



Effects of a Family Integrated Care Program on Participation in Care and Stress of Neurocritical Patients' Families*

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลและความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท*

Yupares	Kavee**	ยุพเรศ	ภาวี**
Mayulee	Somranyart***	มยุลี	สำราญญาติ***
Chiraporn	Tachaudomdech****	จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****

Abstract

A neurological critical condition is an acute and severe critical situation that affects a patient's consciousness, mobility, and communication. Because of the severity of the illness, these patients require intensive treatment and nursing care in a critical care unit. Additionally, patients' families cannot take on the caregiver role and experience stress. This quasi-experimental design aimed to examine the effects of a family-integrated care (FICare) program on caregiving involvement, and family stress. Participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria and included 50 family members of neurocritical patients admitted to intensive care units in Lamphun Hospital. Participants were matched into pairs and equally assigned to either the control group or the experimental group, with 25 participants in each. The control group received routine nursing care, while the experimental group received care according to the FICare program. The research instrument consisted of two parts: 1) intervention tools, including the FICare program and a caregiver manual, and 2) data collection tools, including general information forms for patients and families, a family participation in care assessment, and a family stress assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The study found that families of neurocritical patients in the experimental group had significantly higher family participation in care mean scores ($M = 63.24$, $SD = 0.43$) than those of the control group ($M = 29.40$, $SD = 4.56$), $t(48) = 62.73$, $p < .001$. The families of neurocritical patients in the experimental group had significantly lower stress mean scores ($M = 41.60$, $SD = 5.91$) than those of the control group ($M = 75.16$, $SD = 7.38$), $t(48) = 5.91$, $p < .001$. Furthermore, family stress reduction was significantly greater in the experimental group ($M = 43.08$, $SD = 4.41$) than in the control group ($M = 10.40$, $SD = 7.87$), $t(48) = 18.09$, $p < .001$.

This study demonstrates the effectiveness of the family integrated care program in enhancing family participation in the care of neurocritical patients and in decreasing family stress.

Keywords: Family integrated care; Family participation; Family stress; Neurocritical patients' families; Neurocritical patients

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: yupares_kavee@cmu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 26 March 2025; Revised 6 August 2025; Accepted 8 August 2025



บทคัดย่อ

ภาวะวิกฤตระบบประสาท เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว และการสื่อสาร เนื่องจากความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทดูแลผู้ป่วย และเกิดความเครียดร่วมด้วย การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมในการดูแล และความเครียดของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก เป็นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 คน โดยจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือในการดำเนินงานประกอบด้วยโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวและคู่มือการดูแล และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแล และแบบประเมินความเครียดของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ paired t-test

การศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแล ($M = 63.24$, $SD = 0.43$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 29.40$, $SD = 4.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(48) = 62.73$, $p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ($M = 41.60$, $SD = 5.91$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 75.16$, $SD = 7.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(48) = 5.91$, $p < .001$) นอกจากนี้ การลดลงของความเครียดของครอบครัวกลุ่มทดลอง ($M = 43.08$, $SD = 4.41$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 10.40$, $SD = 7.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(48) = 18.09$, $p < .001$)

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวที่ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท และลดความเครียดของครอบครัวได้

คำสำคัญ: การดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัว ความเครียดของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: yupares_kavee@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางระบบประสาทที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น โรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมองจากอุบัติเหตุ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก จากสถิติโลกพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคทางระบบประสาทถึง 533,172 รายต่อปี และต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ 8.2 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2020) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 36,214 คน (Department of Disease Control, 2023) และยังพบแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมักมีพยาธิสภาพของสมองที่รุนแรงและเฉียบพลัน เช่น ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวผิดปกติ สัญญาณชีพแปรปรวน และการสื่อสารบกพร่อง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและทันทั่วถึง อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (Prachuablarp, 2018) ความรุนแรงของโรคประเมินได้จากคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 (Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจำกัดบทบาทของครอบครัวในการดูแล และส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง

ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมักเผชิญกับความเครียดจากหลายปัจจัย ทั้งความรุนแรงและซับซ้อนของโรค สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต และความไม่คุ้นเคยกับบทบาทใหม่ในการดูแล (Carter & Miles, 1989) ความเครียดนี้มีได้เกิดจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวโดยตรงเท่านั้น แต่เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงบทบาท ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ และการขาดศักยภาพในการปรับตัว (Lazarus, 1982) ส่งผลกระทบต่อทั้งทางกาย จิตใจ และพฤติกรรมของครอบครัว เช่น อ่อนล้า ซึมเศร้า และความจำถดถอย (Charretier et al., 2021) จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม

แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว (Family Integrated Care: FICare) ของ โอไบรอัน และคณะ (O'Brien et al., 2013) ซึ่งส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเริ่มใช้กับผู้ป่วยเด็ก ได้รับการพิสูจน์ว่าช่วยลดความเครียดของครอบครัวและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (Davidson et al., 2012) การนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทจึงมีความเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงที่การกระตุ้นจากบุคคลใกล้ชิดอาจช่วยฟื้นฟูการทำงานของสมองได้ดีกว่าระยะเรื้อรัง (Junlasawak et al., 2018; Zuo et al., 2021)

ภายใต้แนวคิดของ เชปปี้ (Schepp, 1995) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การร่วมดูแลทางการแพทย์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมดังกล่าวช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในการดูแล และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลง และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ เชปปี้ (Schepp, 1995) กับผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเฉพาะซึ่งเหมาะสมกับบริบทไทย และครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการมีส่วนร่วม ได้แก่ ปริมาณ (dose) ระยะเวลา (duration) และความเข้มข้น (intensity) ของการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่ามีผลต่อผลลัพธ์สำคัญ เช่น ระดับความเครียดของครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแล นอกจากนี้ งานวิจัยก่อนหน้ายังไม่ได้นำองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ของแนวคิด เชปปี้ (Schepp, 1995) มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมอย่างครบถ้วน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ เชปปี้ (Schepp, 1995) อย่างครบถ้วน ทั้ง 4 ด้าน และกำหนดโครงสร้างโปรแกรมโดยพิจารณาองค์ประกอบของ ปริมาณ ระยะเวลา และความเข้มข้น อย่างเหมาะสมกับบริบทไทย โปรแกรมดังกล่าวออกแบบให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลภายใต้การสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความรู้และฝึก



ทักษะ 2) การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) การสนับสนุนทางจิตสังคม ดำเนินการภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง และประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว และจากการเปลี่ยนแปลงระดับความเครียด เพื่อมุ่งหวังยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทอย่างยั่งยืนในบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังได้รับการดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลสูงกว่าครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
2. ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวมีคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
3. ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว (FICare) ของ โอไบรอัน และคณะ (O'Brien et al., 2013) ซึ่งมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และลดความเครียดของครอบครัว โปรแกรมกิจกรรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมถูกออกแบบโดยผศ.ดร.แนวคิดดังกล่าวกับกิจกรรมการดูแล 4 ด้าน ของ เชปปี้ (Schepp, 1995) ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลทางพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมตัดสินใจ โดยมีกำหนดให้ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ครั้งละ 30–45 นาที ผ่านกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมทั้งการให้ข้อมูล คำปรึกษา และฝึกปฏิบัติจริง โปรแกรมนี้ยังคำนึงถึงการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมและนโยบายของหอผู้ป่วย เช่น การจัดช่วงเวลาเยี่ยมที่เหมาะสม บรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแล และการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้ดีขึ้น ลดความวิตกกังวล และเกิดความคุ้นชินกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต อีกทั้งยังมีการสนับสนุนทางจิตสังคม เช่น การรับฟัง ให้กำลังใจ และแนะนำวิธีการจัดการความเครียด เพื่อเสริมสร้างพลังใจและความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดและตัวแปรตามในงานวิจัยนี้ คือ เมื่อครอบครัวได้รับการส่งเสริมอย่างรอบด้านผ่านโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนทั้งด้านปริมาณ ความถี่ ระยะเวลา และเนื้อหาการมีส่วนร่วม จะส่งผลให้ระดับความเครียดของครอบครัวลดลง และเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research))



