

พลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อ
ความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว*

The Effects of a Family Participation in Caring Program on Intubated
Patient's Suffering and Their Family's Anxiety and Satisfaction

สุดารัตน์	ควระพฤกษ์	พย.ม.**	Sudarat	Khawaraphruek	M.N.S.**
ธีรณัฐ	ห่านิรติชัย	พย.ด.***	eeranut	Harnirattisai	Ph.D.***
สุริพร	ธนศิลป์	พย.ด.****	Sureeporn	Thanasilp	Ph.D.****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ตามคุณสมบัติที่กำหนดอย่างละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) แบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย แบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัว โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และคู่มือการมีส่วนร่วมของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบแบบวิลคอกซัน (Wilcoxon's test)

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกข์ทรมานภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 จากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 จากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รวมทั้งครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน

* วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร
** Professional Nurse, Police General Hospital, Bangkok.
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

ของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลของครอบครัว และเพิ่มความพึงพอใจให้กับครอบครัวผู้ป่วย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมความพึงพอใจของผู้ป่วยและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของครอบครัว หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลและความพึงพอใจ

Abstract

This study was aimed to examine the effects of a family participation in caring program on intubated patients' suffering and their families' anxiety and satisfaction. It was of a quasi-experimental, one-group design, with a pre-post test. Schepp's family participation concept (1995) was applied as the conceptual framework for the caring of critically-ill patients. The program lasted 3 days. The sample consisted of 30 intubated patients admitted to the intensive care unit. The instruments used were a demographic questionnaire, the Glasgow coma scale, the patients' suffering assessment form, the assessment form of the families' anxiety and satisfaction, the family participation in caring program, guide the family participation in caring. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated measures ANOVA, and Wilcoxon's test.

The findings showed that after participating in the family participation in caring program, the mean scores on the suffering of patients and the anxiety of the family at day 2 and 3 of the experimental group significantly decreased compared to those of before participating the program ($p < 0.001$). The mean score of the families' satisfaction also significantly increased at day 7 compared to that of before participating the program ($p < 0.001$).

The results indicate that the family participation in caring program can help patients admitted to the intensive care unit on an intubated - endotracheal tube from respiratory failure decrease their perceived suffering and their family's anxiety, and it increased their family's satisfaction. Study of patients' satisfaction and a longer follow-up time by comparing with a control group is suggested for further study.

Key words: Family participation in caring program, Patients on an intubated endotracheal tube, Intensive care unit, Suffering, Anxiety, Satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว เป็นภาวะที่พบบ่อยติดอันดับ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยอายุรกรรม และเป็นภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงเฉียบพลัน มี

แผนการรักษาที่ซับซ้อน ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วนและการดูแลที่รวดเร็วและต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ทันได้เตรียมตัวทำให้เกิดผลกระทบตามมา จากการที่ผู้ป่วย

และครอบครัวไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น มีความรู้สึกไม่แน่นอนกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไป (Leske, 2002) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ไม่สามารถเฝ้าดูแลหรือสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ เนื่องจากลักษณะโครงสร้างของหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหอปิด มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก ลักษณะและบรรยากาศในหอผู้ป่วยที่ต้องนอนใกล้กับผู้ป่วยรายอื่นที่มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ต่างกัน และอยู่ท่ามกลางความเป็นความตาย (Halm & Alphen, 1993) อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวว่าจะไม่ปลอดภัยและคาดการณ์ล่วงหน้าว่าสถานการณ์รุนแรงที่เคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยข้างเตียง อาจเกิดขึ้นกับตน รวมถึงวิธีการรักษา และดูแลของแพทย์และพยาบาล ต้องอาศัยการติดตามและให้การดูแลรักษาภาวะผิดปกติของร่างกายในส่วนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและทันทั่วทั้ง รวมทั้งมีการมุ่งที่จะสนใจจัดการแก้ไขการช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิต อย่างไรก็ตาม พยาบาลอาจไม่สามารถให้การดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้ในระยะเวลาอันสั้น

ระยะเวลาของการตอบสนองต่อความต้องการลักษณะของหอผู้ป่วย และภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ความรู้สึกทุกขระนาของผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ไม่สามารถพูดสื่อสารขอความช่วยเหลือหรือบอกความต้องการ นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางกายจากความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ความหิวและกระหายน้ำ ทางด้านจิตใจผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวว่าจะไม่ปลอดภัยและรู้สึกสูญเสียความสามารถ แม้แต่กิจกรรมการดูแลส่วนบุคคลในเรื่องความสะอาดของร่างกายยังต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกเป็นภาระของบุคคลอื่นและสูญเสียความเป็นส่วนตัว (วิจิตร ฤกษ์มณี, 2553; Wang, Zhang, Li & Wang, 2008) ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยถูกจำกัด

การเยี่ยมจากบุคคลอันเป็นที่รัก (Halm & Alphen, 1993) ขาดการติดต่อสื่อสาร และความเจ็บปวดต่างๆที่เกิดขึ้น โดยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขรวดเร็วตามความต้องการของผู้ป่วย ทั้งจากพยาบาลและบุคคลในครอบครัว ส่งผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยคือทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง (ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2552; Mattaliano, 2003) การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตไม่เพียงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความผูกพันกัน เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ครอบครัวรับรู้ว่าจะอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละห้าสิบ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องเผชิญกับความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย การดำเนินโรค วิธีการดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ การพยากรณ์โรค และการถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ไม่ได้พูดคุยหรือช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งการที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจสูญเสียบุคคลที่รัก อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (อริยญา ศรีคำขาว, 2548; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijinstee & Grypdonck, 2005) นอกจากนี้การที่บุคคลประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอาจทำให้เกิดอันตรายหรือความมั่นคงปลอดภัยกำลังถูกคุกคามทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น (Spielberger, 1972)

การส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างปลอดภัย เป็นการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมตามแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้ง 4 ด้านของเชปปี้ เป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบครัวปรารถนาจะปฏิบัติแต่ได้ปฏิบัติน้อย (รุจิรัตน์เสถียร, 2550) และผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและได้รับกิจกรรมการพยาบาล (อัมมิขานาไว, 2551) และจากการทบทวนงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านมา พบว่าครอบครัวต้องการให้พยาบาลสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการเอื้ออำนวยความ

สะดวกให้กับครอบครัวผู้ป่วย (กนกรัตน์ เนตรไสว, 2547) และต้องการข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแล พร้อมทั้งต้องการมีส่วนร่วมในการพูดคุยกับแพทย์ของผู้ป่วยทุกวันเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง (วารุณี บัวมีรูป, 2551; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijinstee & Grypdonck, 2005) เมื่อครอบครัวได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการจะเกิดความพึงพอใจ (อภิญา สัตย์ธรรม, 2550) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะพยายามส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาที่เป็นรูปแบบการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยยังพบได้น้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว การสอนอย่างมีแบบแผนแก่ญาติเกี่ยวกับการดูแล และการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนโดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามต้องการและมีโอกาสได้พูดให้กำลังใจผู้ป่วย มีการสัมผัสผู้ป่วย รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทางด้านความวิตกกังวลของครอบครัว (สุพิร จันทรเจษฎา, 2547; สุธิณี วัฒนกุล, 2547; ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548; อรัญญา ศรีคำขาว, 2548) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลลัพธ์ของการดูแลจากพยาบาลที่รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลหน่วยวิกฤตจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ควบคู่กับการดูแลของพยาบาลในภาวะวิกฤต เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงวิกฤตของชีวิต โดยใช้แนวคิดของเชปป (1995) เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการดูแลที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจให้กับครอบครัวผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว

คำถามในการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจสามารถลดความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้หรือไม่ อย่างไร
2. โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจสามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปป (Schepp, 1995) มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดรูปแบบกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้านคือ 1) การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับพยาบาล เป็นกิจกรรมที่เตรียมความพร้อมของครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ให้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการตัดสินใจในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมนี้เป็นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้สิทธิและบทบาทของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น ครอบครัวตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ลดความรู้สึก
ความเป็นบุคคลถูกกีดกันหรือลดความรู้สึกสูญเสียพลัง
อำนาจ โดยเป็นกิจกรรมที่ง่ายสำหรับครอบครัวและไม่
ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือได้รับอันตราย เช่น
การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน
และส่งเสริมให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น
ครอบครัวสอบถามความรู้สึก และ 4) การมีส่วนร่วมด้าน
กิจกรรมการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่เน้นเรื่องการเฝ้า
ระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยและไม่เกิด
อันตรายกับผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวให้การช่วยเหลือ
ประคับประคองด้านจิตใจ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมใน
การช่วยเหลือระหว่างมีกิจกรรมการพยาบาล เช่น เฝ้า
ระวังการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เมื่อสิ้นสุด
โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลที่
เป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยที่ผู้ป่วยมีครอบครัวและ
พยาบาลคอยดูแลช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
และจิตวิญญาณไปพร้อมกันในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรับรู้ถึง
ความรู้สึกทุกข์ทรมาน เป็นการตอบสนองที่เร็วต่อการรับ
รู้ความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จึงทำให้ความรู้สึกทุกข์
ทรมานของผู้ป่วยลดลง ในขณะที่เดียวกันครอบครัวของ
ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูล มีความเข้าใจ จึงทำให้ความวิตก
กังวลของครอบครัวลดลง รวมถึงครอบครัวเมื่อมีส่วน
ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลงจึงมี
ความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการ
การใส่ท่อช่วยหายใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะหายใจ
ล้มเหลวด้วยโรคทางด้านอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาใน
หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม 2555 ถึงเดือน
ตุลาคม 2555 จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด
(Inclusion criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถ
สื่อสารหรือเข้าใจภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้ และม
ความยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ โดยทางค
ผู้ป่วยเพิ่มเติม ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
ครั้งแรก และมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว 9T ขึ้นไป ส่วน

