

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต*

อิสริย์ ศรีศุภโอบการ** นรลักษณ์ เอื้อกิจ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และแนวทางการดูแลความวิตกกังวลในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต สำหรับพยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ตามแนวคิดของ Hill และความต้องการพื้นฐานของ Maslow โดยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใช้เวลา 3 วัน ครอบคลุมความต้องการ 5 ด้าน ตามแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Moltor, Leske ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.93 และประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง มีระดับความวิตกกังวลลดลงภายหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีระดับความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ หรือพัฒนารูปแบบการประเมินที่กระชับลดระยะเวลาในการประเมิน เพื่อให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รวดเร็วและตรงกับความต้องการมากที่สุด

คำสำคัญ: สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต; ความวิตกกังวล; ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

* งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผู้เขียนหลัก: itsari_pn@yahoo.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต¹ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งที่มีการคาดการณ์ล่วงหน้า และที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้²⁻³ ซึ่งภาวะเจ็บป่วยวิกฤตนี้เป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากโรคและจากการรักษา¹ นอกจากนี้ ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อากาโรไม่คงที่และมีโอกาสทรุดลงได้ง่าย ร่วมกับการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง⁴ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต¹

จากภาวะที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วย⁵⁻⁶ ซึ่งพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว⁷⁻⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pochard et al.⁷ และพบว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตดังกล่าวทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูง ถึงร้อยละ 35-73 ซึ่งความวิตกกังวลจะอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง⁹ และพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะสูงในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิต จะมีความวิตกกังวลมากที่สุด¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายสาเหตุที่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ 1) การรับรู้และความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในทางลบว่า หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินโรคได้ มีโอกาสที่จะเสียชีวิต และครอบครัวมักคาดการณ์ล่วงหน้าในทางที่ไม่ดีที่อาจเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ก่อน 2) ลักษณะการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวถูกปิดกั้นจากการรักษาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ รวมถึง สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย⁹ โดยพบว่า สภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถรับรู้เวลากลางวันหรือกลางคืน การได้ยินเสียงเตือนสูงๆ แลเหมๆ และเสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้ง การมีสายของอุปกรณ์ต่างๆ ระโยงระยางไปบนตัว 3) ความไม่รู้รู้สึกตัวของผู้ป่วยที่อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ความยากลำบากในการสื่อสาร¹² 4) การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้น 5) การได้รับข้อมูลที่ไม่ได้จัดเตรียมไว้อย่างเป็นทางการขึ้นเป็นตอน ต่อเนื่อง ได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกัน⁹ หรือไม่ได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการในขณะนั้น¹³ และ 6) ภาวะป่วยวิกฤตจะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน ทำให้ครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ทัน จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น⁹⁻¹⁰

ความวิตกกังวลนั้น มีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ และก่อให้เกิดความเจ็บป่วยตามมาได้¹⁴ 2) ด้านจิตใจ พบว่า อาจส่งผลให้เกิดภาวะเครียด (stress) ภาวะซึมเศร้า (depression) และในระยะยาว อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัววิกฤตเกิดภาวะเครียดภายหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง (Posttraumatic Stress Disorder: PTSD)¹⁵⁻¹⁶ 3) ด้านสังคม พบว่า ส่งผลทำให้การแสดงบทบาทและหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง อาจต้องลาหยุดหรือ ออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย¹⁷ 4) ด้านเศรษฐกิจ

ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย หรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล รวมถึง การสูญเสียรายได้จากการที่ต้องลาหยุดงานเพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล¹⁰ 5) ด้านพฤติกรรม พบว่า อาจมีการใช้ยาหรือสารเสพติดช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล หรือเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลได้ในบางราย อาจพบว่า มีอาการหวาดระแวงเกิดขึ้นได้⁸ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลในระดับที่สูงยังมีผลทำให้สมาธิสั้นลง ความสามารถในการจดจำ การรับรู้ข้อมูล และความสามารถในการตัดสินใจลดลงตามมาด้วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต และอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ บางงานวิจัยยังพบว่า ความวิตกกังวลสามารถส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว จะสามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลถึงกันได้มากกว่าบุคคลอื่น¹¹ ดังนั้น การลดความวิตกกังวล จึงมีความสำคัญและเป็นบทบาทหลักของพยาบาลที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่การลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านการปรับตัวเพื่อวิตกกังวล¹⁶⁻²¹ ซึ่งมีบางงานวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลของพยาบาล บางครั้งไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในขณะนั้น⁵ และการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้⁶ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม คือ 3 วัน²² จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของผู้วิจัย พบว่า การให้ข้อมูลของพยาบาลทั่วไป ไม่ได้มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อน และการให้ข้อมูลจะเป็นรูปแบบที่พยาบาลกำหนดขึ้นเอง ซึ่งการให้ข้อมูลของพยาบาลแต่ละบุคคล มีรายละเอียดและเนื้อหาไม่เท่ากันตามประสบการณ์ของพยาบาล และให้ข้อมูลเฉพาะตามที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซักถาม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบว่า มีงานวิจัยใดให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน โดยมีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อน แล้วจึงให้การตอบสนองความต้องการโดยเรียงตามลำดับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้ครอบคลุมทุกด้าน ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างครบถ้วนและเพียงพอ จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความพร้อมในการเข้าเยี่ยม และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตลดความวิตกกังวลลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย
2. ภายหลังจากทดลองสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นเป็นการเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว สมาชิกครอบครัวรับรู้และประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นสิ่งคุกคาม และอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety)²³

จากการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่า เป็นสิ่งคุกคามและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ส่งผลกระทบต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล ตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของ Maslow²⁴ ซึ่งกล่าวว่า บุคคลจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เข้ามากระทบเพื่อรักษาสมดุลของชีวิต โดยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะมีความต้องการพื้นฐานในเรื่อง ความมั่นคงปลอดภัยและการได้รับความรักและการยอมรับ เนื่องจากพยาบาลเป็นที่พึ่งของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการยอมรับและมีความรู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัยจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่พอใจ และเกิดความวิตกกังวลได้²⁵ และจากแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของ Hill²⁶ ได้อธิบายว่า ครอบครัวจะเกิดภาวะวิกฤตได้เกิดจากปัจจัย 4 ประการ คือ 1) เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกในครอบครัว (ปัจจัย A) 2) แหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่นำมาช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (ปัจจัย B) 3) การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และประสมการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันกับที่เคยได้รับมาแล้วในอดีต (ปัจจัย C) และ 4) ภาวะวิกฤตของครอบครัว (ปัจจัย X) โดยครอบครัวจะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดภาวะ ของครอบครัว โดยเมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤต จะทำให้ครอบครัวเสียสมดุลทางอารมณ์ และหากไม่สามารถปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลไว้ได้ จะก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ซึ่งในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่จะช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล โดยพบว่า การให้จัดกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย สามารถลดความวิตกกังวลได้

ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต Molter, Leske²⁷ ได้มีการสร้างแบบการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขึ้น โดยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความต้องการในด้านต่าง ๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (assurance and anxiety reduction) 2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (comfort) 3) ความต้องการด้านข้อมูล (information) 4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (support) และ 5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (proximity and accessibility)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งหญิงและชาย ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 44 คน และใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pairs) เข้ากลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ อายุอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน⁷ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว²⁸ เพศ จับคู่ให้เป็นเพศเดียวกัน⁹ และระดับการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน⁹ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่เคยมีประสบการณ์คนในครอบครัวเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน
2. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger, Gorsuch, Lushene, et al.²⁹
4. สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย และเป็นคนเดียวที่ดูแลตลอดการศึกษาในครั้งนี้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยและเครื่องมือที่นำมาใช้ผ่านการเห็นชอบการทำวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2556 ถึง 20 มกราคม 2558 ที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมตอบสนองความต้องการสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (assurance and anxiety reduction)

คือ ได้รับความทราบอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นจริงที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้ โดยการอธิบายด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ให้ความมั่นใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตว่า ผู้ป่วย จะได้รับการพยาบาลดูแลรักษาที่ดีที่สุดอย่างไรบ้าง

1.2 ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (comfort) คือ ให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ แนะนำสถานที่เกี่ยวกับร้านอาหารและร้านค้าร่วมบริการต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ แนะนำจุดบริการโทรศัพท์สาธารณะและห้องน้ำ ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย การมีที่พักหรือเตียงอยู่ใกล้ๆ หอผู้ป่วย มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม และให้ความมั่นใจว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถออกจากหอผู้ป่วยหรือออกจากโรงพยาบาลได้เป็นบางเวลา เพื่อทำธุระส่วนตัว