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล ลำพูน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ด้านครอบครัวผู้ป่วย คือ 1) อายุ 20-65 ปี 2) มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยทางกฎหมายหรือสายเลือดซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักหรือเป็นตัวแทนของครอบครัวเพียง 1 คน 3) มีสุขภาพแข็งแรง 4) สามารถอ่าน พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ด้านผู้ป่วย คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีระดับคะแนนกลาสโกว์ในช่วง 4-10 คะแนน และมีสัญญาณชีพคงที่ 2) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งแรก เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ 2) ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถให้การดูแลได้ตามปกติ และเกณฑ์การยุติ (terminal criteria) คือ 1) ไม่สามารถติดต่อครอบครัวได้นานเกิน 3 วัน 2) ครอบครัวไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด และ 3) ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล/หอผู้ป่วย หรือเสียชีวิต

งานวิจัยการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทยังไม่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดอำนาจการตรวจสอบเท่ากับ 0.80 และค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 โดยขนาดอิทธิพลระดับกลางที่ 0.50 (Cohen et al., 1983) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (Burns & Grove, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามกำหนด 25 คน หลังจากนั้นจึงทำการเก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการประยุกต์แนวคิดรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวของ โอไบรอัน และคณะ (O'Brien et al., 2013) ร่วมกับการทบทวนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การให้ความรู้ ให้คำแนะนำปรึกษา และเสริมสร้างทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 2) การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมรวมถึงนโยบายในหอผู้ป่วยวิกฤต การเอื้ออำนวยด้านเวลา สถานที่ในระหว่างที่รอเข้าเยี่ยม และ 3) การสนับสนุนทางจิตสังคม โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ โดยใช้เวลารวมครั้งละ 120 นาที

2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค อาการ อาการแสดง การรักษาดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการติดตามอาการของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ เช่น การดูแลช่องปาก การให้อาหารสายยาง การพลิกตะแคงตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิธีการผ่อนคลายความเครียดแก่ครอบครัว และช่องทางการติดต่อหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัย การผ่าตัด คะแนนกลาสโกว์แรกรับ สัญญาณชีพแรกรับ

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย และการรักษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย โดย



ให้ครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ตอบคำถาม ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งครอบคลุมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 4 ด้านของเชปปี้ (Schepp, 1995) ได้แก่ กิจกรรมที่ทำประจำ 4 ข้อ กิจกรรมการพยาบาล 4 ข้อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรพยาบาล 5 ข้อ และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย 5 ข้อ รวม 18 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ 0 ถึง 4 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีส่วนร่วมเลยจนถึง 4 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมากที่สุด คะแนนรวม 0-72 คะแนน การแปลผลคะแนนระดับต่ำ หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย และระดับสูง หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก

3. แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ประยุกต์จากแบบประเมินความเครียดในบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของ พรศิริ ใจสม (Jaisom, 1993) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของครอบครัว 8 ข้อ ด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วยที่ปรากฏ 8 ข้อ ด้านแสงและเสียงภายในหอผู้ป่วยวิกฤต 6 ข้อ รวม 22 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 อันดับ คือ 0 ถึง 4 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ทำให้เกิดความเครียด จนถึง 4 คะแนน หมายถึง ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คะแนนรวม 0-88 คะแนน การแปลผลคะแนนระดับต่ำ หมายถึง ความเครียดน้อย และระดับสูงหมายถึงความเครียดมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 โปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว และคู่มือการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ จำนวน 6 ท่าน ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข และได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และได้นำมาปรับในด้านการสอนกิจกรรมในการดูแล โดยแบ่งกิจกรรมที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแต่ละกิจกรรมไม่เกิน 45 นาที กำหนดช่วงเวลาให้ครอบครัวผู้ป่วยได้พักระหว่างกิจกรรม โดยเวลารวมในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง 120 นาที ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1

