

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

นิรมนต์ เหลาสุภาพ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุปรีดา มั่นคง** Ph.D. (Gerontological Nursing)

ยุพาพิน คีรโพธิ์งาม*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อการลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีภาวะวิกฤตของกิลเลรา (1998) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต พร้อมกับคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบที และการทดสอบวิลคอกซอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการความเครียด ความเครียด ญาติผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต

*อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี และนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: supreedam@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีความเสี่ยงสูง และคุกคามต่อชีวิต เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด จากการเสื่อมหน้าที่หนึ่งของอวัยวะหรือระบบของร่างกายที่สำคัญ หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2551) ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ จากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความรู้ และทักษะ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (American Association of Critical Care Nurses, 2005) การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน (วิจิตรา กุสมภ์, 2553) การเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเช่นกัน (พิกุล เจริญสุข, 2549)

ญาติมีหน้าที่บทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับความรัก ความอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยวิกฤต (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) และพบว่า การเจ็บป่วยวิกฤตยังส่งผลกระทบต่อญาติมากขึ้นในครอบครัวที่ผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด และการเจ็บป่วยมีความรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (วารุณี บัวมีรูป, 2551; McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010; McAdam & Puntillo, 2009) โดยผลกระทบทางด้านร่างกายคือ อาการหรืออาการแสดงจากความวิตกกังวล และความเครียด ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง และระบบขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม ด้านจิตใจคือ ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้าโศก และอาการ

ซึมเศร้า ด้านสังคมคือ บทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว และสังคมเปลี่ยนแปลงไป การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้อื่นลดลง คุณภาพชีวิตลดลง และทางด้านเศรษฐกิจคือสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ค่าอาหาร ค่าที่พัก ในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดความมั่นคงทางการเงิน (พิกุล เจริญสุข, 2549; McAdam et al., 2010) ดังนั้นบทบาทพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยวิกฤตร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในขณะดูแลผู้ป่วยวิกฤตญาติต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการส่วนบุคคล และต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก (กัญญา คล้ายมาลา, 2553; วารุณี บัวมีรูป, 2551) เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตรา กุสมภ์, 2553) พยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้มากที่สุด (จริ ชูธิตาธา, สุภัตรา ไกรโสภา, และเหรียญทอง วงษ์สุดตา, 2542; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) แต่การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้เพียงพอ การพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเน้นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นสำคัญ จึงทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของญาติ (demands) กับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับ ญาติผู้ป่วยวิกฤตจึงเกิดความเครียดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่าความเครียดเกิดจากความต้องการของบุคคลนั้น (demands) มากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources)

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มาจากปัจจัยด้านสภาพร่างกายของ

ผู้ป่วย ด้านจิตใจของญาติ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) และพบว่าความเครียดของญาติอยู่ในระดับสูง ในญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงในระยะ 1-4 วัน ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (McAdam et al., 2010; McAdam & Puntillo, 2009) ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ญาติมีภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์สอดคล้องกับแนวคิดของอากิลเรา (Aguilera, 1998) ที่ว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ซึ่งญาติไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับสูงและมีภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ คือ ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบิดเบือนจากความเป็นจริง หรือไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ในการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ หรือใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้ญาติเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (situational crisis) ได้

ภาวะที่ญาติต้องเผชิญกับความเครียดจากเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต แล้วไม่สามารถแก้ไขความเครียดนั้นด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด กอดตัน ยุ่งยากใจ ลึนหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้เช่นปกติ และอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ (Aguilera, 1998; Leske, 2003; McAdam et al., 2010; Pryzby, 2005) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือญาติในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันญาติเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และส่งเสริมให้ญาติสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้โดยเร็ว

การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถจัดการความเครียดเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตทางอารมณ์นั้น ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่า วิกฤตจะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตาม

ความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของน้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ (2553) ศึกษาในญาติผู้ป่วยวิกฤตในตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยสนับสนุนให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ พบว่า ทำให้ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการเพิ่มขึ้น ในด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน และด้านความสบาย และสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา จานนิตย์ (2551) ในญาติผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร พบว่า การสนับสนุนให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบ ทำให้ญาติสามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุลทางอารมณ์ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและรับรู้ตามความเป็นจริง รู้แหล่งสนับสนุน และมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิตว่ามนุษย์ทุกคนต้องเคยประสบปัญหา ญาติสามารถเผชิญและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของญาติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติ ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียด เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นให้ญาติเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบอย่างชัดเจนและเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ที่ใช้แนวคิดการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบของอากิลเรา (Aguilera, 1998) มาช่วยเหลือญาติในหอผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียด เพื่อให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต

สมมติฐานการวิจัย

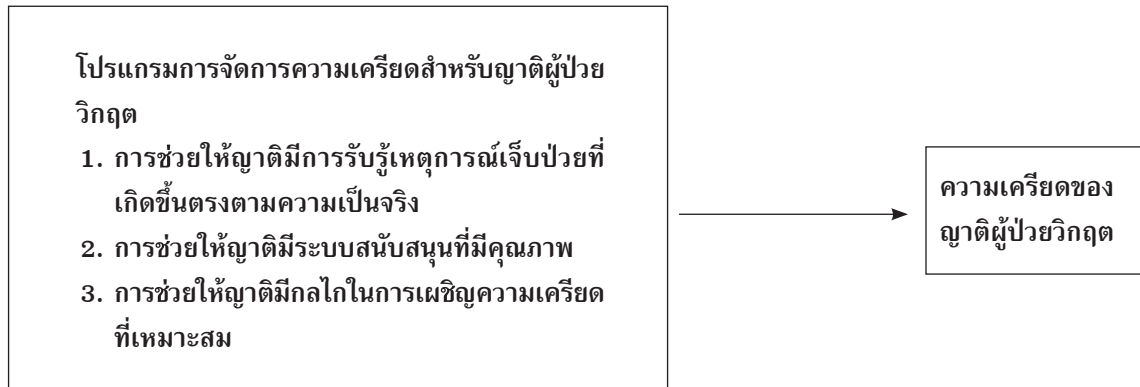
ญาติผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera, 1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในภาวะปกติมนุษย์จะอยู่ในสภาวะสมดุล แต่เมื่อมีสิ่งที่มากระทบ เช่น การเจ็บป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งทันทีทันใด เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ทันทีของอวัยวะหรือระบบหนึ่งที่สำคัญของร่างกาย หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรัง หรือเกิดจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือไม่ได้คาดคิดมาก่อน หรือญาติไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น ถ้าไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ การที่จะปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลนั้นจะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera, 1998) จะต้องอาศัยองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตเกิดองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบนั้นคือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดยใช้กิจกรรมพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติเกี่ยวกับโรค อาการ อาการเปลี่ยนแปลง และแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลสภาพแวดล้อม อุปกรณ์ทางการแพทย์ ระเบียบวิธีการปฏิบัติตัว โดยให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน (อภิญา สัตย์ธรรม, 2550; Chiu, Lam, & Ip, 2006) และสนับสนุนการเยี่ยม เปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ โดยจะต้องยึดญาติเป็นศูนย์กลาง พยาบาลควรมีสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับและเคารพศักดิ์ศรีของญาติ เพื่อให้ญาติเกิดความไว้วางใจ และรับรู้ว่ายพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยเหลือญาติได้ ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นแก่ญาติว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สนับสนุนญาติในการแสวงหาระบบสนับสนุนต่างๆ ที่ญาติจะขอความช่วยเหลือได้ (Pryzby, 2005) และ 3) การมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึกเพื่อให้ผ่อนคลายความเครียด และสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (วิรุณา ก้อนใส, 2547)

ระยะเวลาของการเกิดภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ของญาติผู้ป่วยวิกฤตนั้นสามารถเกิดขึ้นภายหลังญาติประสบกับเหตุการณ์ภายใน 1-2 วัน (Aguilera, 1998) ดังนั้นต้องให้การช่วยเหลือญาติภายใน 48 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยวิฤต ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิฤตตลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิดี ระหว่งเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาของวสนา ไชยวงค์ (2549) โดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976) สำหรับสถิติ independent t-test ได้ขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 0.52 ซึ่งอยู่ในระดับกลาง (medium effect size) หลังจากนั้นเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ราย และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ในการศึกษาครั้งนี้เก็บตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 30 ราย เกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วยวิฤตคือเป็นผู้ป่วยวิฤตที่มีความรุนแรงของโรค ซึ่งประเมินโดย Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติที่มีอายุ