กลุ่มตัวอย่างด้านครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มเติมต้องเป็นบุคคล
ในครอบครัว เป็นญาติสายตรงหรือที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด
กับผู้ป่วย ที่มีความสำคัญหรือมีความผูกพัน และเป็น
บุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้มาดูแล และสามารถเข้าร่วม
โปรแกรมการมีส่วนร่วมที่กำหนดได้ครบถ้วน 3 วัน ผู้วิจัย
ดำเนินการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรม
ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะ
กรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยเข้าพบ
กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีอาการคงที่และแพทย์มีความเห็นให้
ร่วมในการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย
และรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1) โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เป็น
รูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ปฏิบัติกรดูแล
ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตร่วม
กับการดูแลของพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมี
ส่วนร่วมของครอบครัวของเชปปี้ (Schepp, 1995)
ประกอบด้วยกิจกรรมการมีส่วนร่วม 4 ด้านคือ การแลก
เปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางการ
พยาบาล ด้านการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย ด้านกิจกรรมที่ทำ
เป็นประจำ และด้านกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมหลัก
ประกอบด้วย การให้ข้อมูล และการส่งเสริมให้ครอบครัว
มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ใช้เวลา
ทั้งหมด 3 วัน วันละ 1 ชั่วโมง 2) คู่มือแนะนำการดูแล
ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตสำหรับครอบครัวผู้ป่วย โดยมี
เนื้อหาสำคัญได้แก่ ความหมายของการมีส่วนร่วมในการ
ดูแลผู้ป่วย ลักษณะของหอผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะการ
ทำงานของพยาบาล ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยและ
กิจกรรมที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง
ปลอดภัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย คือ
แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและ
ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2 แบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานของพัชริน แ่นนหนา (2550) ที่พัฒนาตามแนวคิดของแม็คคอร์เคิลและยัง (McCorkle & Young, อ้างตามพัชริน แ่นนหนา. 2550) มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ ที่มีสเกลการวัดแบ่งเป็น (Rating scale) 4 ระดับ (ตั้งแต่ 0-3) คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความรู้สึกทุกข์ทรมานมาก คิดเป็นคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 60 คะแนน ด้านละ 15 คะแนน

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ The State Anxiety Inventory form X-I ของชุดิมา มุสิกุลและคณะ (2542) ที่พัฒนาตามแนวคิดสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) ข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัว โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความต้องการมีส่วนร่วมของครอบครัวของรุจี รัตนเสถียร (2550) ที่พัฒนาตามแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995 อ้างตามรุจี รัตนเสถียร, 2550) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ที่มีสเกลการวัดแบ่งเป็น 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา นำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI ของแบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเท่ากับ 0.95 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว เท่ากับ 0.98 และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวเท่ากับ 0.99 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนที่จะนำไปใช้ในการวิจัย และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยและครอบครัวที่

ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่าแบบประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว ได้เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนและให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบ Wilcoxon's test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.3) มีอายุระหว่าง 26 – 79 ปี อายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D. 12.95) โดยครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.3) และเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 56.7) ครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้และใช้สิทธิ์ต้นสังกัดในการรักษา (ร้อยละ 50.0) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการไข้ยาแก้ปวดหรือยานอนหลับก่อนเข้ารับการรักษา (ร้อยละ 86.6) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นปอดอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 73.3) ติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 33.3) และหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 23.3) ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ประเมินโดย APACHE II อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 36.7) และระดับมากที่สุด (ร้อยละ 23.3) ส่วนใหญ่มีสาเหตุของการหายใจล้มเหลวที่มาจาก