1.3 ความต้องการด้านข้อมูล (information) คือ ให้ความข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยประจำวัน หรือแนะนำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทราบว่า จะสามารถสอบถามข้อมูลต่างๆ กับบุคลากรคนใดในหอผู้ป่วยได้บ้าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาประจำวันของผู้ป่วยได้รับ พร้อมอธิบายเหตุผลในการรักษา รวมทั้งเปิดโอกาสหรือประสานงานให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อทราบแนวทางการรักษาจากแพทย์

1.4 ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (support) คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ชักถามความรู้สึกและปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เปิดโอกาสให้ระบาย แสดงอารมณ์ความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อนขณะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงแรก และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง ให้คำแนะนำหรือหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล หรือติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การให้บริการทางด้านศาสนาตามความเชื่อหรือความศรัทธาของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อที่ไม่กระทบกับการทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยหรือไม่กระทบการรักษาพยาบาล

1.5 ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (proximity and accessibility) คือ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย การนวดตามร่างกาย การช่วยออกกำลังกาย ได้เข้าเยี่ยมได้ตรงเวลา ได้บ่อยครั้ง หรือปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น มีเก้าอี้ที่นั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม รวมทั้ง การแจ้งแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

2. คู่มือข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (critical care family need inventory:

CCFNI) โดยใช้แบบสอบถามของ Molter, Leske²⁷ จำนวน 44 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (assurance and anxiety reduction) 7 ข้อ ความต้องการด้านความสบาย (comfort) 6 ข้อ ความต้องการด้านข้อมูล (information) 9 ข้อ ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (proximity and accessibility) 9 ข้อ และความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (support) 14 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีความสำคัญ มีความสำคัญเล็กน้อย มีความสำคัญพอควร มีความสำคัญมาก (คะแนน 1-4) โดยคะแนนเฉลี่ยของความต้องการในแต่ละข้อมีความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-4 ถ้าคะแนนเฉลี่ยรวมในด้านใดมาก แสดงว่า ญาติมีความต้องการในด้านนั้นสูง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

2. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ Spielberger²⁹ จำนวน 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ อย่างละ 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ เริ่มจาก ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด (คะแนน 1-4) คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน และคะแนนสูงสุด 80 สามารถแปลผลคะแนนความวิตกกังวล โดยแบ่งความวิตกกังวลออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 20-39 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนน 40-59 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง คะแนน 60-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

โดยแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษแปลจากภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษอีกคนหนึ่งแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับแนวคิด/ทฤษฎี ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องของภาษาไทย-ต่างประเทศ โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในภาวะวิกฤตจำนวน 5 คน พบว่าแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.82 และ 0.95 ตามลำดับ นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินดังกล่าว โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ในกลุ่มตัวอย่าง 15 คน³¹ เท่ากับ 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมตัวเอง โดยการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลเนื้อหาที่ต้องใช้ในการให้ข้อมูล ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และตัวอย่างเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลจากคณะกรรมการพัฒนาระบบการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเมินความต้องการด้วยแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้อง

มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 3 วัน ทำการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินชุดเดิม แล้วจึงให้ข้อมูลเอกสาร/คู่มือที่ได้เตรียมไว้สำหรับกลุ่มทดลองแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มควบคุม และให้การพยาบาลตามโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ประโยชน์ให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองให้มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต และผู้วิจัยแนะนำตัว ประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะถูกคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างต้องมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป ให้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเรียงตามความต้องการที่มากที่สุดก่อนตามระยะเวลาที่กำหนด จากนั้นทำการประเมินซ้ำภายหลังให้โปรแกรมครบ 3 วัน โดยการตอบสนองความต้องการในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจะพบกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมด 3 ครั้ง โดยกิจกรรมในแต่ละวันมีรายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแบบประเมินความวิตกกังวล ให้การตอบสนองความต้องการปัจจุบันที่ได้จากการพูดคุยสอบถาม จากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการเรียงตามลำดับความต้องการที่มากที่สุด 2 ด้าน ที่มีคะแนนสูงสุดที่ได้จากแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยกิจกรรมในวันแรกใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