ระหว่าง 18 ปี ถึง 60 ปี เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและสามารถมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ได้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน ในระยะเวลา 3 วัน ต่อเนื่องกัน มีความเครียดประเมินโดยแบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแลมีคะแนนมากกว่าศูนย์ สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้โดยการลงชื่อในใบยินยอม ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ญาติที่ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัย และญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่ เครื่องมือ APACHE II เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยนอสและคณะ (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1985) เป็นเครื่องมือที่เป็นสากล มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของโรค และใช้พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยคะแนนความรุนแรงประเมินจากอาการทางคลินิกของร่างกายที่ผิดปกติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร ได้แก่

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

อุณหภูมิ ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความเป็นกรดต่างในเลือดหรือระดับไบคาร์บอเนตในเลือด (serum HCO_3) ความเข้มข้นของเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือด ระดับครีเอตินินในเลือด (serum creatinine) ระดับไนโตรเจนในเลือด (serum BUN) ระดับโซเดียมในเลือด (serum Na) ระดับโปแตสเซียมในเลือด (serum potassium) โดยใช้ค่าที่มีความผิดปกติมากที่สุดภายใน 24 ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมกับคะแนนประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow coma score: GCS) พิจารณาร่วมกับอายุและโรคที่เป็นเรื้อรังและการผ่าตัด หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกัน คะแนนที่ได้นำมาใช้บอกความรุนแรงของโรค และใช้พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต คะแนนอยู่ระหว่าง 0-71 คะแนน และคะแนนสูงแสดงถึงความรุนแรงของโรคที่มากและอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยคะแนน APACHE II มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 (ธเนศ ชาญด้วยกิจ, วารินทร์ พัดทอง, และศศิธร ศิริกุล, 2552)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ลักษณะของการผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤต และภาวะความเจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลักษณะครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามรายการ (check list)

2.3 แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของผู้ป่วย

และญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตของนิยา เวียงพิทักษ์ (2546) เพื่อใช้วัดระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 50 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย มีจำนวน 18 ข้อ ความเครียดด้านจิตใจของญาติ มีจำนวน 15 ข้อ ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 11 ข้อ และความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีจำนวน 6 ข้อ แบบวัดความเครียดมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-3 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและความหมายดังนี้ 0 คะแนนคือ ไม่มีความเครียด หมายถึงสถานการณ์นั้นไม่ทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจ 1 คะแนนคือ มีความเครียดเล็กน้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจเล็กน้อย 2 คะแนนคือ มีความเครียดปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจปานกลาง และ 3 คะแนนคือ มีความเครียดมาก หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจมาก ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ค่าคะแนนระหว่าง 0.01-1.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย ค่าคะแนนระหว่าง 1.01-2.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง และค่าคะแนนระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับเครียดมาก

แบบวัดความเครียดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความเครียดและภาวะวิกฤต จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิง

เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .96 และการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 20 ราย ได้ค่าเท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera, 1998) ซึ่งกล่าวถึงองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุล 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดและการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ผู้วิจัยดำเนินการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล (individual approach) ระยะเวลาดำเนินการ วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 3 ครั้ง เริ่มในวันที่ 2-4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย โดยในแต่ละครั้งให้การช่วยเหลือทั้ง 3 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

3.1.1 กิจกรรมการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ ให้ข้อมูลโดยเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับโรค อาการเปลี่ยนแปลง แนวทางการรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามลำดับ โดยข้อมูลเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน การให้ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนการเยี่ยมโดยมี

