

ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
Effects of a Supportive –Education Nursing System Program on Anxiety
of The Patient’s Family in Respiratory Intensive Care Unit

Corresponding author E-mail: duangdao@unc.ac.th
(Received: April 5, 2019; Revised: December 16,
2019; Accepted: December 20, 2019)

อรทัย หลาวทอง (Orathai Laothong)¹
วัสสิกา สิงโตทอง (Wassika Singtothong)²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และ ระดับการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ แบบสอบถามความต้องการและแบบวัดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.21$, SD. =0.19) หลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.39$, SD. = .13) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับควบคุม พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.84$, SD. =.18; $\bar{x} = 2.39$, SD. =.13) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว

คำสำคัญ: สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนัก, โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้, ความวิตกกังวล

1 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
Department of nursing Uttaradit Hospital

2 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
Department of nursing Uttaradit Hospital

อีเมล: duangdao@unc.ac.th
E-mail: duangdao@unc.ac.th

ABSTRACT

The purpose of this research was to examine the effects of a supportive –education nursing system program on an anxiety of the patient’s family in Respiratory Intensive Care Unit. This quasi-experimental was undertaken through this study, Subjects were a first degree relative of critically ill patients admitted in Respiratory intensive care unit (RCU) at Uttaradit Hospital. The subjects were assigned into the control group (n = 30) and the study group (n = 30) equally. The control group received the routine nursing care, while the experimental group received the supportive –education nursing system program. The two groups were matched in terms of gender, age, and level of education. The research instruments were the supportive–education nursing system program, family needs in critical care and anxiety inventory. The instruments were tested for the content validity and reliability used Cronbach’s alpha coefficient. The data were analyzed by using descriptive statistics and t-test statistic.

Results showed that prior to experiment; the study group had an average of anxiety score at a high level (\bar{x} = 3.21, SD. = .19) after an experiment; the study group had an average of anxiety score at medium level (\bar{x} = 2.39, SD. = .13) with significantly different (p = 0.001). When comparing the anxiety of family members of patient with critical respiratory illnesses in Uttaradit Hospital between the experimental group and control. It was found that the control group and experimental group had an average level of anxiety scores at a moderate level (\bar{x} = 2.84, SD. = .18; \bar{x} = 2.39, SD. = .13) with statistically significant differences (p = .001). The results from this study confirmed that effects of a supportive-education nursing system program on anxiety of the patient’s family in Respiratory Intensive Care Unit to decrease the anxiety of the patient’s family.

Keywords: Family members, Supportive – education nursing system program, Anxiety

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเกิดขึ้นทันทีทันใด สาเหตุเกิดจากอวัยวะหรือระบบของร่างกายที่สำคัญทำหน้าที่บกพร่องจากการได้รับบาดเจ็บ จากการเสื่อม หรือเกิดจากการกำเริบของ

โรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต (Limunnoi & Thamnong, 2008) การเจ็บป่วยวิกฤตยังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อาการไม่คงที่และมีโอกาสทรุดลงได้ง่าย ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อรักษาชีวิต หรือเรียกว่าเป็น

ผู้ป่วยหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สมาชิกครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวล ความเครียดและความกลัว จากสถานการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยจึงทำให้วิตกกังวลมากยิ่งขึ้น (Eggenberger & Nelms, 2007) ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 35-73 ซึ่งความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (Pochard, Darmon & Fassier, 2005) ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักจะสูงอยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (McAdam & Puntillo, 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Leske, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศริย์ ศรีศุภโอบาร (Srisupha-olarn, 2014) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลในวันแรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.82 และระดับสูง ร้อยละ 18.18

สาเหตุที่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักเกิดความวิตกกังวล เนื่องมาจากการรับรู้และความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในทางลบว่า หอผู้ป่วยหนักเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินโรคได้ มีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง ดังนั้น สมาชิกครอบครัวมักคาดการณ์ล่วงหน้าในทางที่ไม่ดีไว้ก่อนอาการของผู้ป่วย เช่น สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่รู้สึกตัว ทำให้สมาชิกครอบครัวกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถสื่อสาร รับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Wall, 2009; Yang, 2008)

