

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคปอดที่ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจน*

Effect of Structured Information on Anxiety Among Family Caregivers of Patients with Respiratory Disease Using Oxygen Delivery Devices*

ขวัญเรือน วงษ์มณี** วรพรรณ ศิริชนะ***

Khwanruean Wongmanee** Worawan Sirichana***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่ได้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึง เมษายน พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 66 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดของลีเวนทาลและจอห์นสัน ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจน การให้ความรู้โดยใช้สื่อมัลติมีเดีย การสาธิต การฝึก มีแผนพับให้เพื่อทบทวนความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลฉบับภาษาไทย Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U-test

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่ได้รับข้อมูลการใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนในกลุ่มทดลองหลังการได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูล

Received: December 27, 2019 Revised: February 25, 2020 Accepted: May 14, 2020

* ได้รับเงินทุนสนับสนุนจากทุนวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

** Corresponding Author, ผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล 7ว หน่วยโรคระบบหายใจและภาวะวิกฤต ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย E-mail: khwan.nurse@gmail.com

*** อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** Medicine Instructor, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการได้รับข้อมูลตามปกติ คะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับข้อมูลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังดีกว่าการได้รับข้อมูลตามปกติ ดังนั้น หอผู้ป่วยอายุรกรรมควรนำรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเพื่อเตรียมตัวให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่ได้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนไปใช้ เพื่อลดความวิตกกังวลและสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ด้วยความมั่นใจ

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล อุปกรณ์บำบัดออกซิเจน ความวิตกกังวล

Abstract

This Quasi Experiment design aimed to examine the effect of structured information on anxiety among family caregivers of patients with respiratory disease using oxygen delivery devices. The subjects were 66 family caregivers for patients in the medicine general ward of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Eligible subjects were selected by purposive sampling and separated into two groups; 33 subjects (control group) received usual nursing care, while the other 33 subjects, comprising the experimental group, received structured information based on concepts developed by Leventhal and Johnson. The structured information covered essential information related to caring for patients with chronic respiratory disease, including assessment of caregivers' readiness, education using multimedia communications, educational handouts, and demonstration-based training. The caregivers' anxiety was assessed before and after exposure to the structured information by Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). Data were analyzed by descriptive statistics, Wilcoxon Signed Ranks test, and Mann-Whitney U-test.

The results showed that the post-care HADS scores in the experimental group were significantly lower than the pre-care HADS scores, ($p < .001$). Furthermore, the post-care HADS scores in the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p < .001$).

To conclude, structured information for family caregivers who take care of chronic respiratory disease patients requiring home oxygen therapy should be implemented before hospital discharge since it is likely to help in reducing symptoms of anxiety and making the caregivers feel more confident about caring for patients at home without fear of complications.

Keywords: family caregivers, oxygen delivery devices, anxiety

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันคนไทยมีปัญหาสุขภาพเรื่องการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพและสังคมไทยเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุเหล่านี้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเนื่องจากความเสี่ยงตามวัย โรคเรื้อรังมีอยู่หลายชนิดในแต่ละระบบของร่างกายเช่นเดียวกับระบบทางเดินหายใจ มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2020 โรคนี้จะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ลำดับที่ 3¹ สำหรับสถิติในประเทศไทยพบว่าโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ระหว่าง พ.ศ. 2555-2558 และพบว่าแนวโน้มสูงขึ้น จาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร² เป็นปัญหาที่สำคัญของคนไทย อาการของโรคเกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นของหลอดลม บางครั้งอาการรุนแรงจนมีภาวะหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องเข้ามารับการรักษาโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานและมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ดังสถิติผู้ป่วยในที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2559 มีจำนวน 13,008 ราย ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการรักษาจนอาการคงที่แต่ไม่สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้จนต้องทำการเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก มี 19 รายคิดเป็นร้อยละ 0.15 โดยมีอัตราครองเตียง 43.06 วันนอน/ปี นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ใช้

เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก ผ่านทางหน้ากากมี 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.72 ซึ่งมีอัตราครองเตียง 21.08 วันนอน/ปี ปี 2560 มีจำนวน 14,243 ราย ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการรักษาจนอาการคงที่แต่ไม่สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้จนต้องทำการเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.24 มีอัตราครองเตียง 35.48 วันนอน/ปี นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก ผ่านทางหน้ากาก มียอดทั้งหมด 137 รายคิดเป็นร้อยละ 0.96 มีอัตราครองเตียง 19.04 วันนอน/ปี ซึ่งมีแนวโน้มยอดผู้ป่วยสูงขึ้น³ ผู้ป่วยเหล่านี้สมควรจะได้รับการจำหน่าย กลับไปบำบัดรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อลดอัตราการครองเตียง (length of stay) แต่มีญาติผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ที่ปฏิเสธการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน เพราะขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การขาดการเตรียมความพร้อมซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการที่ญาติผู้ดูแล ต้องการข้อมูลต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะสามารถจัดการช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแล สามารถปรับตัวผ่านสภาวะใหม่ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ประกอบไปด้วยการประเมินความพร้อม (assessment of readiness) การเตรียมความพร้อมเพื่อรับกับการเปลี่ยนสู่สภาวะใหม่ (preparation for transitional) การใช้บทบาทเสริม (role supplementation)⁴ ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ญาติผู้ดูแลเพื่อเตรียมตัวดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

บุคคลในครอบครัวจึงต้องรับบทบาท “ญาติผู้ดูแล (caregiver)” เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบมาก

ที่สุดเพราะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง อาจกล่าวได้ว่า ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านแทน⁵ และยังพบว่าผลกระทบต่อนญาติผู้ป่วยที่สำคัญมีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล กลัว โกรธ ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ความเครียด เศร้าโศก ซึมเศร้า ทุกข์ใจ เมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการดีขึ้นได้⁶

นอกจากนี้มีการศึกษาผลกระทบของญาติในการดูแลผู้ป่วยในเชิงบวกที่เกิดขึ้นด้วย เช่น ได้ศึกษาเครื่องมือที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการดีขึ้น ได้อยู่บ้าน พบปะลูกหลาน และสามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้และภูมิใจที่สามารถจัดการกับความทุกข์ได้⁷ ถ้าญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการลดการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเรื้อรังได้ เป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁸

จากการศึกษาที่ผ่านมา การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (preparation) ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (self-regulation Theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน⁹ กล่าวคือในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย โดยการให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงแก่บุคคลก่อนที่จะเผชิญกับ

สถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น และยังเป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติการ (practice theory) ซึ่งพยาบาลสามารถใช้ทฤษฎีนี้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับวิธีการดูแลนั้นได้¹⁰ ถือเป็นวิธีการช่วยลดความวิตกกังวลวิธีหนึ่งที่สำคัญ มีงานวิจัยต่าง ๆ ที่สนับสนุนความต้องการข้อมูลของญาติ เช่น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูล การสื่อสารสนับสนุน และเข้าถึงพยาบาล ขอให้เป็นพยาบาลคนเดิม และอยากได้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ¹¹ สะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง พยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้มากที่สุด⁸

การให้ความรู้ คำแนะนำ การให้ข้อมูลต่าง ๆ เป็นบทบาทการจัดการการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญของพยาบาล¹² การให้คำปรึกษาให้ข้อมูล ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความวิตกกังวลได้ ช่วยให้ผู้ดูแลค้นพบ รู้จักเข้าใจ ยอมรับและพัฒนาตนเอง การให้คำปรึกษามีทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งการเลือกใช้ให้คำปรึกษาแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับสภาพการณ์และปัญหาของผู้รับบริการ¹³ การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การช่วยวางแผน แก้ปัญหา การติดตามผล การสนับสนุนการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจเมื่อสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวล

ลดลง มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับและลดภาวะแทรกซ้อนและลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลได้¹⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความวิตกกังวล โดยนำแนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน⁹ โดยการมาประยุกต์ใช้ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและเฉพาะเจาะจงแก่บุคคลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือตึงเครียด ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล แนะนำตนเอง ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม เปิดโอกาสให้ซักถามให้กำลังใจ สอดแทรก ความคิดเชิงบวก ทำให้มองโลกในแง่ดี ตระหนักถึงความจำเป็น โดยคาดหวังว่า เมื่อญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการเตรียมความพร้อม การเรียนรู้ ฝึกทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดที่ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจน ระดับความวิตกกังวลจะลดลง นำไปสู่ความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน⁹ โดยมีแนวคิดคือญาติผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (an active problem solver) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทการจัดการการสนับสนุนการกำกับตนเอง (self-management support) ของญาติผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความถูกต้องในรูปแบบต่าง ๆ ตามความจำเป็นของญาติผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และเกิดความมั่นใจ ที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนที่บ้านได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคปอดที่ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคปอดที่ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ญาติผู้ป่วยโรคปอดที่ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูล
2. ญาติผู้ป่วยโรคปอดที่ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าญาติผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่ได้ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่าง