การเตรียมญาติก่อนการเข้าเยี่ยม ขณะที่ญาติเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลระยะภายหลังการเยี่ยมในประเด็นที่ญาติยังสงสัยและไม่เข้าใจ สนับสนุนให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายและไม่ขัดต่อแผนการรักษา ในด้านการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลความสบาย และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที

3.1.2 กิจกรรมการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ญาติ เสนอตัวเข้าช่วยเหลือญาติด้วยความเต็มใจ ให้คำแนะนำ เรื่องการบริหารเวลา และนำเสนอแหล่งสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวที่จะสามารถแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้นทั้งในด้านการผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านการเงิน รวมทั้งการแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ที่ญาติสามารถขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ ได้แก่ เพื่อนๆ และญาติของผู้ป่วย เป็นต้น ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที

3.1.3 กิจกรรมการช่วยเหลือให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก และการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึก เมื่อญาติร้องไห้หรือโกรธ ไม่ห้ามการร้องไห้หรือหยุดอารมณ์โกรธ แต่ส่งเสริมให้ญาติผ่อนคลายความรู้สึก ช่วยให้ญาติมีสมาธิในการคิดมากกว่าความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนญาติ ยอมรับและเข้าใจความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม และสนับสนุนให้ญาติใช้กลไกการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน พร้อมทั้งมอบคู่มือการจัด

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

การความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาตินำไปอ่านบททวนและส่งเสริมให้ญาติสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที

3.2 คู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียด เพื่อให้ญาตินำไปอ่านบททวนและสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดเนื้อหาในคู่มือเกี่ยวกับความหมายของหอบผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ สภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระเบียบวิธีปฏิบัติต่าง ๆ ความสำคัญของญาติผู้ป่วยวิกฤต ความเครียด และการจัดการความเครียด

การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมการจัดการความเครียดและคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยนำโปรแกรมและคู่มือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน กลุ่มเดียวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือข้างต้น พิจารณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณา และอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2555/84 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อในแบบสอบถาม และนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 เริ่มในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ และขั้นตอนดำเนินการวิจัย แก่ญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมกับแจกเอกสารคำอธิบายโครงการ และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เมื่อญาติผู้ป่วยวิกฤตยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้ญาติลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมให้ทำการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลระดับการศึกษาปริญญาโท ประสบการณ์ทำงาน 6 ปี ในหอผู้ป่วยวิกฤต ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และระดับความเครียดจากญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดอคติในการตอบแบบสอบถาม โดยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้คือ 1) ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความเครียด 2) อธิบายขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย และหากมีข้อสงสัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล (individual approach) ระยะเวลาของการให้โปรแกรม 60-90 นาที/ วัน

4. ผู้วิจัยสรุปและทบทวนประเด็นสำคัญที่ได้ช่วยเหลือไป และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตซักถามเพิ่มเติมและนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 และครั้งที่ 3 ในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมการช่วยเหลือญาติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในครั้งที่ 2 และ 3 โดยสนับสนุนให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลงค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมภายหลังญาติผู้ป่วยวิกฤตได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดครบทั้ง 3 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติและผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้สถิติบรรยาย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต APACHE II ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม ด้านจิตใจ ด้านสภาพแวดล้อมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้สถิติอ้างอิง paired t-test ในข้อมูลที่มีการกระจายโค้งปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยและด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test ในข้อมูลที่มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 30 รายซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD = 10.70) ร้อยละ 80 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36-60 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็น

ร้อยละ 53.33 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 50 รองลงมา มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 26.67 อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ รองลงมาอาชีพค้าขายและรับจ้าง/ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.68 และ 23.33 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ > 20,000 บาท รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 30 ตามลำดับ สถานภาพภายในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 73.33 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 16.67 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.33

