ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effects of Stress Management Program to Stress, Anxiety and Satisfied for Relative of Critically Ill Patients in the ICU, Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: May 31,2023 ; Revised: June 11,2023 ; Accepted: June 14,2023)

ปรียา สินธุระวิทย์[1]
Preeya Sinthurawit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบบประเมินความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต แบบวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.358, p<0.001) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (t=15.220, p<0.001) ส่วนความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\overline{X}$=3.18, S.D.=0.68)
คำสำคัญ ญาติผู้ป่วยวิกฤต, ความเครียด, ไอซียู

Abstract

This study was quasi-experimental research aimed to study effects of stress management program to stress, anxiety and satisfied for relative of critically ill patients in the ICU, Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The sample was 30 relative of critically ill patients in the ICU, selected by purposive sampling. Data collected during the month of March to May 2023. The instruments used in data collection consisted of the questionnaires of demographic characteristics, stress, state anxiety and satisfaction. The experimental instrument was the stress management program. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standards deviation, compared means scores stress and anxiety with paired t-test.

The result showed the mean score of stress obtained after the program lower than before (t=11.358, p<0.001), significantly. Such as the mean score of state anxiety obtained after the program was lower than before (t=15.220, p<0.001), significantly. And the satisfaction of the stress management program was the level of high ($\overline{X}$=3.18, S.D.=0.68).
Keyword: Relative of critically ill patient, Stress, ICU

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการดำเนินโรคไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care Unit: ICU) เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องพึ่งพาอุปกรณ์เทคโนโลยีขั้นสูงต่างๆ ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์คาไว้ในร่างกายร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง[1] สภาพแวดล้อมในห้องไอซียูดังได้กล่าวมาส่งผลให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติตามมา[2]

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดและความวิตกกังวลของครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย คือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่ชัดเจน การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกับพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความต้องการหรือการรับการตอบข้อข้องใจเพียงสั้นๆ และไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนและขาดการให้กำลังใจ ยิ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น[3] มีการศึกษาที่พบว่าสมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลในการรักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 75[4] อีกทั้งญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือไอซียูมีความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุดและรองลงมาคือต้องการข้อมูลข่าวสาร[5] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่านอกจากจะให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแล้ว การพยาบาลเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลจึงเป็นประเด็นการพัฒนาที่สำคัญอย่างยิ่ง

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟลค์แมน[3] กล่าวว่าความเครียดจะเกิดขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ และตนต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัวหรือไม่ ส่วนการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่จะจัดการความเครียด บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับการจัดการสถานการณ์ในการเผชิญความเครียดซึ่งอาจแสดงออกได้หลายรูปแบบลาซารัส[3] ได้แบ่งรูปแบบการเผชิญความเครียดของบุคคลออกเป็น 2 แบบคือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) เป็นการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุโดยตรง โดยกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลายๆวิธี เลือกวิธีการที่เหมาะสม และลงมือแก้ปัญหาการเผชิญปัญหาอีกรูปแบบหนึ่ง คือการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-Focused Coping) เป็นความพยายามในการลด บรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดจากความเครียดในทางที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาภายใน 72 ชั่วโมงแรกและพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว และพบว่าสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลภายหลังการทดลองลดลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] และยังมีการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไอซียูได้

อย่างเหมาะสมร้อยละ 88.88 ซึ่งประกอบด้วย 1) การสื่อสารอย่างชัดเจน เป็นจริง และต่อเนื่อง 2) การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับอุปกรณ์การบำบัดรักษาและประโยชน์ในการนำไปใช้ 3) การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลอย่างใกล้ชิด 4) การให้การดูแลและเยียวยาสภาพจิตใจสมาชิกครอบครัว 5) การให้ได้รับรู้สิทธิต่างๆเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) การจัดสภาพแวดล้อมและจัดบริการให้เอื้ออำนวยต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัว และ 7) การให้บริการการพยาบาลที่รวดเร็วและมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย[9]