วันที่ 2 ให้การตอบสนองความต้องการตามความต้องการที่เร่งด่วนที่ได้จากการสอบถามก่อน แล้วจึงให้การพยาบาลตามโปรแกรมที่กำหนด โดยกิจกรรมที่ให้เรียงตามลำดับความสำคัญที่ประเมินได้จากวันแรกอีก 2 ด้าน ที่มีคะแนนรองลงมา ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

วันที่ 3 ให้การตอบสนองความต้องการปัจจุบันที่ได้จากการพูดคุยสอบถาม จากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการด้านสุดท้ายที่เหลืออีก 1 ด้าน แล้วจึงให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทำแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแบบประเมินความวิตกกังวลซ้ำภายหลังเสร็จกิจกรรม หากพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ก็ยังคงให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการจนกว่าผู้ป่วยจะไต่ย้ายออกจากหอผู้ป่วย โดยในวันถัดไปจะให้การตอบสนองตามความต้องการโดยประเมินจากการสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ dependent t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent-t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.73 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 45.13 ปี (SD = 11.98) และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 44.36 ปี (SD = 11.52) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.27 เท่ากับระดับปริญญาตรี รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 18.18 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแบบสามารรยามากที่สุด ทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 45.45 และ 54.55 ตามลำดับ รองลงมา คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 27.27 ในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 22.73 ในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ในกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 90.91 รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 9.09 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.55 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 45.45 ในกลุ่มทดลอง ในกลุ่มควบคุมมีรายได้รองลงมาอยู่ในช่วง 10,001–15,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.18 เท่ากัน และกลุ่มทดลองมีรายได้รองลงมา มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.27 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป				
เพศ				
ชาย	6	27.27	6	27.27
หญิง	16	72.73	16	72.73
อายุ				
18 - 33	3	13.64	4	18.18
34 - 49	10	45.45	12	54.55
50 - 65	9	40.91	6	27.27
อายุเฉลี่ย	M = 45.13, SD = 11.98		M = 44.36, SD = 11.52	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	27.27	6	27.27
มัธยมศึกษา/ปวช.	4	18.18	4	18.18
อนุปริญญา/ปวส.	2	9.10	2	9.10
ปริญญาตรี	6	27.27	6	27.27
ปริญญาโท	4	18.18	4	18.18
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย				
บิดา-มารดา	4	18.18	4	18.18
สามี-ภรรยา	10	45.45	12	54.55
พี่น้อง	2	9.10	1	4.54
บุตร	6	27.27	5	22.73
ศาสนา				
พุทธ	22	100.00	20	90.91
อิสลาม	-	-	2	9.09

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)				
5,001-10,000	2	9.09	3	13.64
10,001-15,000	4	18.18	3	13.64
15,001-20,000	12	54.55	10	45.45
มากกว่า 20,000	4	18.18	6	27.27

ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คะแนนความต้องการการตอบสนองที่มีคะแนนมากที่สุดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คือ ด้านความต้องการความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูล ภายหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองความต้องการการตอบสนองด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูลและความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดซึ่งมีคะแนนเท่ากัน โดยในกลุ่มควบคุม ด้านที่มีคะแนนภายหลังการทดลองมากที่สุด คือ ความต้องการด้านความเชื่อและลดความวิตกกังวล รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูล (ตาราง 2) จากตาราง 3 และ 4 พบว่า

1. ภายหลังการทดลอง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ภายหลังการทดลอง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการความตอบสนองจำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$)

	คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้าน				
	ด้าน A	ด้าน C	ด้าน I	ด้าน P	ด้าน S
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	3.84	2.91	3.62	3.21	3.17
หลังการทดลอง	3.69	2.82	3.40	3.17	2.94
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	3.86	3.02	3.41	3.33	3.05
หลังการทดลอง	3.58	2.47	3.00	3.00	2.57

ด้าน A = Assurance and anxiety reduction, ด้าน C = Comfort, ด้าน I = Information,
ด้าน P = Proximity and accessibility และ ด้าน S = Support

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤตในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t-test
($n_1 = n_2 = 22$)

คะแนนความวิตกกังวล	M	SD	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง	52.18	0.96	1.41	21	0.173
หลังการทดลอง	48.36	9.86			
กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง	50.32	9.40	3.93	21	0.001
หลังการทดลอง	39.90	8.74			

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent
t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

คะแนนรวมความต้องการ	M	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	16.77	2.12	-0.85	42.00	0.40
กลุ่มทดลอง	17.27	1.76			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	16.00	2.22	2.06	32.64	0.05
กลุ่มทดลอง	14.89	1.22			