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 65 ปี (SD = 19.26) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) อายุ > 60 ปี อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (emergency) และร้อยละ 63.33 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด รองลงมาเป็นอุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 20 ตามลำดับ การประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตประเมินด้วยเครื่องมือ APACHE II พบว่าผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 30 ราย ในวันแรกรับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตตาม APACHE II ตั้งแต่ 25-41 คะแนน ค่าเฉลี่ย 30.36 (SD = 4.47) และในวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีคะแนนความรุนแรง 20-43 คะแนน ค่าเฉลี่ย 31.10 (SD = 5.74) ซึ่งอยู่ในระดับภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงทั้ง 2 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยในวันแรกและวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤตตาม APACHE II ทั้งสองวันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.14$, $SD = 0.48$) และพิจารณาคะแนนความเครียดรายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ($M = 2.46$, $SD = 0.74$) ด้านจิตใจของญาติ ($M = 2.40$, $SD = 0.42$) ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ($M = 2.39$, $SD = 0.44$) อยู่ในระดับมาก และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 1.31$, $SD = 0.67$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ส่วนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.42$, $SD = 0.36$) เมื่อพิจารณาคะแนนความเครียดรายด้าน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ($M = 1.88$, $SD = 0.84$) ด้านจิตใจของญาติ ($M = 1.67$, $SD = 0.31$) ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ($M = 1.57$, $SD = 0.33$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 0.56$, $SD = 0.48$) อยู่ในระดับเล็กน้อย ตามลำดับ

การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังโปรแกรมพบว่า คะแนนความเครียดโดยรวม ความเครียดด้านจิตใจ และความเครียดด้านสภาพแวดล้อม ผ่านการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ส่วนคะแนนความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย และความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดรายด้านของญาติผู้ป่วยวิกฤตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งโดยรวมและรายด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ($N = 30$)

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			Mean Difference	ค่าสถิติ	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ความเครียดโดยรวม	2.14	0.48	มาก	1.42	0.36	ปานกลาง	0.72	$t = 10.22$	$< .001$
- ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	2.46	0.74	มาก	1.88	0.84	ปานกลาง	0.58	$z = 4.06$	$< .001$
- ความเครียดด้านจิตใจของญาติ	2.40	0.42	มาก	1.67	0.31	ปานกลาง	0.73	$t = 9.15$	$< .001$
- ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย	2.39	0.44	มาก	1.57	0.33	ปานกลาง	0.82	$z = 4.75$	$< .001$
- ความเครียดด้านสภาพแวดล้อม	1.31	0.67	ปานกลาง	0.56	0.48	เล็กน้อย	0.75	$t = 6.74$	$< .001$

การอภิปรายผล

ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมก่อนได้รับโปรแกรมในการศึกษานี้ พบว่า อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรงมากและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เพราะผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด รองลงมาเป็นอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง อันตรายถึงชีวิต จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ และได้รับการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน อาศัยอุปกรณ์การแพทย์และเทคโนโลยีต่าง ๆ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต และประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ส่งผลให้ญาติเกิดความเครียดมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเลสเก (Leske, 2003) และแม็คอดัมและคณะ (McAdam et al., 2010) พบว่า การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความเครียดมาก

ญาติผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นบุตรและนับถือศาสนาพุทธ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตขึ้น ญาติจึงแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคม ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีไทย ที่ครอบครัวจะต้องดูแลซึ่งกันและกันทั้งในยามปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงความสมดุลไว้ได้ (รุจา ภูโบลย์, 2541) และสนับสนุนให้ผู้ป่วยหายโดยเร็ว (วิจิตรา กุสมภ์, 2553) ส่วนมากผู้หญิงรับบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และต้องทำงานนอกบ้าน มีภาระบทบาททั้งในด้านการดูแลตนเอง การดูแลครอบครัว การทำงาน และต้องเพิ่มภาระในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้วย ดังนั้นญาติผู้ป่วยวิกฤตในการศึกษานี้จึงมีภาระและบทบาทมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพารุณี เกตุกราย (2550) ศึกษาในญาติผู้ดูแลที่ต้องทำงานนอกบ้าน (working caregiver) พบว่าญาติจะต้องทำหน้าที่หลายบทบาท

