ทำให้ไม่สามารถทำนายอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในอนาคตได้ซึ่งการรับรู้สถานการณ์ในลักษณะนี้เรียกว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย[9] (uncertainty in illness) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดสูงถึงร้อยละ40 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งหมด[8,9] ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ญาติมีปัญหาในการตัดสินใจ ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ขาดความสามารถในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม[8,9]

ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความต้องการข้อมูลความเจ็บป่วย ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก เพื่อลดความเครียดและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย[10] และการสนับสนุนทางด้านข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน[10] ต้องมีการสื่อสารแบบสองทางระหว่างพยาบาลกับญาติ จะทำให้ญาติเข้าใจแบบแผนการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของอาการที่เป็นอยู่ ระบบการดูแล และขั้นตอนการรับบริการ ซึ่งในระยะ 24 –72 ชั่วโมงแรกที่รับเข้ารับการรักษา เป็นช่วงเวลาเหมาะสมในการให้ข้อมูลที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา[11,12] นอกจากนี้พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลชื่อของอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลประจำวัน เป็นสิ่งที่ญาติต้องการทราบมากที่สุด[13]

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกระทุ่มแบน พบว่าในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ญาติผู้ป่วยที่รออยู่ด้านนอกจะไม่สามารถประเมินสถานการณ์ในขณะนั้นได้ว่ามีความรุนแรงเพียงใด การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมีความซับซ้อน ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ประกอบกับพยาบาลมักให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเป็นอันดับแรกจึงอาจทำให้ขาดความตระหนักในการตอบสนองความต้องการของญาติซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การทำงานของบุคลากรที่เร่งรีบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับผู้ป่วยจึงทำได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ความไม่สม่ำเสมอในการได้รับข้อมูลส่งผลให้ญาติเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความเครียด ญาติบางรายไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม[14] เมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น ทรุดลง หรือถึงแก่ชีวิต เกิดวิกฤตทางอารมณ์ เกิดความขัดแย้งระหว่างครอบครัวกับบุคลากร มีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะต่อพยาบาลผู้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เกิดการไม่ยอมรับในตัวบุคคลากรและโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่า การขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา วิธีการปฏิบัติตัว รวมทั้งประสบการณ์ที่ได้รับมีผลต่อกระบวนการรับรู้ที่เป็นสาเหตุของความเครียดและการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกด้านจิตใจได้[15] ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงมีความสนใจใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะเป็นการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และเป็นการส่งเสริมการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

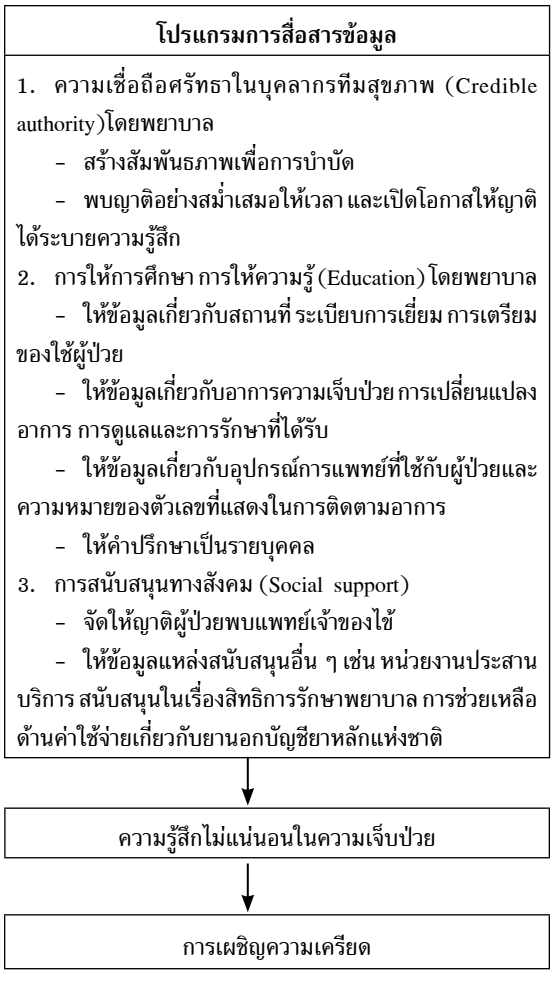
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูล

2. เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel[9] ซึ่งให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายหรือคาดการณ์เหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย มี 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) 2) มีความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา (complexity) 3) มีการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน (inconsistency of information) และ 4) ไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ (unpredictability) ซึ่งอาจนำไปสู่การประเมินและตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด มีผลต่อวิธีเผชิญความเครียดและการปรับตัว โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ 1) รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) หมายถึง อาการแสดงของโรค (symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย (event familiarly) และความคาดหวังที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (event congruency) 2) ความสามารถในการรู้คิดและความเข้าใจ (cognitive capacities) และ 3) แหล่งประโยชน์สนับสนุน (structure providers) ซึ่งประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือศรัทธาของผู้ให้บริการ (credible authority) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการให้ความรู้ (education)

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมโดยจัดกระทำกับปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์สนับสนุนซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤต และส่งผลให้มีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ในส่วนของการเผชิญความเครียด ใช้แนวคิดของ Lazarus และ Folkman[16] ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประ โยชน์ที่บุคคลมีอยู่ การเผชิญความเครียดมี 2 แบบ ได้แก่ 1) การมุ่งจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึก (emotion focused) เป็นวิธีการที่บุคคลตอบสนองต่อความเครียดด้วยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก 2) การมุ่งแก้ ปัญหา (problem focused) โดยการจัดการกับสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น ในงานวิจัยนี้เลือกศึกษาการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็นการมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและการบรรเทาปัญหา เป็นวิธีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบก่อนการทดลองหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre experimental pre-posttest one group design)

ประชากร คือ ญาติของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2557

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ 1) เพศชายหรือเพศหญิงอายุระหว่าง 18-60 ปี 2) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตรและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย 3 มีสติสัมปชัญญะและสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และ6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ ประกอบด้วย 1.1) การสร้างความเชื่อถือศรัทธาต่อญาติ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การตรวจเยี่ยมญาติสม่ำเสมอ 1.2) การให้ความรู้โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับ คำแนะนำข้อปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย อาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การได้ รับการดูแลประจำวัน และ 1.3) การสนับสนุนทางสังคมโดยการประสานให้พบแหล่งประโยชน์สนับสนุน ได้แก่ แพทย์ผู้รักษา ในการให้ข้อมูลความเจ็บป่วย แผนการรักษา และการพยากรณ์โรค หน่วยงานที่เกี่ยวกับสิทธิการรักษา หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ โดยมีการพบญาติผู้ป่วยวิกฤตวันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้าและบ่าย เป็นเวลา 5 วัน รวม 10 ครั้งใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 30-45 นาที และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ญาติเคยดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2.2) แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้และดัดแปลงจากสุรีภรณ์ สุวรรณโอสถ[17] ให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ 2.3) แบบวัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตซึ่งผู้วิจัยของเครือวัลย์ บุญโต[18] และนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตและแบบวัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา คำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ซึ่งเครื่องมือทุกชุดมีค่า CVI เท่ากับ 0.92, 1.00, และ 1.00 และนำแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบวัดการเผชิญความเครียดด้านมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดและการบรรเทาปัญหาภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.77; 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต และผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการทั้งในปัจจุบันและในอนาคต เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง ตามแผนการดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 5 วัน โดยการสร้างความเชื่อถือศรัทธา การให้ความรู้ และการประสานแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างจะพบกับผู้ช่วยวิจัย 1 คนที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยเพื่อสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด และแบบบรรเทาปัญหา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon signed rank test ตามผลการทดสอบการกระจายของตัวแปร)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 34 คน มีอายุระหว่าง 27-59 ปี เฉลี่ย 41.53 ปี (SD = 7.78) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.4) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.5) ประมาณครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 44.1) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 20,000-100,000 บาท เฉลี่ย 35,000 บาท (SD = 14,719.60) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 79.4) ไม่มีบุตร (ร้อยละ 58.8) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 70.6) และเป็นผู้ที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมาก่อน (ร้อยละ 73.5)

ผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 34 ราย มีอายุระหว่าง 34-94 ปี เฉลี่ย 66.74 (SD = 15.09) ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.9) ทั้งหมดมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) มีระยะเวลานอนรักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤต 8-14 วัน (ร้อยละ 55.9) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 82.4) ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 44.1) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 100) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 91.2)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤต ก่อนได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่าง 63 – 85 คะแนน (คะแนนเต็ม 90 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 72.71 คะแนน (SD= 5.34) หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 23 – 60 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย 41.24 คะแนน (SD=7.81) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลด้วยสถิติ Paired t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = .000 โดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต

การเผชิญความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวัดการเผชิญความเครียดเป็นคะแนนรายด้าน ประกอบด้วย 1) คะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด และ 2) คะแนนการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหา ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดอยู่ระหว่าง 19 – 34 คะแนน (คะแนนเต็ม 36 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 27.24 คะแนน (SD = 3.89) หลังเข้าโปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 11– 30 คะแนนโดยมีค่าเฉลี่ย 22.65 คะแนน (SD = 3.86) เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t – test พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียดหลังได้รับโปรแกรมฯต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = .000

การเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหาก่อนเข้าโปรแกรมฯกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหาอยู่ระหว่าง 10 – 20 คะแนน (คะแนนเต็ม 24 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 16.24 คะแนน (SD = 2.79) หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6 – 17 คะแนนโดยมีค่าเฉลี่ย 12.00 คะแนน (SD = 3.28) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอันดับของคะแนนการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหาก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหาหลังได้รับโปรแกรมฯลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = .000

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด คะแนนการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหา ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000, .000, และ.000 ตามลำดับ) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ก่อนเข้าโปรแกรม ญาติผู้ป่วยวิกฤตทุกรายมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง (คะแนน 63-85 คะแนน) เนื่องจากญาติรับรู้ว่าผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีอาการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ญาติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.5) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้รับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจากการเห็นสภาพอาการผู้ป่วย มีความไม่คุ้นเคยกับบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ แต่เมื่อภายหลังที่ญาติได้รับโปรแกรมฯซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishe[9] ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง อธิบายว่า โปรแกรมการสื่อสารข้อมูลออกแบบไปจัดกระทำกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ในส่วนของแหล่งประโยชน์สนับสนุนโดยจัดกิจกรรม 3 ด้าน คือ 1) การสร้างความเชื่อถือศรัทธาในบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับญาติเป็นรายบุคคล ด้วยการแนะนำตัว ทำความรู้จักคุ้นเคย มีท่าทีอบอุ่น เป็นมิตรและแสดงความจริงใจในการช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ซักถาม รับฟังในขณะที่ญาติระบายความรู้สึกซึ่งเป็นสัมพันธภาพในการบำบัดเพื่อให้เกิดความเชื่อถือและความศรัทธา รวมทั้งตอบข้อซักถามเป็นรายบุคคล ซึ่งจะช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยหรือความซับซ้อนของการรักษา 2) ให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับสถานที่ สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งให้เอกสารแผ่นพับคำแนะนำข้อปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย ข้อมูลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการดูแลประจำวัน ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการดูแลและการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้ญาติเข้าใจแบบแผนการรักษา การได้รับข้อมูลสม่ำเสมอจะช่วยให้ญาติคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วย คาดเดาเหตุการณ์ได้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริง 3) ให้การสนับสนุนข้อมูลในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในส่วนของการรักษาที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม เช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม และการประสานให้ญาติได้พบแพทย์ผู้รักษาเพื่อรับทราบข้อมูลแผนการรักษาของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและความซับซ้อนในการรักษา จึงทำให้หลังเข้าโปรแกรมฯ ทำให้ญาติมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ จองแก[19] ที่พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาพร บุญกองรัตน์[3] ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยภาวะวิกฤตกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้การที่ญาติมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด และแบบบรรเทาปัญหาลดลงไปด้วย อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยในลักษณะเดียวกันที่ศึกษาในญาติของผู้ป่วยวิกฤตเช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ แต่พบงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้และได้ผลสอดคล้องกัน ของเครือวัลย์ บุญโต[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โดยโปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel[9] โปรแกรมออกแบบจัดกระทำกับแหล่งประโยชน์สนับสนุนเช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยวิธีเผชิความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และคะแนนเฉลี่ยวิธีเผชิญความเครียดแบบบรรเทาปัญหาลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$, และ $p = .000$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตส่งเสริมให้มีวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และก่อนนำไปใช้ควรได้มีการอบรมพยาบาลให้เข้าใจแนวคิดของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญความเครียด เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลญาติผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยทุกท่านที่ทำให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Kusoom W. (Editor.) Critical care nursing: a holistic approach. Bangkok: Registered Ordinary Partnership Sahaprachapanitch; 2010.
2. Boonburapong T. Respiratory care in clinical practice. Bangkok: Bannangsuekosin printing; 2552.
3. Boonkongrat S. Effect of the information and emotional support on uncertainty among parents of critically ill children admitted to pediatric intensive care unit. [Thesis], Chiang Mai: Chiang Mai University; 2551.
4. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patient in intensive care units. American Journal of Critical Care 2009; 18(3): 200-210.
5. Pathoumthong B. Stress and Coping Strategies among Critically Ill Patients in Mahosot Hospital, Lao People Democratic Republic. Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division 2553; 28 (4): 46-52.
6. Doherty MH, Plowfield L, Ware C, West CM. Impact of critical illness on the patient and family. Nutritional Care. Missouri: Mosby; 2001.