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับ
โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการ
ของครอบครัวผู้ป่วย ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัว
ผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และคะแนนความวิตกกังวล
ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น มีความสอดคล้อง
กับแนวคิดความต้องการด้านพื้นฐานของ Maslow²⁴ ที่กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการตามธรรมชาติที่ต้องการการ
ตอบสนองเพื่อความผาสุกในการดำรงชีวิต และแนวคิดภาวะวิกฤตของครอบครัวของ Hill²⁶ กล่าวคือ เมื่อบุคคล
ในครอบครัวเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับผลกระทบทั้งทาง
ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลให้มีการเสียสมดุลของครอบครัวและเสียสมดุลทางอารมณ์ หากสมาชิกครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถปรับสมดุลได้ ก็จะก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น³¹ ครอบครัวจึงมีความต้องการ
การสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถรักษาสมดุลของครอบครัวได้¹ โดย
พยาบาลเป็นผู้ที่สามารถให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้มากที่สุดถึง ร้อยละ 63.15³²

โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยประกอบไปด้วยกิจกรรมในด้านต่างๆ ตาม
กรอบแนวคิด ดังนี้ คือ

ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (assurance and anxiety reduction) เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการการตอบสนองมากที่สุดเป็นอันดับแรก โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวของผู้วิจัยและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลในหอผู้ป่วย และให้ความเชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การให้ข้อมูลที่เป็นจริงด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เป็นการให้กิจกรรมเชิงรุก กล่าวคือ เป็นการจัดกิจกรรมภายใน 24 ชั่วโมง ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการเริ่มให้การดูแลโดยที่ไม่ต้องรอให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยร้องขอ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Sauls, Warise⁶ ที่ได้รวบรวมแนวทางการดูแลไว้ คือ การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ โดยเริ่มโปรแกรมภายใน 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังเป็นการให้การดูแลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในช่วง 48 - 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเนื้อหาของ การสื่อสารต้องเป็นข้อมูลที่มีความชัดเจน เพียงพอ สม่ำเสมอ รวมทั้ง การเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านข้อมูล (information) และด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (support) ซึ่งเป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการในการตอบสนองรองลงมา โดยกิจกรรมที่ให้การตอบสนองในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่สามารถให้ข้อมูล หรือให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในเรื่องต่างๆ รวมไปถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ระเบียบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การได้พูดคุยสอบถามปัญหา ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมถึง การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ระบาย แสดงอารมณ์ความรู้สึก เช่น การพูดคุย การร้องไห้ พูดคุยถึงความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมได้ถูกต้อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่ตกใจหรือหวาดกลัวกับเสียงเตือนของอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้ง ได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่อาจเกิดขึ้นได้ ช่วยให้เกิดความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wanghengyarit¹⁹ ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Panyasai¹⁷ ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ จะมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tel, Tel³³ ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) พบว่า การให้การสนับสนุนด้านความรู้โดยการให้ข้อมูลแบบรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (proximity and accessibility) โดยการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้า การนวดตามร่างกาย การช่วยออกกำลังกาย การได้เข้าเยี่ยมได้ตรงเวลา เข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้ง รวมไปถึง สามารถยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลความลดลง มีส่วนช่วยในการให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา ส่งผล

ให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นหรือมีความสุขสบายขึ้น ย่อมทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wattanakun¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความสะดวกสบาย (comfort) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองโดยการให้ข้อมูลแนะนำสถานที่บริการทั้งทางด้านอุปโภคและบริโภค เช่น ตู้โทรศัพท์สาธารณะ สถานที่ในการนั่งรอหรือนั่งพักผ่อนระหว่างรอเยี่ยมที่อยู่ใกล้กับหอผู้ป่วย ร้านอาหารและร้านค้าร่วมบริการของเอกชน รวมถึง ตลาดนัดประจำสัปดาห์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ มีสถานที่สำหรับพักผ่อนหย่อนใจ คลายความตึงเครียด ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลงได้ตามทฤษฎีความต้องการการตอบสนองพื้นฐานของ Maslow²⁴ แม้ว่าจะเป็นด้านที่มีความต้องการการตอบสนองต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hashim, Hussin³⁴ ที่ทำการศึกษาลำดับความสำคัญของความต้องการการตอบสนองที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และบุคคลากรที่มสุขภาพที่สามารถให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้มากที่สุด ที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การตอบสนองความต้องการได้มากที่สุด

โดยการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องการศึกษาในต่างประเทศของ Chien et al.²² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (CCFNI) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับการดูแลตามประสบการณ์ของพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างกันในพยาบาลแต่ละคน ทำให้ข้อมูลที่ให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่ครอบคลุมความต้องการทั้งหมด อีกทั้งเป็นการให้ข้อมูลในคราวเดียว รวมทั้งการให้การดูแลตอบสนองความต้องการเป็นตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งไม่ได้มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อน ซึ่งการให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อน ทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตรงกับความต้องการในขณะนั้น เนื่องจากการให้ความสำคัญในแต่ละด้านของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและพยาบาลไม่ตรงกัน^{3,32} ดังนั้น หากพยาบาลให้การตอบสนองที่ไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในขณะนั้น อาจไม่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

การให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยเริ่มภายใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยภาวะวิกฤต เนื่องจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรก¹⁰ ร่วมกับการใช้แนวทางในการให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต⁶ พร้อมคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 5 ด้าน ดังนั้น การจัดโปรแกรมให้การตอบสนองในคราวเดียว อาจทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูล หรือเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้ไม่เต็มที่ อาจยังทำให้เกิดความสับสน ไม่

สามารถตัดสินใจหรือจัดการในเรื่องต่างๆ ได้ อาจส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่ลดลง และอาจมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวจึงจัดแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 วัน²² โดยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ประยุกต์ขึ้นมีการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล เนื่องจากบุคคลย่อมมีความต้องการที่แตกต่างกัน และกิจกรรมที่ให้เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะให้โดยเรียงตามลำดับความต้องการการตอบสนองในด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูงที่สุดไปหาความต้องการการตอบสนองด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติที่พยาบาลไม่ได้มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนและการให้การดูแลเป็นการให้ตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ซึ่งทำให้การตอบสนองแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวไปปรับใช้หรือพัฒนาแบบสอบถามให้มีความกระชับมากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาในการประเมินความต้องการ และเพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยภาวะวิกฤตมาก่อน เพื่อให้การตอบสนองความต้องการได้ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในขณะนั้น ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวลให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้อยู่ในระดับต่ำ
2. อบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับความสำคัญการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแนวทางการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีมาตรฐานในการดูแลที่เท่าเทียมกัน
3. จัดทำสื่อที่สามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย มีรูปภาพประกอบ หรือเป็นสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีวิกฤตได้ศึกษาระหว่างรอเยี่ยม เพื่อลดระยะเวลาในการให้การตอบสนองความต้องการในบางด้านที่สามารถใช้สื่อหรือเทคโนโลยีช่วยเหลือได้

เอกสารอ้างอิง

1. Limumnoi S, Thamnon C. Critical care nursing. 5 th ed. Khon Kaen: Klangnavittaya Press; 2008. Thai.
2. Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: A follow-up. Heart Lung. 1986; 15(2): 189-93.
3. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. Heart Lung. 2007; 36(5): 367-76. doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.02.005.
4. Kusoom W. Critical care nursing. 2 nd ed. Bangkok: Sahaprachapanich Press; 2003. Thai.
5. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, et al. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. Intensive Crit Care Nurs. 2010; 26(2): 114-22. doi: 10.1016/j.iccn.2009.12.006.

6. Sauls JL, Warise LF. Interventions for anxiety in the critically ill: A guide for nurses and families. *Nurs Clin North Am.* 2010; 45(4): 555-67. doi: 10.1016/j.cnur.2010.06.006.
7. Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005; 20(1): 90-6.
8. Young E, Eddleston J, Ingleby S, et al. Returning home after intensive care: A comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. *Intensive Care Med* 2005; 31(1): 86-91. doi: 10.1007/s00134-004-2495-y.
9. Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, et al. Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: Implications for social work. *Soc Work Health Care.* 2002; 35(4): 21-40. doi: 10.1300/J010v35n04_02.
10. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care.* 2009;18(3):200-9. doi: 10.4037/ajcc2009252.
11. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurse.* 2002; 22(6): 61-5.
12. Pang PSK, Suen LKP. Stressors in the intensive care unit: Comparing the perceptions of Chinese patients and their family. *Stress Health.* 2009; 25(2): 151-59. doi: 10.1002/smi.1232.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, et al. *Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y).* New York: Consulting Psychologists; 1983.
14. Wattanakun S. The effect of preparatory information and visitation facilitation program on anxiety among family members of patients in a critical care unit [Thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2004. 146 p. Thai.
15. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res.* 2006; 61(5): 719-22. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.05.013.
16. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 165(4): 438-42. doi: 10.1164/ajrccm.165.4.200108-006oc.
17. Panyasai K. Effects of information and emotional support on anxiety and satisfaction among family members of patients in general intensive care unit, Lampang Hospital [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2010. 82 p. Thai.
18. Thanprasitt T. The effect of giving intraoperative information on anxiety of family caregivers of emergency surgical patients [Thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2005. 114 p. Thai.
19. Wanghengyart K. Effect of informational and emotional support on anxiety among relatives of patients with accident [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2006. 123 p. Thai