การไม่ทราบข้อมูล ได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจากผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้จัดเตรียมไว้อย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลไม่ตรงกัน หรือไม่ได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการในขณะนั้น การต้องเผชิญกับบุคลากรที่ไม่คุ้นเคย ท่าทีของเจ้าหน้าที่ดูเร่งรีบเสมือนไม่ให้ความสนใจที่จะให้ข้อมูลใดๆกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มาเยี่ยมเยียน สภาพแวดล้อมและลักษณะการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ไม่คุ้นเคย เต็มไปด้วยอุปกรณ์และเทคโนโลยีการแพทย์ ตลอดจนการจำกัดเวลาเยี่ยม ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวถูกปิดกั้น สมาชิกครอบครัวต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว (Agard & Harder, 2007; Eggenberger & Nelms, 2007) นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอาจต้องลาหยุดหรือออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้จากการต้องลาหยุดงาน แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (Chareonsuk, 2006; Khawaraphruek, Hamirattisai & Thanasilp, 2014; McAdam & Puntillo, 2009) ในระดับที่สูง ยังมีผลทำให้สมาธิสั้นลงความสามารถในการจดจำและการรับรู้ข้อมูลและความสามารถในการตัดสินใจลดลง ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาลและเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เช่น การมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต บางสมาชิกครอบครัวไม่สามารถยอมรับได้ มีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกครอบครัว มี

ความคับข้องใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เกิดการไม่ยอมรับในตัวบุคคลและสถาบัน (Singdong & Jitpanya, 2012) ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลให้เกิดความเครียด (stress) ภาวะซึมเศร้า (depression) และในระยะยาวและอาจเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ (Panyasai, 2010)

หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ให้บริการผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อยู่ในระยะวิกฤตเจ็บป่วยซับซ้อนเกี่ยวกับระบบการหายใจ จำนวน 8 เตียง มีจำนวนผู้ใช้บริการในปี 2557-2559 จำนวน 209, 247 และ 256 ตามลำดับ (Medical Statistics unit of Uttaradit Hospital, 2016) จากภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้การทำงานของพยาบาลมุ่งเน้นการพยาบาลทางด้านร่างกายเป็นลำดับแรก สำหรับการพยาบาลด้านอื่นๆ อาจถูกลดความสำคัญลงตามข้อจำกัดของเวลาในการปฏิบัติงาน ที่ผ่านมามีพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการดูแลในมิติจิตสังคมและจิตวิญญาณและพัฒนาให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพองค์รวม กิจกรรมที่ได้จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ การจัดสถานที่เพื่อตอบสนองความต้องการทางศาสนา ความเชื่อ มีโต๊ะให้ข้อมูลและบริเวณรอเยี่ยม ที่นั่งพักของญาติ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่เข้ารับบริการใหม่ครั้งแรก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาจากทีมแพทย์และพยาบาล การสอนและฝึกทักษะการออกกำลังกาย และการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ แต่อย่างไรก็ตาม การพยาบาลและการให้ข้อมูลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังไม่มีรูปแบบเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ปัจจุบันมีการให้ข้อมูลตามรูปแบบของแต่ละบุคคลซึ่งมี

รายละเอียดและเนื้อหาไม่เท่ากัน ไม่ครอบคลุมความต้องการทั้งหมด อีกทั้งเป็นการให้ข้อมูลในคราวเดียว ขาดการติดตามประเมินผลเชิงระบบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคนทำให้ไม่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ (Pimsri & Limumnoilap, 2014) ประเด็นสำคัญที่ถูกมองข้ามไม่ได้ นำเข้ามาให้การดูแลสมาชิกครอบครัว คือ การดูแลที่ยืดหยุ่นตามบริบทและความต้องการของสมาชิกครอบครัวในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากสมาชิกครอบครัวแต่ละคนมีปฏิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลตระหนักและมีแนวทางการให้การพยาบาลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเป็นระบบ ซึ่งจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างครบถ้วนเพียงพอ ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวและก้าวผ่านภาวะวิกฤตนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ในกลุ่มทดลองก่อน