โรงพยาบาลวานรนิวาส ได้เปิดให้บริการแผนกหอผู้ป่วยไอซียูมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 มีขอบเขตการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก สูติกรรม ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนเตียง 8 เตียง จำนวนผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับการรักษาแผนกหอผู้ป่วยหนักระหว่างปี 2563-2565 มีจำนวน 602 ราย, 615 ราย และ 619 ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคพบว่าผู้ป่วยวิกฤตป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ด้านอัตราการครองเตียงคิดเป็นร้อยละ 70.84, 63.42 และ 58.79 ตามลำดับ ส่วนด้านจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับ 3.49 วัน, 3.02 วันและ 2.77 วัน ตามลำดับ จากการดำเนินงานให้บริการแผนกหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลวานรนิวาสที่ผ่านมามุ่งเน้นการดูแลบำบัดรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤตเป็นหลัก แต่หนึ่งในมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตคือการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤติ จากการศึกษาของ Miracle[10] ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักใน 72 ชั่วโมงแรก ญาติจะมีความเครียดสูงและต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักเป็นอันดับแรก และมีการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤตที่พบว่าญาติมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะสามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้[11] ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือญาติในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยการส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมซึ่งอาศัยพื้นฐาน 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ ระบบการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ กลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เมื่อบุคคลเผชิญภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจภายใต้ระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลเหล่านี้สามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจไปได้[12] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต แผนกหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการพยาบาลผู้ป่วยหนักให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

สมมติฐานการศึกษา

ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤติที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล แผนกหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ ญาติผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล แผนกหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2566 ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีทั้งเพศชายและหญิง 2) เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤตย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักระหว่างทำการศึกษา หรือผู้ป่วยวิกฤติได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิตแล้ว หรือญาติผู้ป่วยที่ต้องการปฏิเสธหรือขอถอนตัว หรือมีความเครียดในระดับสูงที่ต้องส่งพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา หรือเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถร่วมการศึกษาได้ อาทิเช่น ติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน[13] และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา:ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤติ ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[14] มีข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นการสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ การให้คะแนน 0 คือ เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี คะแนน 3 คือ เป็นประจำ คะแนนรวม 15 คะแนน การแปลผลเป็นดังนี้ คะแนน 0-4 เท่ากับเครียดน้อย คะแนน 5-7 เท่ากับเครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เท่ากับเครียดมาก และคะแนน 10-15 เท่ากับเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger) มีชื่อว่า The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) แปลเป็นไทยโดยดาราวรรณ ต๊ะปินตา[15] ในส่วนของแบบวัดระดับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) ซึ่งเป็นการวัดความกังวลจากสถานการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตของญาติผู้ป่วยวิกฤต แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 และข้อความที่มีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 วิธีการตอบแบบวัด เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เลย 2 เท่ากับ มีบ้าง 3 เท่ากับ ค่อนข้างมาก และ 4 เท่ากับ มากที่สุด ผู้ตอบจะต้องพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อความตรงกับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในภาพการณ์ทั่วๆไปมากน้อยเพียงใด เกณฑ์การให้คะแนนคือข้อคำถามเชิงลบถ้าตอบไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ถ้าตอบมีมากที่สุดให้ 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงบวกถ้าตอบไม่มีเลยให้ 4 คะแนน ถ้าตอบมีมากที่สุดให้ 1 คะแนน คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ผู้ตอบที่ได้คะแนนไม่เกิน 20 แสดงว่าความวิตกกังวลต่ำมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 21-39 แสดงว่าความวิตกกังวลต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง

40-59 แสดงว่าความวิตกกังวลมาก และคะแนนระหว่าง 60-80 แสดงว่าความวิตกกังวลมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า การให้คะแนนคือตอบพึงพอใจมากให้ 4 คะแนน ไม่พึงพอใจให้ 1 คะแนน สำหรับเกณฑ์การกำหนดความหมายของคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยแต่ละช่วงชั้นมีพิสัยเท่ากับ (4-1)/4 = 0.75 และแปลผลได้ว่า พึงพอใจมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 3.26 - 4.00 พึงพอใจมาก มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.51 – 3.25 พึงพอใจปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.76 - 2.50 และพึงพอใจน้อย มีคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.00 - 1.75

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ[6] และแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด และโปรแกรมการจัดการความเครียด นำมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ราย ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ราย นักจิตวิทยา 1 ราย และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ราย และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายข้อโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC ภาพรวมของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดเท่ากับ 0.95 ส่วนโปรแกรมการจัดการความเครียดนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

2) ตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการความเครียดไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 10 ราย มีการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลที่ทดลองใช้ว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีกับการดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลพึงพอใจในการปฏิบัติ และพัฒนาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนผู้ปฏิบัติมีความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง

3) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ และนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) สำหรับแบบวัดความเครียดได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.95 แบบวัดความวิตกกังวล ได้เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.90