1.2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94

1.3 แบบประเมินประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

2.1 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ได้ทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

2.2 แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ได้ทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 020/2567 วันที่อนุมัติ 13 กุมภาพันธ์ 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



ในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน เลขที่ 007/2567 วันที่อนุมัติ 27 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัดตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลา ผลประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมเปิดโอกาสให้สอบถามจนเกิดความเข้าใจ โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมโดยสมัครใจผ่านการลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันอคติในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมด้านระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือวิจัย และจริยธรรมดำเนินการเก็บข้อมูลและดูแลการลงนามในแบบฟอร์มยินยอม รวมถึงบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมได้รับโปรแกรมครบถ้วนก่อนประเมินผล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจากการวิจัยได้รับการเก็บรักษาอย่างปลอดภัย ข้อมูลทั้งหมดถูกนำเสนอในลักษณะรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน เพื่อคุ้มครองสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมอย่างสูงสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล
3. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นผู้ช่วยในการอำนวยความสะดวก และดำเนินการในขั้นตอนการลงนามและทำแบบประเมิน
4. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
5. หลังกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการวิจัยในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 2 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลของครอบครัว หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยให้ครอบครัวผู้ป่วยทำแบบประเมินความเครียด

2) ให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก ที่ไม่ใช่ผู้วิจัย โดยปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19

ครั้งที่ 2-3 (วันที่ 3-6 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

ให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติ คือ การดูแลที่ได้รับจากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การดูแล สิทธิการรักษา ระเบียบการเข้าเยี่ยม หรือการตอบข้อซักถามเกี่ยวกับผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19

ครั้งที่ 4 (เมื่อครบ 7 วันหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

1) ให้ครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมดูอาการผู้ป่วยและได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก



2) ผู้ช่วยวิจัยให้ครอบครัวทำแบบประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทชุดเดิม และทำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท

3) ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบประเมิน

4) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง แจ้งสิ้นสุดการวิจัยและให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทแก่ครอบครัวกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง ดำเนินการจับคู่กับกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีจับคู่ (matched-pair method) โดยพิจารณาจากคุณลักษณะของครอบครัว ได้แก่ เพศ และอายุ (อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) และคุณลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนกลาสโกว์โคมาสเกล (GCS) ที่อยู่ในช่วง 4–10 คะแนน โดยจับคู่คะแนนที่ต่างกันไม่เกิน 3 คะแนน เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ครั้ง โดยเริ่มดำเนินกิจกรรมใน วันที่ 2 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก รายละเอียดแต่ละกิจกรรม มีดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 2 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) (ใช้เวลารวม 120 นาที)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และให้ครอบครัวทำแบบประเมินความเครียดเบื้องต้น พร้อมทั้งอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ในโรงพยาบาล เช่น จุดพักคอย ห้องน้ำ ร้านค้า รวมถึงระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ สิทธิในการรักษา และแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พร้อมอธิบายอาการและภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นจริง และเตรียมอุปกรณ์ให้ครอบครัวฝึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางระบบประสาท แนวทางการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ พร้อมทั้งแนะนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องวัดสัญญาณชีพ โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวดูอุปกรณ์จริง ฟังเสียงเตือน และเรียนรู้สัญญาณที่ควรสังเกต นอกจากนี้ยังส่งเสริมทักษะการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การกระตุ้นประสาทสัมผัส การทำความสะอาดร่างกายทั่วไป การจัดทำผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจำเป็น และการเสนอความต้องการของครอบครัวในการดูแลที่ไม่ขัดต่อแนวทางการรักษา

กิจกรรมที่ 3 แนะนำทีมแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ ให้ครอบครัวร่วมรับฟังแนวทางการรักษา และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความรู้สึก พุดคุย และนัดหมายเวลาเข้าร่วมกิจกรรมดูแลผู้ป่วยในครั้งถัดไป

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3–4 ใช้เวลาประมาณ 120 นาที)