และหลังการทดลองโดยได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการศึกษา

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองโดยได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 27 คน กลุ่มทดลอง 27 คน แต่จากการศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีโอกาสน้อยหายของกลุ่มตัวอย่าง ใน

ระหว่างการทดลองจึงปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Srisatidnarakul, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุระหว่าง 18-60 ปี
2. เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามีภรรยา พี่น้อง หรือบุตร
3. มีสติสัมปชัญญะปกติ และสามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่านและเขียนได้
4. ไม่เคยมีประสบการณ์สมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน
5. มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง
6. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยคัดเข้ากลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยทำการพัฒนาโดยบูรณาการแนวคิดความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักของ Molter และ Leske (Molter & Leske, 1986) โดยกิจกรรมใช้เวลาทั้งหมด 3 วัน และแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนของโอเร็ม (Orem, 2001), คู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนัก , แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาดัดแปลงจากแบบสอบถามความต้องการ

ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแบบวัดความวิตกกังวลของสมาชิกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ ที่พัฒนาขึ้นโดย อีสริย์ ศรีสุภโอาหาร (Srisupha-olam, 2014) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักและคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักที่พัฒนาขึ้นไปหาความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนัก และแบบสอบถามความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และ .88 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจับคู่ที่มีอายุในช่วงวัย เพศเดียวกัน และระดับการศึกษาให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยคนแรกจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลและความรู้ตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักก่อนเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก แนะนำตนเอง พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย และทำการประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้เวลา

10-15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอีกครั้งหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก โดยแนะนำตัว พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านอารมณ์และสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล โดยสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองและสอบถามความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ถ้าพบว่าในระยะแรกที่ญาติอยู่ในภาวะช็อก ตกใจกลัว ต้องยืดระยะเวลาการให้ข้อมูลออกไปเพราะญาติยังไม่พร้อมจะรับข้อมูล กรณีที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักมีความพร้อม จะให้ข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยซักถามเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย หลังจากนั้นทำการประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่าจะพบกับสมาชิกครอบครัว เป็นระยะเวลา 3 วัน(72 ชั่วโมง) ติดต่อกัน เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายใน 24 ชั่วโมงแรก สมาชิก

ครอบครัวผู้ป่วยหนักที่เข้าร่วมงานวิจัยต้องเป็นคนเดียวกันจนสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยได้รับการพิจารณาอนุมัติ รหัส (Study code) 29/2018 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ตลอดจนชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลก่อนเช่นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุด โดยมีต้องชี้แจงเหตุผล

ผลการศึกษา

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุอยู่ระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 53.33 มีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 36.67 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.67 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร ร้อยละ 63.33 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.33 และมีบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว คือ เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 53.33

ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุอยู่ระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 43.33 มีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.33 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร ร้อยละ 53.33 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.33 และมีบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว คือ เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 53.33

กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.21$, SD. =.19) หลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.39$, SD. =.13) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองโดยการใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ความวิตกกังวล	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม			t-test	p-value
	\bar{x}	SD.	ระดับ	\bar{x}	SD.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	3.21	.19	สูง	2.39	.13	ปานกลาง	21.76	.001

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตก

กังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.84$, $SD. = .18$; $\bar{x} = 2.39$, $SD. = .13$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t-test	p-value
	\bar{x}	SD.	ระดับ	\bar{x}	SD.	ระดับ		
ก่อนใช้โปรแกรม	3.31	0.21	สูง	3.21	0.19	สูง	1.937	.580
หลังใช้โปรแกรม	2.84	0.18	ปานกลาง	2.39	0.13	ปานกลาง	11.239	.001