20. Saivaree J, Chuchat W. Effect of an information program on the anxiety level of mothers of children undergoing open heart surgery. *Songkla Med J.* 2007; 25(3): 179-84. Thai.
21. Chantrajessada S. Effects of a comprehensive informational management model for family members of stroke patients on family members' anxiety and nurses' satisfaction with the management model in intensive care unit [master's minor thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2005. 173 p. Thai.
22. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, et al. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2006; 43(1): 39-50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.01.006.
23. Spielberger CD, Sydeman SJ. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. In Maruish ME, (Ed.). *State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory.* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
24. Maslow AH. *Motivation and personality.* 2 ed. New York: Harper & Row Publishers, Inc.; 1970.
25. Boonbarwornrattanakul A. Anxiety, needs and receipt of needs' response of critically ill families [master's minor thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 1995. 72 p. Thai.
26. Hill R. *Families under stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion.* New York: Harper & Brother; 1949.
27. Molter NC, Leske JS. *Critical care family needs inventory.* Unpublished manuscript; 1983. (Available from Authors)
28. Shri R. Anxiety: Causes and management. *IJBS.* 2010; 5(1): 100-18.
29. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, et al. (Eds.). *State-trait anxiety inventory for adults: Instrument and scoring key* [Internet]. Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc; 2014 [cited 2014 Oct 5]. Available from: www.mindgarden.com
30. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* 6 ed. St. Louis, Missouri: Saunders; 2009.
31. Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping.* New York: Spinger Publishing; 1984.
32. Kitirattagarn U. The study on needs of family members of critically ill patients with acute brain injury [master's minor thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 1998. 120 p. Thai.
33. Tel H, Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart Lung.* 2006; 35(2): 101-07. doi: 10.1016/j.hrtlng.2005.09.001.
34. Hashim F, Hussin R. Family needs of patient admitted to intensive care unit in a public hospital. *Procedia Soc Behav Sci.* 2012; 36: 103-11. doi:10.1016/j.sbspro. 2012.03.012.

The effect of meeting family-needs program on anxiety of family members of critically ill patients*

Itsari Srisupha-olarn** Noraluk Ua-Kit***

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of meeting of family needs program on anxiety. Subjects were a first degree relative (parents or child, spouse) or any other significant person of critically ill patients admitted in intensive care units (ICUs) at Thammasat University Hospital. The subjects were assigned into the control group (n = 22) and the experimental group (n = 22) equally. The two groups were matched in terms of gender, age, and level of education. The control group received the routine nursing care, while the experimental group received the routine nursing care and the meeting family needs program. The program lasted of 3 days and includes detailed coverage of 5 need dimensions. All activities in the program were developed for meeting family needs. The instruments used for collecting data included the Critical Care Needs Inventory and the State-Anxiety Inventory. Testing reliability used Cronbach's alpha coefficient and yield the result of 0.93 for the Critical Care Needs Inventory and 0.95 for the State-Anxiety Inventory. The data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The result indicated that, after the intervention has completed, the level of anxiety of experimental group was significantly less than before receiving the program at the level of 0.05. Similarly, the level of anxiety of the experimental group after receiving the program was outstandingly less than the control group at the level of 0.05.

Suggestion, the meeting family needs program may be adopted or developed the assessment to reduce time of evaluation in order that the family needs will be responded as soon as possible and precisely.

Keywords: family members, anxiety, family needs of critically ill patients

* This study was supported by the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Registered Nurse, MICU Thammasat University Hospital Khlongnueng Khlongluang Pathumthani, Thailand.
corresponding author: itsari_pn@yahoo.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University Bangkok, Thailand.