ความผิดปกติที่ปอด (ร้อยละ 63.3) รองลงมาคือ ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 16.7)

ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 18 – 67 ปี อายุเฉลี่ย 42 ปี (SD 12.64) มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.3) เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 60) คู่สมรส (ร้อยละ 26.7) และพี่น้อง (ร้อยละ 13.3) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 43.3) ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ (ร้อยละ 26.8) ค่าขายและประกอบธุรกิจส่วนตัวเท่ากัน (ร้อยละ 23.3) ไม่มีรายได้และมีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไปเท่ากัน (ร้อยละ 26.7) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 60) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด (ร้อยละ 56.7) ไม่มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.3) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 46.7) โรคประจำตัวที่พบคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 10) และเหตุผลที่ครอบครัวตัดสินใจเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้แก่ สมัยใจ (ร้อยละ 73.3) และด้วยความจำเป็น (ร้อยละ 26.7)

2. ความรู้สึกทุกขกรรมของผู้ป่วย ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขกรรมโดยรวม ในวันที่ 2 และ 3 จากก่อนได้รับโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขกรรมโดยรวมก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.75, S.D. = 0.19) ภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.89, S.D. = 0.45) และในวันที่ 3 อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 0.76, S.D. = 0.42) และเมื่อพิจารณาความรู้สึกทุกขกรรมเป็นรายด้านพบว่ามีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขกรรมทุก ด้านดังต่อไปนี้ โดยมีความรู้สึกทุกขกรรมทุกด้านก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (ร่างกาย $\bar{X}$ = 2.82, S.D. = 0.12; จิตใจ $\bar{X}$ = 2.78, S.D. = 0.25; สังคม $\bar{X}$ = 2.74, S.D. = 0.27 และจิตวิญญาณ $\bar{X}$ = 2.68, S.D. = 0.33) และภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 ด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ มีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความ

รู้สึกทุกขกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (สังคม $\bar{X}$ = 1.71, S.D. = 0.53; จิตใจ $\bar{X}$ = 1.89, S.D. = 0.47 และ จิตวิญญาณ $\bar{X}$ = 1.84, S.D. = 0.65) ส่วนทางด้านร่างกายยังอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.14, S.D. = 0.41) และในวันที่ 3 มีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขกรรมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ อยู่ในระดับน้อย (สังคม = 0.60, S.D. = 0.48; จิตใจ $\bar{X}$ = 0.74, S.D. = 0.48 และ จิตวิญญาณ $\bar{X}$ = 0.64, S.D. = 0.41) และด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.06, S.D. = 0.45) และผลการศึกษาด้านความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในวันที่ 2 และ 3 จากก่อนได้รับโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.78, S.D. = 0.12) ภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และวันที่ 3 อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.85, S.D. = 0.24 & = 1.27, S.D. = 0.13 9) รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวภายหลังได้โปรแกรมในวันที่ 7 สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ก่อนได้รับโปรแกรม $\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.581 และหลังได้รับโปรแกรมครบในวันที่ 7 = 4.96, S.D. = 0.084)

3. ผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกทุกขกรรมโดยรวม ความรู้สึกทุกขกรรมรายด้านของผู้ป่วย และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำชุดข้อมูลทุกชุดมาทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าชุดข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ความแปรปรวนของข้อมูลมีความเป็นเอกพันธ์และระดับความสัมพันธ์ของการวัดมีคุณสมบัติ Compound Symmetry จึงใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพาราเมตริก คือ สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียวที่มีการวัดซ้ำ (One-Way Repeated Measures ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความรู้สึกทุกขกรรมโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลังได้รับ

โปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=468.41, p<0.001$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขุทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=633.53, p<0.001$)

จากนั้นนำค่าเฉลี่ยความรู้สึกทุกขุทรมานของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่

2 และ 3 มาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Multiple Comparison) โดยใช้สถิติ Bonferroni ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขุทรมานโดยรวมในทุกช่วงเวลาภายหลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขุทรมานในช่วงวันที่ 2 และ 3 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p<0.001$) และในช่วงวันที่ 2 และ 3 หลังได้รับโปรแกรม ($p<0.001$) 2) กลุ่มตัวอย่างมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขุทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในทุกช่วงเวลาภายหลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขุทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณในช่วงวันที่ 2 และ 3 มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p<0.001$) และในช่วงวันที่ 2 และ 3 หลังได้รับโปรแกรม ($p<0.001$) ดังแสดง

ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกขุทรมานโดยรวม และรายด้านของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างก่อน

ตัวแปร	$\bar{d}$	SD	P-value
ความรู้สึกทุกขุทรมานโดยรวม			
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2	0.862	0.064	0.000***
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.995	0.064	0.000***
หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.133	0.068	0.000***
ความรู้สึกทุกขุทรมานด้านร่างกาย			
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2	0.680	0.069	0.000***
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.760	0.078	0.000***
หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.080	0.072	0.000***
ความรู้สึกทุกขุทรมานด้านจิตใจ			
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2	0.887	0.066	0.000***
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	2.040	0.075	0.000***
หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.115	0.088	0.000***
ความรู้สึกทุกขุทรมานด้านสังคม			
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2	1.040	0.080	0.000***
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	2.147	0.080	0.000***
หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.107	0.080	0.000***
ความรู้สึกทุกขุทรมานด้านจิตวิญญาณ			
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2	0.840	0.084	0.000***
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	2.033	0.069	0.000***
หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.193	0.101	0.000***



และภายหลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2 และ 3 เป็นรายคู่ และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และ 3 มาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ผลการศึกษาพบว่า มีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตก

กังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในทุกช่วงเวลา ภายหลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวในช่วงวันที่ 2 และ 3 มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และในช่วงวันที่ 2 และ 3 หลังได้รับ

โปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลังได้รับ

ตัวแปร	$\bar{d}$	S.D.	P-value
ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย			
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2	0.927	0.050	0.000***
ก่อนการทดลอง-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	1.509	0.029	0.000***
หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 2-หลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3	0.582	0.047	0.000***

โปรแกรมวันที่ 2 และ 3 เป็นรายคู่

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทดสอบความแปรปรวนพบว่า ไม่มีความเป็นเอกพันธ์และระดับความสัมพันธ์ของการ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

วัดไม่เป็นไปตามคุณสมบัติ Compound Symmetry จึงวิเคราะห์ด้วยสถิตินอนพารามेटริก (Nonparametric test) คือ สถิติ Wilcoxon's test ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวของผู้ป่วยหลังสิ้นสุดโปรแกรมในวันที่ 7 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและภายหลังสิ้นสุด

ตัวแปร	Mean	S.D.	ค่าพิสัย	Z	P-value
			Min-Max		
ความพึงพอใจของครอบครัว					
ก่อนการทดลอง	4.086	0.581	2.65-4.90	-4.784	0.000
หลังการทดลองวันที่ 7	4.965	0.084	4.65-5.00		

โปรแกรมในวันที่ 7

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 73.3) อายุมากกว่า 60 ปี โดยอายุเฉลี่ย 62 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยในภาวะ

วิกฤตที่พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงและเป็นผู้สูงอายุ (ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร, 2547; อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ, 2549) ส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบหายใจ มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง อัตราตายประมาณ ร้อยละ 55-75 และสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติที่ปอด (ร้อยละ 63.3) ที่เกิดจากปอดอักเสบ

(ร้อยละ 73.3) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ง่ายจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายมีการเสื่อมสภาพและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (เกศินี สมศรี, 2547; ศิริจันทร์ ภัทริเชียร, 2547) ปอดอักเสบ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการหายใจหรือมีอาการหายใจหอบเหนื่อย การรักษาคือการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการยุ่งยากซับซ้อนของขบวนการรักษาผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 18 - 67 ปี อายุเฉลี่ย 42 ปี และเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลหรือการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยจะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (กนกรัตน์ เนตรใส, 2547) ทั้งนี้เนื่องจากวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมไทย ผู้หญิงจะมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549) นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 60) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยให้ความสำคัญกับบุตร เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยรัก มีความห่วงใย มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถลดความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลงได้ (วนิดา ไวถิตติพงษ์, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่าแรงจูงใจของการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเพราะความรักความผูกพันของบุคคลในครอบครัว อีกทั้งมากกว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (26.8%) และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีประวัติโรคประจำตัว (53.3%) และสนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (73.3%) แสดงถึงความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ที่ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และวันที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ในการดูแล ทำให้ครอบครัวได้รับทราบข้อมูล ได้รับการสอนและร่วมปฏิบัติกับพยาบาล ครอบครัวได้รับคำแนะนำให้มีส่วนช่วยผู้ป่วยในเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลให้ได้เร็วขึ้น นวดสัมผัสเพื่อความผ่อนคลาย คอยให้กำลังใจ มีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน และครอบครัวสามารถเป็นตัวแทนให้กับผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับขบวนการรักษา นอกจากนั้นครอบครัวยังมีส่วนช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมากในกิจกรรมที่มีความยากลำบากสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัวมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) จัดทำเป็นรูปแบบของกิจกรรมที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ครอบครัวได้มีโอกาสให้และรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีโอกาสดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับพยาบาล ผลที่ได้สามารถทำให้ครอบครัวเข้าใจ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยที่ตรงกับความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าครอบครัวยังมีส่วนช่วยให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน ทันทีที่ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งพยาบาลไม่สามารถให้การดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ในระยะเวลาอันสั้น ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง

ผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ที่ว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 2 และวันที่ 3 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากในวันที่ 2 และ 3 ของโปรแกรมเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวมีส่วนช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็งเพื่อให้ผ่านกับความรู้สึกทุกข์ทรมานในกิจกรรมการพยาบาลครั้งนี้ไปได้ อีกทั้งผู้ป่วยเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความผูกพัน มีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกันอยู่ เป็นครอบครัวที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้เข้ามาดูแล ทำให้รู้สึกภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สอดคล้องการศึกษา

ของพิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่า การที่ครอบครัวตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากจะได้รับทราบข้อมูลแล้ว ยังมีแรงจูงใจของการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นเพราะความรักความผูกพันของบุคคลในครอบครัว และถือโอกาสนี้เป็นการตอบแทนบุญคุณหรือความดีของผู้ป่วย รวมถึงเป็นการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เมื่อครอบครัวได้เห็นและได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการรักษามีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกทุกขรณในตอนแรก แต่เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ทำให้ครอบครัวเกิดความหวัง มีกำลังใจ เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 ที่ว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมในวันที่ 7 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเมื่อมีโอกาสได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้ตามต้องการ อีกทั้งไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย แต่เป็นการช่วยลดความรู้สึกทุกขรณของผู้ป่วย ทำให้เกิดความหวัง มีความรู้สึกที่เป็นสุข เป็นทัศนคติในทางบวกหรือความรู้สึกที่ดีของบุคคล (Rothen, Stricker & Heyland, 2010) สอดคล้องกับ

การศึกษาของกุลวดี บุญชูช่วย (2547) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก มีผลทำให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจ มีความภาคภูมิใจที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยไปใช้ในหน่วยงานที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จัดทำเป็นรูปแบบการพยาบาลสำหรับพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่กระทบต่อการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกมั่นใจ และมีครอบครัวเป็นตัวแทนตนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม และศึกษาผลทางด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วยในขณะเดียวกัน
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมทางด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ และเพิ่มระยะเวลาของการศึกษา โดยติดตามการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

- เกศินี สมศรี. (2547). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- กุลวดี บุญชูช่วย. (2547). การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย. อำเภอสุโขทัย. จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- ดุขุฎี ใจโปร่ง. (2548). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.

- พัชริน แนนหนา. (2550). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว.
- รุจิ รัตนเสถียร. (2550). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2552). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ในสุนิสา ฉัตรมงคลชาติ (บรรณาธิการ). *ความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลดูแลระบบหายใจ (Respiratory Care)*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 219-234.
- วารุณี บัวมีรูป. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิษฐ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2553). การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะวิกฤต. *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม*, พิมพ์ครั้งที่ 4, 13-36.
- ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- สุธินี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- อภิญา สัตย์ธรรม. (2550). ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- อรัญญา ศรีคำขาว. (2548). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว ครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิสสระ. (2549). ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะการักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร, มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- Halm, M. A. & Alpen, M.A. (1993). The impact of technology on patients and families. *Nurs Clin North Am.*, 28(2), 443-457.
- Leske, J. S. (2002). Intervention to decrease family anxiety. Protocols for practice applying research at the bedside. *Critical care nurse*, 22(6), 61-64.
- Mattaliano, D. (2003). Holistic nursing management of pain and suffering: a historical view with contemporary applications. *Journal of the New York State Nurses Association*, 34(1).
- Schep, K. (1995). Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.

- Spielberger, C. D. (ED). (1972). Anxiety as an emotion state. In Anxiety; Current trends in theory and research, 23-49. New York; Academic.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V., Duijnste, M. & Gryndonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501-509.
- Wang, K., Zhang, B., Li C. & Wang, C. (2008). Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 183-190.