การอภิปรายผล

1. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.21$, $SD. = .19$) หลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.39$, $SD. = .13$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่แสดงถึงความไม่แน่นอนต่อการมีชีวิตอยู่ ธรรมชาติของการกลัวการสูญเสียบุคคลในสมาชิกครอบครัวเป็นเหตุที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลได้ (Eggenberger & Nelms, 2007; Spielberger, 1972) นอกจากนี้ความวิตกกังวลมีค่าคะแนนสูงอาจเป็นผลมาจากการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวว่าอาการการเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่ไม่ปลอดภัย (Eggenberger

& Nelms, 2007; Leske, 2002; Wall, 2009; Buasumang, Binhozen & Pakdeewong, 2014) ต้องได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรักษาชีวิต (Chareonsuk, 2006) อาการของผู้ป่วยเช่น สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือไม่รู้สึกตัวรวมทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้สมาชิกครอบครัวกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสาร รับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Wall, 2009; Buasumang, Binhozen & Pakdeewong, 2014) การไม่ทราบข้อมูล หรือได้รับข้อมูลที่ไม่ได้จัดเตรียมไว้อย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลไม่ตรงกันหรือไม่ได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการในขณะนั้น รวมทั้งการจำกัดเวลาเยี่ยมและการปฏิบัติตามกฎระเบียบของหอผู้ป่วยและโรงพยาบาล (Eggenberger & Nelms, 2007; Agard, Harder, 2007) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในสมาชิกครอบครัวอาจต้องลาหยุดหรือออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จากการรักษาผู้ป่วยและมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (Chareonsuk, 2006; McAdam & Puntillo, 2009) จึงอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

เมื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เพราะการนำโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลและการให้ความรู้ไปใช้อย่างมีระบบและขั้นตอนโดยเริ่มตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกที่สมาชิกครอบครัวเผชิญกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีการพบกับสมาชิกครอบครัวเป็นระยะเวลา 3 วัน (72 ชั่วโมง) ติดต่อกันเพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ติดตามประเมินผลความวิตกกังวล และรับฟังปัญหาเพื่อตอบสนองของสมาชิกครอบครัวอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของอิสริย์ ศรีสุภโอร (Srisupha-Olarn, 2014) เรื่อง ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวพบว่า ผลจากการได้รับฟังข้อมูลที่เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่องในช่วงเวลาวิกฤต การได้ระบายความรู้สึกและการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นระยะ ทำให้สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ

การพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.84$, $SD. = .18$; $\bar{x} = 2.39$, $SD. = .13$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมมีการปรับตัวกับสถานการณ์ตามเวลาร่วมกับการได้รับการพยาบาล การพยาบาลตามปกติแบบองค์รวมที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักจะได้รับการให้ข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วยครบมิติทางการด้านพยาบาลและการดูแลทางด้านจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจึงทำให้ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักลดลง อย่างไรก็ตามการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นระบบมีขั้นตอนและติดตามความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิดจะส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ (Khawaraphruek, Hamirattisai & Thanasilp, 2014)

กลุ่มทดลองมีผลของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลที่ระดับปานกลางซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เนื่องจากการได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลและการให้ความรู้ซึ่งจัดขึ้นอย่างเป็นระบบตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกและติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 วัน ทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตรงกับความต้องการในขณะนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อิสริย์ ศรีสุภโอร (Srisupha-olarn, 2014) พบว่า สมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ

ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของคณินันท์ บุรีเทศน์ (Bureetes, 2007) พบว่า ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนสมาชิกครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนสมาชิกครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้ศึกษาพัฒนาครั้งนี้ครอบคลุมความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตดังนี้

1) ได้รับการตอบสนองด้านความเชื่อและลดความวิตกกังวล โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้มีความเชื่อมั่นได้ว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ตรงกับความเป็นจริง รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ตนไม่อยู่โรงพยาบาลชั่วคราว และได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิไล บัวสำอางค์, วารินทร์ บินโฮเซ็น, น้ำอ้อย ภัคดิวงค์ (Buasumang, Binhozen & Pakdeewong, 2014) พบว่า

โปรแกรมสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลและคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$)