7. Leske JS. Protocol for practice: Applying research at the bedside. Critical Care Nurse 2002; 22(6): 61-65.
8. Van Horn E, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family member: Stress and response. Dimension of Critical Care Nursing 2000; 19(4): 40-49.
9. Mishel MH. Uncertainty in illness. Image: the Journal of Nursing Scholarship 1988; 20(4): 225-232.
10. Promrod T, Monkong S, Sirapongam Y. Needs and response to needs, stress and coping of patient relatives before transferring from intensive care units. Ramathibodi Nursing Journal 2554; 17(1): 75-89.
11. Curtis JR, White DB. Practice guidance for evidenced based ICU conferences. Chest 2008; 134 (4): 835-843.
12. Mekanantawat K, Chaimongkol N. Predictors of uncertainty among parents of children admitted in a pediatric intensive care unit. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2554; 21(1):1-11.
13. Knapp SJ. The EPICS Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically III trauma patients. Applied Nursing Research 2013; 26:51-57.
14. Srirat S, Saiwaree J. Need and need response among mother of children hospitalized in the pediatric intensive care unit of Songklanagarind hospital. Songkla Medicine Journal 2551; 26 (5): 481-489.
15. Sanckamanee Y. Effects of preparatory information intervention on knowledge, anxiety, and self-care practice among patients underwent coronary artery bypass graft surgery. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2555; 30 (1): 15-21.
16. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
17. Suwanna-o-sod S. Uncertainty, social support and coping strategies among parents of children with cancer. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2547.
18. Boonto K. Effect of discharge planning program on uncertainty in illness and coping strategies in persons with AIDS and cryptococcal meningitis. [Thesis]. Pratumthanee: Rangsit University; 2550.
19. Jongkae J. Effect of information and emotional support on uncertainty in illness of mothers with premature infants. [Thesis], Chiang Mai: Chiang Mai University; 2550.

Effectiveness of Communication Program on Uncertainty in Illness and Coping Strategies in Family Members of Critical Ill Patients *

Pornpilai Boursamarrang M.N.S.** Varin Binhosen PhD*** Nam-oy Pakdevong Dr.P.H.***

Abstract

This pre-posttest one group study aimed to investigate the effectiveness of communication program to family members of critical patients on uncertainty in illness and coping strategies. The uncertainty in illness of Mishel was used as a conceptual framework to develop the program. The purposive sample of 34 persons was recruited for this study. Interventions were carried out during family members visiting critical ill patients for 5 days. The instruments comprised uncertainty in illness questionnaire and emotional and palliative coping strategies questionnaire. Content validity of the instrument was approved by 3 experts. Cronbach's alpha reliability coefficient of uncertainty in illness questionnaire, emotional and palliative coping strategies questionnaire were 0.77, 0.86 and 0.82 respectively. Descriptive statistics, paired t- test and Wilcoxon signed rank test were used as means for statistical analysis.

The results showed that the communication program to family members had effected on uncertainty in illness and coping strategies of family members of critical ill patients. The uncertainty of illness scores and the coping strategies score were significantly lower than those of before the program ($p < .000$, $p < .000$). The results of this study support the effectiveness of communication program to family members of critical patients on diminishing uncertainty in illness and enhanced appropriate coping strategies.

Keywords: communication program for family members, uncertainty in illness, coping strategies

---

* *Thesis of Master of Nursing Science, Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University*

** *Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University*

*** *Instructor, School of Nursing, Rangsit University*