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ การเข้าเยี่ยม และข้อมูลเบื้องต้นด้านการดูแล พร้อมทั้งติดตามผลการประเมินความเครียดในครอบครัว และสอบถามถึงความพร้อมและความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากการเยี่ยมครั้งก่อน

กิจกรรมที่ 2 ขยายความรู้เกี่ยวกับโรคทางระบบประสาท การผ่าตัด และอาการแทรกซ้อนที่ควรระวัง รวมถึงอธิบายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง โดยเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมทั้งฝึกทักษะการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การจัดสภาพแวดล้อมใกล้เคียง และการเช็ดตัวแบบถูกวิธี

กิจกรรมที่ 3 กระตุ้นให้ครอบครัวสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างมั่นใจ ให้ครอบครัวมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการในการดูแล พร้อมส่งเสริมทักษะการตัดสินใจร่วมกับทีมผู้ดูแล

ครั้งที่ 3 (วันที่ 5–6 ใช้เวลาประมาณ 120 นาที)

กิจกรรมที่ 1 ให้ครอบครัวแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังมากขึ้น โดยฝึกทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับภาวะของผู้ป่วย เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดบริเวณปาก และการจัดทำผู้ป่วย โดยมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด



กิจกรรมที่ 2 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และ
ทบทวนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล

กิจกรรมที่ 3 เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าร่วมรอบการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน พร้อมร่วมวางแผนการดูแลระยะสั้นกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพูดคุยเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ครอบครัวอยากมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 4 (เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 120 นาที)

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์จากกิจกรรมก่อนหน้านี้ และสอบถามความรู้สึก
มุมมองของครอบครัวต่อบทบาทของตนเองในการดูแล

กิจกรรมที่ 2 เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เช่น การเคลื่อนย้าย การดูแล
บาดแผล การให้อาหาร และการดูแลอารมณ์ของผู้ป่วย พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับยาต่อเนื่อง การนัดหมาย
และสิทธิผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 ประเมินความพร้อมในการดูแลซ้ำ พร้อมมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท
ให้กำลังใจครอบครัว และเปิดช่องทางให้ติดต่อสอบถามเมื่อมีปัญหาในการดูแลภายหลังออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยให้ครอบครัวทำแบบประเมินความเครียดและการมีส่วนร่วมในการดูแล
จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของแบบประเมิน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ แจ้งสิ้นสุดการวิจัย และมอบคู่มือการดูแล
ผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square test
หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม

2. การเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
หลังการดูแล ใช้สถิติ Independent t-test

3. การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดูแล ใช้
สถิติ Independent t-test

4. การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของครอบครัวภายในกลุ่มก่อนและหลังได้รับการดูแล ใช้สถิติ
paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 19 คน
และ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 และ 68.00 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่น้อยกว่า 60 ปี คิดเป็น
ร้อยละ 60.00 และ 56.00 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 64.00 และ
52.00 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เกิดจากเส้นเลือดสมองแตก คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ
84.00 ตามลำดับ โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 92.00 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่ม
ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนกลาสโกว์โคมาสกอ์อยู่ในช่วง 3-8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 88.00 และ 76.00 ตามลำดับ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน อายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ต่ำกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 88.00 และ 76.00 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.00 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 24.00 และ 28.00 ตามลำดับ รายได้ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.00 และ 40.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 84 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นภรรยาของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 36.00 เท่ากัน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 76.00 และ 80.00 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตคิดเป็นร้อยละ 100 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.40 (SD = 4.56) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.24 (SD = 0.43) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(48) = 62.73, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแล ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท			
	M	SD	t(df)	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 25)	29.40	4.56	62.73 (48)	.000***
กลุ่มทดลอง (n = 25)	63.24	0.43		

*** $p < .001$

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.16 (SD = 7.38) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.60 (SD = 5.91) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(48) = 5.91, p < .001$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความเครียด ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท			
	M	SD	t(df)	p-value
กลุ่มควบคุม (n=25)	75.16	7.38	5.91(48)	.000***
กลุ่มทดลอง (n=25)	41.60	5.91		