2) ได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านความสบาย คือ ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงเวลา มีสิ่งอำนวยความสะดวก มีห้องน้ำบริเวณที่รอเยี่ยม มีร้านค้า/อาหารที่มีคุณภาพ มีสถานที่พักผ่อนอยู่ใกล้ๆ ขณะที่อยู่โรงพยาบาลจัดสถานที่ให้มีเวลาอยู่เป็นส่วนตัว ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลในเรื่องของตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของปฐมวดี สิงห์ตง, ชนกพร จิตปัญญา (Singdong & Jitpanya, 2012) พบว่า สมาชิกครอบครัวได้สะท้อนมุมมองต่อการดูแลการได้รับความสะดวกเมื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นประสบการณ์ที่ดีที่ได้รับความเอาใจใส่จากพยาบาล และทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

3) การตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยว่าอาการของผู้ป่วยและการรักษา สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ได้รับทราบเกี่ยวกับเหตุผลของสิ่งที่กระทำต่อผู้ป่วย ได้รับทราบกิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน และความรู้เกี่ยวกับศาสนพิธีต่างๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งทำให้สมาชิกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิรา ชินวัฒนาม, เกศรา เสงงาม, และสุภาวงศ์

พิมพ์ รัตสัมพันธ์ (Chinwattana, Sen-ngam & Rattasumpun, 2013) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับข้อมูลก่อนการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านหลอดอาหารมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และลดลงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลก่อนการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

4) ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ได้แก่ ได้รับการอธิบายข้อมูลด้วยถ้อยคำที่เข้าใจได้ง่าย ได้พูดคุยกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ได้พูดคุยถึงเรื่องผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรม มีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ เพื่อช่วยเหลือและให้กำลังใจ ได้รับความเอื้ออาทรด้านสุขภาพของญาติบ้าง ให้คำแนะนำถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้รับคำบอกเล่าหรือแนะนำบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา สนับสนุนให้ได้รับการพูดคุยระบายความรู้สึกที่ไม่ดี และการปฏิบัติตามศาสนา ตามความเชื่อ ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยปรับตัวได้ดีและมีความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร ธรรมรักษ์, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, ทวีศักดิ์ เอื้อบุญญาวัฒน์ (Thammarux, Chanruangvanich, Thosingha & urboonyawat, 2017) พบว่า ภายหลังจากญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนสมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ ผลของโปรแกรมส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองสามารถใช้วิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และกรณีพิชญ์ โคตรประทุม (Kotpratun, 2004)

พบว่า การเผชิญปัญหาที่สมาชิกครอบครัวใช้คือการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพิ่มเติม การรักษาแหล่งช่วยเหลือเดิมที่มีอยู่และการพยาบาลความเครียด พยาบาลถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการลดความเครียด และส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวผ่านภาวะวิกฤตไปได้

5) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย คือ การสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงเวลาปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย สอดถามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้ เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกเวลา ซึ่งต่างจากก่อนใช้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ให้สมาชิกครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ ควระพฤกษ์, ธีรนุช ห่านิรัตติย์, สุวีพร ธนศิลป์ (Khawaraphruek, Hamirattisai & Thanasilp, 2014) พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกข์ทรมาน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 จากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 จากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. นำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนัก เพื่อตอบสนองความต้องการได้ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในขณะนั้นซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวลให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้

2. นำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการและลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักโดยอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักแนวทางการใช้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามประเมินผลโปรแกรมการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่สมาชิกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปรับการรักษาหอผู้ป่วยทั่วไปมีความวิตกกังวลในระดับใด และควรมีการศึกษาความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤต

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และหัวหน้าพยาบาล ที่ได้ให้ความกรุณาสับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาและให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