ทั้งบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทการทำงาน และในญาติที่มีสถานภาพสมรสคู่จะต้องมีบทบาทดูแลและจัดการภายในครอบครัวด้วย ทำให้การดำเนินชีวิตของญาติผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ญาติเกิดความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม จากบทบาทภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การเพิ่มภาระในการมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถเอาใจใส่ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ และไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ รวมทั้งรายได้ของครอบครัวลดลงและมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต สามารถทำให้ระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งโดยรวมและรายด้านซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต ค่าคะแนนเฉลี่ย APACHE II อยู่ในเกณฑ์รุนแรง สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมการช่วยเหลือญาติตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยช่วยเหลือให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูล การสนับสนุนให้ญาติได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 2) การมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนและให้กำลังใจ และการสนับสนุนให้ญาติแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ 3) การใช้กลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ประกอบด้วย การกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึกและการสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมส่งผลให้คะแนนความเครียดโดยรวมของญาติลดลงภายหลังการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ (2553) และกนิษฐา จานันนิตย์ (2551) ที่พบว่าความช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตโดยมีกิจกรรม

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

การช่วยเหลือให้ญาติมีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุตามแนวคิดของอากิลเรา (Aguilera, 1998) ญาติได้รับการตอบสนองตามความต้องการ รับรู้ตามความเป็นจริงและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น ทราบแหล่งสนับสนุนและมีกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล จัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับความเครียดลดลง

การสนับสนุนให้ญาติรับรู้เหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ ทำให้ญาติเกิดความไว้วางใจ ประเมินความต้องการแล้วให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลแก่ญาติ โดยเนื้อหาครอบคลุม เกี่ยวกับโรค อาการเปลี่ยนแปลง แนวทางการรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามลำดับ โดยข้อมูลเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายและไม่ขัดต่อแผนการรักษา ในด้านการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลความสุขสบาย และการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติเข้าใจในโรค อาการ การรักษาพยาบาล รับรู้และยอมรับในสภาพอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รับรู้สถานการณ์ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง มีการเตรียมตัวที่จะเจอกับสถานการณ์ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ความเครียดด้านจิตใจของญาติ ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย และด้านสภาพแวดล้อมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา วังเฮงเยะฤทธิ์ (2549) และสุทธิณี วัฒนกุล (2547) ที่ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมอย่างมีแบบแผนส่งผลให้ญาติรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยได้ตรงตามความเป็นจริง คลายความกลัว ความวิตกกังวล และทำให้ความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาพยาบาลและสภาพแวดล้อมลดลง

การสนับสนุนให้ญาติแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมโดยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ญาติ เสนอตัวเข้าช่วยเหลือญาติด้วยความเต็มใจ ทำให้ญาติตระหนักว่าผู้วิจัยสามารถให้ความช่วยเหลือญาติในการเผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตและการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ และให้คำแนะนำ เรื่องการบริหารเวลา และนำเสนอแหล่งสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ที่จะสามารถแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้นทั้งในด้านการผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านการเงิน รวมทั้งการแสวงหาระบบสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ที่ญาติสามารถขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ ได้แก่ เพื่อนๆ และญาติของผู้ป่วยรายอื่นๆ เป็นต้น ทำให้ญาติสามารถบริหารเวลาให้เหมาะสมในการดูแลตนเอง สามารถรักษาบทบาทของตนเอง สัมพันธภาพภายในครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทได้สอดคล้องกับบริบทที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยวิกฤต จึงทำให้ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมของญาติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา คล้ายมาลา (2553) ที่พบว่าญาติที่ได้รับการตอบสนองความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้ญาติมีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต สามารถปรับบทบาทได้เหมาะสม ส่งผลให้สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้

การสนับสนุนให้ญาติมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ญาติระบายความรู้สึกที่เครียดกลัว หรือวิตกกังวล ทำให้ญาติผ่อนคลายอารมณ์ และสามารถปรับอารมณ์ให้มีความมั่นคง จึงพร้อมที่จะยอมรับและเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาติได้มีโอกาสอ่านทบทวน และทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ญาติเข้าใจและมีแนวทางการเลือกใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และ