ขั้นตอนการศึกษา

ในการดำเนินโปรแกรมการจัดการความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีภาวะวิกฤติของอกิลเลร่า[12] ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยประยุกต์โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตจากการศึกษาของนิรมนต์ เหลาสุภาพและคณะ[6] โดยดำเนินการช่วยเหลือทั้งแบบรายบุคคลและกิจกรรม

กลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมจัดการความเครียดแต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที จำนวน 3 ครั้ง เริ่มในวันที่ 2-4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูของผู้ป่วยวิกฤต โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 1 เริ่มในวันที่ 2 ที่ผู้ป่วยวิกฤติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู กิจกรรมในวันแรกเน้นการให้ข้อมูลเป็นหลักดังนี้

1) กิจกรรมช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้รับรู้เหตุการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย

1.1) ระยะก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับญาติผู้ป่วยวิกฤต สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยวิกฤติ ประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) และวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

1.2) ระยะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยนำญาติผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงอาการ การดูแลและการรักษาที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้กับผู้ป่วยและความหมายของตัวเลขที่แสดงในการติดตามอาการ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยไอซียู เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยวิกฤติได้ซักถามข้อสงสัยอีกครั้งและให้คำปรึกษารายบุคคล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมและการเตรียมของใช้ผู้ป่วยที่จำเป็น พร้อมทั้งแนะนำกิจกรรมที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถมีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ไม่ขัดต่อแผนการรักษาและการให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1.3) ระยะหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลในประเด็นที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตยังสงสัย ดูแลเรื่องความสุขสบายของญาติผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆที่อำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ป่วย อาทิเช่น ห้องน้ำ ร้านค้าสวัสดิการ สถานที่พักคอยของญาติผู้ป่วย เป็นต้น และให้คำปรึกษารายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2) กิจกรรมการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้กำลังใจ การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ญาติ เสนอตัวเข้าช่วยเหลือญาติด้วยความเต็มใจ ให้คำแนะนำเรื่องการบริหารเวลา แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ การผลัดเปลี่ยนเวรเฝ้าไข้ผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ เพื่อนๆ และญาติผู้ป่วยวิกฤตท่านอื่นๆ เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3) กิจกรรมการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก เมื่อญาติร้องไห้หรือโกรธไม่ห้ามการร้องไห้หรือหยุดอารมณ์โกรธ ส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนญาติ ยอมรับและเข้าใจความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม พร้อมทั้งสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งมอบแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติหอผู้ป่วยไอซียู เพื่อให้ญาตินำไปอ่านทบทวนและส่งเสริมให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2 เริ่มในวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยวิกฤติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู กิจกรรมครั้งนี้ เน้นการให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤติ โดยให้ญาติผู้ป่วยได้สอบถามรายละเอียดข้อมูลที่สงสัย และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลาย พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ญาติผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 เริ่มในวันที่ 4 ที่ผู้ป่วยวิกฤติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู กิจกรรมครั้งนี้ เน้นการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต เช่นเดียวกับครั้งที่ 2 เพิ่มเติมในส่วนของการประเมินความเครียด วัดความวิตกกังวล และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น พร้อมทั้งให้ญาติแสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณว่ามีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) หรือไม่โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ และระดับความพึงพอใจ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-025

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย 47.2 ปี (S.D.=12.9 ปี) สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 90.0 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 53.3 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวิกฤตคือเป็นบุตร ร้อยละ 53.3 ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยไอซียูส่วนใหญ่คือ ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ร้อยละ 53.3

ความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤต:ผลการประเมินความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความเครียดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาคือเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และเครียดระดับมาก ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 60.0 และมีความเครียดระดับเล็กน้อยร้อยละ 40.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการทดลองแบ่งตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	2	6.7	12	40.0
ปานกลาง	10	33.3	18	60.0
มาก	7	23.3	0	0.0
มากที่สุด	11	36.7	0	0.0

ส่วนผลการประเมินความวิตกกังวลพบว่าก่อนการทดลองญาติผู้ป่วยวิกฤติมีความวิตกกังวลในระดับมาก ร้อยละ 93.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.7 หลังการทดลองพบว่ามีความวิตกกังวลในระดับต่ำ ร้อยละ 96.7 แต่ยังคงมีความวิตกกังวลในระดับมากอยู่ร้อยละ 3.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการทดลองแบ่งตามระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำมาก	0	0.0	0	0.0
ต่ำ	2	6.7	29	96.7
มาก	28	93.3	1	3.3
มากที่สุด	0	0.0	0	0.0