*** p < .001

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความเครียดที่ลดลงของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการ
ทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความเครียดที่ลดลงของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.40 (SD = 7.87) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.08 (SD = 4.41) เมื่อเปรียบเทียบคะแนน
ความเครียดที่ลดลงของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(48) = 18.09, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดที่ลดลงของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความเครียดที่ลดลง			
	M	SD	t(df)	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 25)	10.40	7.87	18.09(48)	.000***
กลุ่มทดลอง (n = 25)	43.08	4.41		

*** p < .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ มีรายละเอียด
ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของ
ครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลสูงกว่าครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .001$) อภิปรายผล ดังนี้

โปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว ที่พัฒนาโดยประยุกต์จากแนวคิดรูปแบบการดูแลแบบ
บูรณาการของครอบครัวของ โอไบรอัน และคณะ (O'Brien et al., 2013) ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน
การดูแลได้ ดังนี้

1. การให้ความรู้ ให้คำแนะนำปรึกษาและเสริมสร้างทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยผ่านการได้ลงมือ
ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านของ เชปปี้ (Schepp, 1995) ทำให้ครอบครัวมีความรู้ มีทักษะ และ
ความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการได้รับคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความผิดปกติระหว่าง
การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ และมีความกล้าที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมาก
ขึ้น ส่งผลดีต่อการให้การดูแลผู้ป่วย และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับพยาบาล สอดคล้อง



กับงานวิจัยของ แชมบลี และคณะ (Chamblee et al., 2021) ที่ศึกษาการส่งเสริมการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลให้อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยลดลง มีความเคารพ การแบ่งปันข้อมูล การมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เฉิน และ ดอง (Chen & Dong, 2022) ที่ศึกษาผลของการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวในการดูแลทารกแรกคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบางและต้องการผู้ดูแลพบว่า สามารถลดระยะเวลาในการรักษาตัวของการทารกในโรงพยาบาลและผู้ปกครองมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2. การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบายในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยเฉพาะการจัดเวลาให้เหมาะสมสำหรับครอบครัวในการเข้าเยี่ยมและดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีโอกาสได้เห็นอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการร่วมดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฮี และคณะ (He et al., 2021) ที่พบว่า การดูแลแบบบูรณาการช่วยเพิ่มโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ปกครองได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้เกิดการสัมผัสทางกายภาพ และความใกล้ชิดทางอารมณ์ ซึ่งมีส่วนช่วยในการเยียวยาทางจิตใจ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในทุกมิติของการดูแล โดยมีสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่สนับสนุนเป็นปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับบทบาทของครอบครัวจากผู้เฝ้าสังเกต เป็นผู้ร่วมดูแลอย่างแท้จริง

3. การสนับสนุนทางจิตสังคม ที่เน้นการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแลผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับแพทย์และพยาบาล ถือเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว ซึ่งเน้นให้ครอบครัวไม่เพียงแต่เป็นผู้เฝ้าสังเกต แต่เป็นผู้มีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนในลักษณะนี้ประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ การให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงครอบครัวเข้ากับแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจและเปิดกว้างระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ทั้งนี้การสื่อสารที่ีระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพยังส่งผลต่อการรับรู้ บทบาท และความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ หลี่ และ หยาง (Li & Yang, 2023) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่นำโดยพยาบาลในการประสานงานและมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวพบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแล นอกจากนี้ ยังช่วยปรับปรุงการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัว และเสริมสร้างความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากหอผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางจิตสังคมเป็นกลไกสำคัญที่เสริมสร้างสัมพันธภาพ โปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวช่วยเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการให้ความรู้ สนับสนุนทักษะ และสร้างความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ดียิ่งขึ้นทั้งในระดับครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ

สมมติฐานที่ 2 ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อภิปรายผล ดังนี้



โปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางจิตสังคม มีผลต่อการลดระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในสภาพของผู้ป่วย สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลภายใต้การดูแลของบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ รวมถึงการที่ครอบครัวสามารถสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง นอกจากนี้ การปรับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การจัดเวลาและพื้นที่ให้เหมาะสมต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีส่วนช่วยให้ครอบครัวสามารถวางแผนการดูแลร่วมกับการพักผ่อนได้อย่างสมดุล ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย รวมถึงการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแสง เสียง และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังมีส่วนช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และความตึงเครียด

ขณะเดียวกัน การสนับสนุนทางจิตสังคม เช่น การให้คำปรึกษา การเสริมพลังใจ และการสอนวิธีคลายเครียดที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เฉิง และคณะ (Cheng et al., 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวในกลุ่มมารดาของทารกวิกฤตในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวผ่านกระบวนการให้ความรู้และสนับสนุนอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิผลในการลดภาวะเครียดของผู้ดูแลในหลากหลายบริบท ดังนั้นโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการลดระดับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท โดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างความเข้าใจ การเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแล และการสนับสนุนทั้งในเชิงสิ่งแวดล้อมและจิตสังคม ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

สมมติฐานที่ 3 ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

โปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียดของครอบครัวอย่างชัดเจน ครอบครัวในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติไม่มีโอกาสได้รับการฝึกทักษะหรือการสนับสนุนทางจิตใจอย่างเป็นระบบ จึงยังคงเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และอาจขาดข้อมูลที่ช่วยให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ระดับความเครียดยังคงสูง ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมักประสบความเครียดจากความรู้สึกไร้อำนาจในการช่วยเหลือ ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ลาซารัส (Lazarus, 1982) ที่ระบุว่าความเครียดเกิดจากการรับรู้สถานการณ์เกินขีดความสามารถที่ตนเองจะรับมือได้

ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวในกลุ่มทดลองได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การเช็ดตัวลดไข้ การพลิกตะแคงตัว และการกระตุ้นประสาทสัมผัส การได้ลงมือปฏิบัติจริงช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่าคุณสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง ลดความรู้สึกพลัดพราก ลดความกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการดูแล อีกทั้งการได้รับคำแนะนำและการปรึกษาจากพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะและการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจซึ่งช่วยให้ครอบครัวจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฟรีโวลด์ และคณะ (Frivold et al., 2021) ที่พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์จากทีมสุขภาพช่วยลดความเครียดของครอบครัว และงานวิจัยของ แมทธิว และคณะ (Mathew et al., 2024) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยลดความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ โอไบรอัน และคณะ (O'Brien et al., 2013) ซึ่งเสนอว่าการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งในด้านร่างกาย การสื่อสารกับทีมรักษา และการรับข้อมูลที่เป็นระบบ จะช่วยเสริมพลังในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต แตกต่างจากการดูแลแบบเดิมที่จำกัดบทบาทของครอบครัวไว้เพียงการสังเกตการณ์หรือรอข้อมูล การได้ปฏิบัติจริงทำให้เกิดความเข้าใจ ลดความกลัว และเพิ่มศักยภาพในการรับมือ ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถนำโปรแกรมการดูแลแบบบูรณาการของครอบครัวไปปรับใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยกำหนดช่วงเวลาให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ความมั่นใจ และลดความเครียดของครอบครัว ทั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยย้ายไปยังหอผู้ป่วยสามัญ อาจปรับกิจกรรมบางส่วนของโปรแกรมให้ต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
2. การประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น โปรแกรมนี้สามารถปรับใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตโรคอื่นที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เช่น ผู้ป่วยทางระบบหายใจ หรือระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเหมาะสมตามบริบท
3. ด้านการบริหารจัดการ ควรผลักดันเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พร้อมทั้งวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดำเนินโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะการสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการประเมินความพร้อมของครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว เช่น อัตราการฟื้นตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับหรือการติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างรอบด้าน
2. ควรศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตประเภทอื่นที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยระบบหายใจล้มเหลว หรือผู้ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย
3. ควรออกแบบการวิจัยที่มีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของการนำโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการสุขภาพจริง และศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับเป็นแนวทางปฏิบัติที่ต่อเนื่อง โดยอาจวางระบบสนับสนุนและกลไกความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวหลังจำหน่ายผู้ป่วย

References

- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Elsevier.
- Carter, M. C., & Miles, M. S. (1989). The parental stressor scale: Pediatric intensive care unit. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(3), 187-198.