มีการปรับเปลี่ยนกลไกการเผชิญความเครียด ญาติมีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้การมุ่งแก้ปัญหา และการมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน ในการศึกษาความเครียดด้านจิตใจของญาติลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิรุณา ก้อนใส (2547) พบว่าญาติที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน โดยพยายามทำทุกอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และพร้อมจะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ว่าปัญหานั้นจะดีหรือร้ายเพียงใด จะส่งผลให้ญาติมีการปรับตัวได้รับรู้ร่างกายและจิตใจปกติดี จึงสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดที่มีองค์ประกอบในการปรับตัวเข้าสู่สมดุลครบทั้ง 3 องค์ประกอบ ช่วยให้การจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าขาดองค์ประกอบใดไปอาจทำให้ญาติเกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ ไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ และช่วยเหลือญาติผู้ป่วยวิกฤตในการจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในการให้การพยาบาลญาติผู้ป่วยวิกฤต ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลต้องเข้าใจโปรแกรมและกิจกรรมการช่วยเหลือในแต่ละองค์ประกอบ มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต พร้อมทั้งประยุกต์กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน ส่วนคู่มือการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต เป็นแหล่งข้อมูลให้ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีแนวทางในการจัดการความเครียดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

2. การพัฒนาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยจัดการอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จัดให้มีการให้ความรู้และฝึกทักษะในการนำโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรในการช่วยเหลือญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา จ่านนิตย์. (2551). *การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สำหรับญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัญญา คล้ายมาลา. (2553). *แนวทางการแก้ไขปัญหาคัดสนองความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัญญา วังแสงยะฤทธิ์. (2549). *ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จริชชุดาตา, สุภัตรา ไกรโสภา, และเหรียญทอง วงษ์สุดา. (2542). *ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต*. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 51-58.
- ธเนศ ขาญด้วยกิจ, วารินทร์ พัดทอง, และศศิธร ศิริกุล. (2552). *ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และผลลัพธ์ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและอุบัติเหตุโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี*. *แพทยสารทหารอากาศ*, 55(3), 28-34.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ, และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). *ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(3), 40-56.

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ

- น้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ. (2553). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเองและความต้องการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิบูล เจริญสุข. (2549). ประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์.
- วราณันต์ บัณฑิต. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ไชยวงศ์ (2549). ผลของการให้การปรึกษาแบบผสมผสานต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- วิภา ก้อนใส. (2547). การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์ของการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และชวนพิศ ทานอง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุทธินี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญญา สัตย์ธรรม. (2550). ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8th ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- American Association of Critical Care Nurses. (2005). *Procedure manual for critical care*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of needs based education programmer for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Interventional Journal of Nursing Studies*, 43(1), 39-50.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 10(1), 3-8.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-829.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leske, J. (2003). Comparison of family stress, strengths, and outcomes after trauma and surgery. *AACN Clinical Issues*, 14(1), 33-41.
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. L. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patient at high risk for dying. *Critical Care Medicine*, 38(4), 1078-1085.
- McAdam, J. L., & Puntillo, K. L. (2009). Symptom experiences by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 200-210.
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1), 16-23.

Effect of Stress Management Program for Relatives of Critically Ill Patients on Relatives' Stress

Niramon Lhaosupab* M.N.S. (Adult Nursing)

Supreeda Monkong** Ph.D. (Gerontological Nursing)

Yupapin Sirapo-ngam*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

Abstract: The present study was quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design that aimed at investigating the effect of a stress management program for relatives of critically ill patients on relatives' stress. The crisis theory of Aguilera (1998) was employed as the conceptual framework of the study. The sample was selected by means of purposive sampling. They were 30 relatives of critically ill patients who were admitted into the surgical intensive care unit of a tertiary hospital from July to November 2011. The subjects received the stress management program and a manual for stress management for relatives of critically patients developed by the researchers. The instruments used in data collection consisted of a demographic characteristics questionnaire and the stress of relatives of critically ill patient questionnaire. Data were analyzed by means of descriptive statistics, t-test, and Wilcoxon Signed-Rank test. The study findings revealed that the subjects' mean score of stress obtained after participation in the program was lower than that obtained before participation in the program with statistical significance. The findings of this study could be used as a guideline to develop nursing care quality to respond to needs of relatives of critically ill patients to help them cope with stress effectively.

Keywords: Stress management, Stress, Relatives of critically ill patients, Intensive care unit

*Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing Kuakarun, Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University; and Master Student, Master of Nursing Science (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th

***Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University