References

- Agard AS, Harder I.(2007). Relatives' experiences in intensive care: Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nursing*, 23(3), 170-77.
- Buasum-ang,P., Binhozen,W., & Pakdeewong, N.(2014).The effectiveness of communication program to family members of critical patients on uncertainty in illness and coping strategies. *Journal of Nursing and Health care*, 32(4), 76-84. (in Thai).
- Bureetes, K..(2007). *Effect of using of family supporting nursing system intensive care unit on the patients' family anxiety level: A case study of Chonburi Regional Medical Center Master*. (master's thesis) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Chareonsuk, P., (2006). *Experience of critically ill patients caring of relatives*. (Master' s thesis)

- Faculty of Nursing, Burapha University, Chon Buri. (in Thai).
- Chinwattana,K., Sen-ngam,K.& Rattasumpun,S.(2013).*The effect of preparatory information on level of anxiety in heart patient undergoing transesophagealechocardiography.* Retrieved (2017, January 29) from <https://www.rsu.ac.th/nurse/download.pdf>.
- Eggenberger SK. Nelms TP. Being family.(2007). The family experience when an adult member is with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing, 16*(9), 1618-28.
- Khawaraphruek, S., Harnirattisai, E. & Thanasilp,S. (2014). The Effects of a family participation in caring program on intubated patient’s suffering and their family’s anxiety and satisfaction. *Nursing Journal, 41*(1), 90-108.
- Khiewchaum, R., & Wattana,C., (2017). Holistic nursing for traumatic brain injury patient. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 28*(1), 129-39.(in Thai).
- Kongsuwan W, Chaipetch,O. (2011).Thai Buddhists’ experiences caring for family members who die a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing, 17*(7),329-36.
- Kotpratun,K.(2004). An Adaptation of Family with a Severe Head Injury of a Member Under Hills Family Crisis Model. *Journal of Nursing and Health, 27*(1), 34-41. (in Thai).
- Leske JS..(2002) Intervention to decrease family anxiety. Protocols for practice applying research at the bedside. *Critical care nurse, 22*(6), 61-4.
- Limumnoiip, S. & Thamnong C. (2008). *Critical care nursing*. Khon Kaen: Klangnana – vittaya. (in Thai).
- McAdam JL, Puntillo KL. Symptom experiences by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care 2009, 18*(3), 200-10.
- Medical Statistics unit of Uttaradit Hospital.(2016). *Statistical yearbook 2016*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (in Thai).
- Molter NC., & Leske JS. (1986). *Critical care family needs inventory*. Available form Authors.
- Murray RB., & Huelskotter MW.. (1991). *Psychiatric mental health nursing; giving emotional care*. 3rded. California : Appleton and Lange.
- Orem DE., (2001). *Nursing concept of practice*. 4th ed. St Louis: Mosky Year Book.
- Panyasai K. (2010). *Effects of information and emotional support on anxiety and satisfaction among family members of patients in general intensive care unit, Lampang Hospital*. (Master’s thesis) Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang mai (in Thai)

- Pimsri,M.,& Limumnoilap, S.(2014). *Effect of the transferal preparation from the intensive care unit on anxiety of patients with post open heart surgery.* (Master's thesis) Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai).
- Pochard F, Darmon M, Fassier T..(2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care, 20*(1), 90-6.
- Singdong,P., & Jitpanya, C..(2012). Experiences of family members were admitted in intensive care: The qualitative Research. *Ramathibodi Nursing Journal, 18*(3), 404-17.(in Thai).
- Spielberger CD.(1972). *Anxiety as an emotion state. In Anxiety; Current trends in theory and research.* New York : Academic.
- Srisatidnarakul, B..(2010).*The methodology nursing in research.* Bangkok: You and intermedia.
- Srisupha-olarn, I..(2014). *The effect of meeting family needs program on anxiety of family members of critically ill patients.* (Master's thesis) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok (in Thai).
- Thammarux,T., Chanruangvanich,W., Thosingha,O., & urboonyawat, T..(2017). The Effect of Family Support Program on Coping among Caregivers of Post operative Neurosurgical Patients in ICU. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(2), 49-64. (in Thai).
- Wall RJ. (2009). The one thing certain in the ICU is uncertainty. *Critical Care Alert, 17*(2), 9-16.
- Yang S., (2008). A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 79-86.