- Chamblee, T. B., & Miles, D. K. (2021). A prospective study of family engagement for prevention of central line-associated blood stream infections. *Pediatric Quality & Safety*, 6(5), e467. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000467>
- Charretier, L., Dayan, J., Eustache, F., & Quinette, P. (2021). La mémoire traumatique: Postulats historiques et débats contemporains. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*, 205(2), 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.12.020>
- Chen, H., & Dong, L. (2022). The effect of family integrated care on the prognosis of premature infants. *BMC Pediatrics*, 22(1), 668. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03733-0>
- Cheng, C., Franck, L. S., Ye, X. Y., Hutchinson, S. A., Lee, S. K., & O'Brien, K. (2021). Evaluating the effect of family integrated care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(2), 166–179. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1659940>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family response to critical illness: Post-intensive care syndrome–family. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618-624. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>
- Department of Disease Control. (2023). *Department of disease control joins the campaign for world heart day 2024, emphasizing public health behavior changes to reduce risk factors for heart and vascular diseases*. Department of Disease Control.
- Frivold, G., Ågård, A. S., Jensen, H. I., Åkerman, E., Fossum, M., Alfheim, H. B., Rasi, M., & Lind, R. (2021). Family involvement in the intensive care unit in four Nordic countries. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 450-459. <https://doi.org/10.1111/nicc.12702>
- He, F. B., Axelin, A., Ahlqvist-Björkroth, S., Raikila, S., Löyttyniemi, E., & Lehtonen, L. (2021). Effectiveness of the close collaboration with parents intervention on parent-infant closeness in NICU. *BMC Pediatrics*, 21, 28. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02474-2>
- Jaisom, P. (1993). *Stress and coping strategies of parents whose children are admitted to the pediatric intensive care unit* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Junlasawak, K., Sukonsawan, A., & Wangsrikoon, S. (2018). Effect of sensory stimulation through families' participation on cognitive behavioural response of patients with severe traumatic brain injuries. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(2), 29–46. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/121672/102479> (in Thai)
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37(9), 1019–1024. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.9.1019>
- Li, B., & Yang, Q. (2023). The effect of an ICU liaison nurse-led family-centred transition intervention program in an adult ICU. *Nursing in Critical Care*, 28(3), 435-445. <https://doi.org/10.1111/nicc.12764>



- Mathew, S. K., Aruna, S., Vasudevan, R. C., Visweswaran, V., Arjunan, P., Panachingal, B., & Jyothi, M. (2024). Integrating family involvement in neuro-intensive care: A pathway to enhanced family satisfaction in traumatic brain injury (TBI) management. *Cureus*, 16(11), e74748. <https://doi.org/10.7759/cureus.74748>
- O'Brien, K., Bracht, M., Macdonell, K., McBride, T., Robson, K., O'Leary, L., Christie, K., Galarza, M., Dicky, T., Levin, A., & Lee, S. K. (2013). A pilot cohort analytic study of family integrated care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(Suppl 1), S12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>
- Prachuablar, C. (2018). Increased intracranial pressure in patients with brain pathology: A dimension of evidence-based nursing practice. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(2), 15-28. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/111187> (in Thai)
- Royal College of Neurological Surgeons of Thailand. (2019). *Clinical practice guidelines for traumatic brain injury*. Prosperous Plus. <https://w1.med.cmu.ac.th/neurosurgery/files/2019/12/GPG-final-2562-compressed.pdf>
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children* [Unpublished manuscript]. University of Washington.
- World Health Organization. (2020). *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7
- Zuo, J., Tao, Y., Liu, M., Feng, L., Yang, Y., & Liao, L. (2021). The effect of family-centered sensory and affective stimulation on comatose patients with traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103846. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103846>