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.358, p<0.001) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (t=15.220, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความเครียด	8.23	2.47	4.57	1.22	29	11.358	<0.001
ความวิตกกังวล	45.27	4.02	34.50	1.99	29	15.220	<0.001

ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยวิกฤติต่อโปรแกรมการจัดการความเครียด: ความพึงพอใจโดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.18, S.D.=0.68) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการช่วยเหลือให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=3.27, S.D.=0.69) รองลงมาคือด้านด้านการช่วยให้ญาติมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ อยู่ในระดับมาก($\bar{X}$=3.25, S.D.=0.68) และด้านการช่วยเหลือให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.07, S.D.=0.66) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความวิตกกังวลหลังจากที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งญาติผู้ป่วยวิกฤติพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพึงพอใจมาก เป็นไปตามสมติฐานการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความพึงพอใจกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] และการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] รวมถึงการศึกษาของนิรมนต์ เหลาสุภาพและคณะ[6] ที่พบว่าคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาอิสรีย์ ศรีศุภโอฬาร และนรลักขณ์ เอื้อกิจ[8] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองต่อความต้องการสมาชิกครอบครัวมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ได้รับอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุล ลดความเครียดและความวิตกกังวลได้โดยอาศัย 3 องค์ประกอบตามแนวคิดของอกิลเลร่า[12] ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และส่งเสริมการใช้กลไกการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนให้ญาติรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงเป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเข้าใจในโรค และแผนการรักษาผู้ป่วยวิกฤต สามารถประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย และมีความคาดหวังที่ตรงกับความเป็นจริงตามอาการของผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนสามารยอมรับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทั้งในด้านอาการดีขึ้นและอาการแย่ลง การสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตแก่ญาติตามความเป็นจริงโดยใช้ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤตลงได้ นอกจากนี้การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพด้วยการสนับสนุนและให้กำลังใจ ใช้เทคนิคการเสริมคุณค่าในตัวเอง และการเสริมแรงบวก คอยสนับสนุนญาติผู้ป่วยวิกฤตทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์และด้านจิตวิญญาณ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องได้รับเพื่อให้สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีจิตใจเข้มแข็งขึ้น สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตให้ใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ในขณะนั้นเป็นวิธีการที่ทำให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตสบายใจขึ้น ลดความเครียดลงได้ และในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมทักษะผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกทักษะการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียดและญาติผู้ป่วยวิกฤตสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดการปรับตัวเข้าสู่สมดุลของอกิลเลร่า[12] สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดการความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยแผนกอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยการจัดการอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียูหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารเพื่อนำโปรแกรมการจัดการความเครียดไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.ปฐมวดี สิงห์ดงและชนกพร จิตปัญญา. ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2555,18(3), 404-417.

2.วิจิตรา กุสุมภ์และสุนันทา ครองยุทธ. ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. วารสารพยาบาล 2563, 69(3), 53-61.

3.Lazarus & Folkman. Coping and adaptation in handbook of behavioral medicine. New Yourk: Guilfort pres;1984.

4.Vlake, J. H., van Genderen, M. E., Schut, A., Verkade, M., Wils, E. J., Gommers, D., & van Bommel, J. Patients suffering from psychological impairments following critical illness are in need of information. Journal of Intensive Care, 8(6), 1-10.

5.สุมีนา บุญแก้วและจีรภา ณพัทลุง. การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2558, 29(3),439-447.

6.นิรมนต์ เหลาสุภาพ, สุปรีดา มั่นคงและยุพิน ศิรโพธิ์งาม. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557,20(1),67-81.

7.สุมามิตา สวัสดินฤนาท. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2555.

8.อิสรีย์ ศรีศุภโอฬารและนรลักขณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2557

9.พรพิมล ไพเมือง, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, รัชนี นามจันทรา และจอนผะจง เพ็งจาด. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย หอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565,38(1), 136-146.

10.Miracle VA. Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. Dimens Crit Care Nurs 2006;25(3),121-125.

11.Losawaskul S, Puengchompoo W. Needs of relative caregivers in critically coronary artery disease patients. Nursing Journal 2006,33(1),72-83. (in Thai).

12.Aguilera DC. Crisis intervention. In: Birckhead, LM, editor. Psychiatric/mental health Nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott;1989, 229-250.

13.นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power. เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2566. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf

14.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST-5) [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566. แหล่งข้อมูล https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18

15.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาคุรุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย;2534.

16.เกษร ปัญญาใส. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักทั่วไปโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2553.