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ คือ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นหญิงหรือชายโดยเป็นผู้ที่รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลัก และหรือทราบภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ของทาร์เยมานา¹⁵ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5% ขนาดประชากรมีจำนวน 65 คน ดังนี้ $n = N / 1 + Ne^2$ (n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง N = ขนาดประชากร e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเป็น .05) คำนวณ ได้ $n = 65 / 1 + (65 \times .05^2) = 56$ คน เพิ่มค่าความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับอุปกรณ์บำบัดออกซิเจนชนิดต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนามาจากแนวคิดของลิเวนทาลและจอห์นสัน⁹ เกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้ที่มีแบบแผน โดยการบรรยายใช้ภาพสื่อทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่

เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก เครื่องผลิตออกซิเจน แทงค์ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เวชภัณฑ์ที่ต้องเตรียม ภาวะของโรคปอดเรื้อรัง และอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล การช่วยชีวิตเบื้องต้นสำหรับญาติ ใช้เวลา 20 นาที ให้กับญาติเป็นรายบุคคล และเลือกสอนอุปกรณ์บำบัดออกซิเจนแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ตามความเหมาะสมจากการประเมินมาเบื้องต้น ร่วมกับการสาธิตการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ออกซิเจนบำบัดต่าง ๆ ละทดลองปฏิบัติให้ผ่านการทดสอบตามเกณฑ์ ทั้งหมด 4 รอบ ใช้เวลา 30 นาที ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถของญาติ ตามความเหมาะสมกับญาติของผู้ป่วยแต่ละคน โดยการให้กำลังใจจนญาติมีความมั่นใจและสนองตอบการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเพียงพอและมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลต่อเองที่บ้านได้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาประมาณ 60 นาที ที่หน่วยโรคระบบหายใจและภาวะวิกฤต อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 10 โซน A

1.2 คู่มือประกอบการบรรยายสำหรับญาติผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ออกซิเจนบำบัดต่าง ๆ ที่ต้องใช้เช่น เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก เครื่องผลิตออกซิเจน แทงค์ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ขวดทำความชื้น การทำแผลหลอดคอ เวชภัณฑ์ที่ต้องเตรียมก่อนกลับบ้าน อาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล แหล่งเดิมออกซิเจน

1.3 แบบบันทึก (check list) อุปกรณ์บำบัดด้วยออกซิเจนที่ต้องเตรียมไว้ที่บ้าน จำนวน 1 ฉบับ มี 12 ข้อ ลักษณะการตรวจสอบคือ มี/ไม่มี เพื่อดูความพร้อมของญาติผู้ดูแลได้เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนกลับบ้านครบถ้วนหรือไม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ภูมิลำเนา

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมโรคปอดในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการเตรียมตัวกลับบ้านและใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนระยะยาว ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวล Thai Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹⁶ จำนวน 7 ข้อ มาใช้เฉพาะข้อที่วัดความวิตกกังวลเท่านั้น การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน มีพิสัยคะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน 3 ระดับ ดังนี้ 0-7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล 8-10 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลแต่ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช 11-21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช การคิดคะแนนและแปลผลในการศึกษาครั้งนี้ถือคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปมีภาวะวิตกกังวล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยลองนำไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข IRB. No. 013/61 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจง ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ระบุชื่อหรือรหัสใด ๆ ของทางโรงพยาบาลและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จ จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม

เมื่อได้รับการขอคำปรึกษาการเตรียมตัวกลับบ้าน (ใบขอรับคำปรึกษา Happy home respiratory care) และผ่านการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถกลับบ้านได้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินญาติผู้ดูแล แจ้งขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสอบถามความสมัครใจยินดีเข้าร่วมโครงการ พร้อมกับการตอบแบบสอบถาม (pre-test) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนต่าง ๆ ใช้เวลา 15-20 นาที จากนั้นทำการนัดญาติมาให้ความรู้ภายใน 3-5 วัน หลังจากผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยและญาติแล้ว จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนชนิดต่าง ๆ กับญาติผู้ป่วยตามปกติที่ข้างเตียงผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

รวบรวมข้อมูล (post-test) เกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์บำบัดออกซิเจนต่าง ๆ อีกครั้ง และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนเมื่ออยู่บ้าน และจะได้การให้ความรู้ที่มีแบบแผน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง

เมื่อได้รับการขอคำปรึกษาการเตรียมตัวกลับบ้าน (ในขอรับคำปรึกษา Happy home respiratory care) และผ่านการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถกลับบ้านได้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินเป็นรายบุคคล ประกอบไปด้วย การสร้างสัมพันธภาพ แจกขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสอบถามความสนใจยินดีเข้าร่วมโครงการ พร้อมกับการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pre-test) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนต่าง ๆ ใช้เวลา 15-20 นาที จากนั้นนัดญาติมาให้ข้อมูลเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับโรค อาการเปลี่ยนแปลง แนวทางการรักษาพยาบาล ความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนต่าง ๆ เมื่อกลับบ้านเวชภัณฑ์ที่ต้องเตรียม ที่ห้องให้คำปรึกษา หน่วยโรคระบบหายใจและภาวะวิกฤติทางกายใจภายใน 3-5 วัน หลังจากวันไปประเมิน

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 การให้ความรู้ที่มีแบบแผน โดยการบรรยายใช้ภาพสื่อทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก เครื่องผลิตออกซิเจน แทงค์ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เวชภัณฑ์ที่ต้องเตรียม ภาวะของโรคปอดเรื้อรัง

และอาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล การช่วยชีวิตเบื้องต้นสำหรับญาติ ใช้เวลา 20 นาที ให้กับญาติเป็นรายบุคคล และเลือกสอนอุปกรณ์บำบัดออกซิเจนแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ตามความเหมาะสมจากการประเมินมาเบื้องต้น ร่วมกับการสาธิตการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ออกซิเจนบำบัดต่าง ๆ และทดลองปฏิบัติให้ผ่านการทดสอบตามเกณฑ์ ทั้งหมด 4 รอบ ใช้เวลา 30 นาที ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถของญาติ ตามความเหมาะสมกับญาติของผู้ป่วยแต่ละคน โดยการให้กำลังใจจนญาติมีความมั่นใจและสนองตอบการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพียงพอและมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลต่อเองที่บ้านได้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาประมาณ 60 นาที ที่หน่วยโรคระบบหายใจและภาวะวิกฤติ อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์

- 2.2 ใช้คู่มือประกอบการบรรยาย สำหรับญาติผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ออกซิเจนบำบัดต่าง ๆ ที่ต้องใช้เช่น เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันบวก เครื่องผลิตออกซิเจน แทงค์ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ขวดทำความชื้น การทำแผลหลอดคอ เวชภัณฑ์ที่ต้องเตรียมก่อนกลับบ้าน อาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล แหล่งเดิมออกซิเจน

- 2.3 ใช้แบบบันทึก (Check list) อุปกรณ์บำบัดด้วยออกซิเจน ที่ต้องเตรียมไว้ที่บ้าน จำนวน 1 ฉบับ มี 12 ข้อ ลักษณะการตรวจสอบคือ มี/ไม่มี เพื่อดูความพร้อมของญาติผู้ดูแลได้เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนกลับบ้านครบถ้วนหรือไม่

3. ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ไปดูความพร้อมก่อนกลับบ้าน และรวบรวมข้อมูล (Post-test) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์บำบัด

ออกซิเจนต่าง ๆ และมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้
อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนเมื่ออยู่บ้านใช้เวลา 15-20
นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ วิธีแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ
(percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน (standard Deviation) และทดสอบ
ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ
ไคส์แควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบ
คะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับ
ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test
ภายในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และความแตกต่าง
ของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคปอดเรื้อรังที่ได้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจน ในหอ
ผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งหมด
มีจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
ทดลองกลุ่มละ 33 คน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะ
ประชากรทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square ได้แก่
เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาไม่พบความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังนี้
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่ได้อุปกรณ์บำบัด
ออกซิเจน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น
ร้อยละ 66.67 และ 69.70 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย

50.73 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.57 กลุ่ม
ควบคุมมีอายุเฉลี่ย 48.30 ปี ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 14.90 กลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส
เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.55 และกลุ่ม
ควบคุมมีสถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่คิดเป็น
ร้อยละ 36.36 การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี
คิดเป็นร้อยละ 54.55 และ 42.42 ตามลำดับตาม
ตารางที่ 1

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อน
และหลังการได้รับข้อมูลตามปกติในกลุ่มควบคุม
และได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ในกลุ่มทดลอง
โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test
พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล
ก่อนและหลังการได้รับข้อมูลตามปกติคือ
($\bar{x} = 9.82$, $SD = 2.99$) และ ($\bar{x} = 10.26$, $SD =$
 1.40) ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($z = -2.057$, $p =$
.04) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล
ก่อนและหลังการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนคือ
($\bar{x} = 8.91$, $SD = 2.54$) และ ($\bar{x} = 7.27$, $SD =$
 1.35) ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001 ($z = -3.398$, $p = .001$)
ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่ได้อุปกรณ์บำบัด
ออกซิเจนหลังการได้รับข้อมูลของกลุ่มควบคุมและ
กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test
เนื่องจากคะแนน posttest มีการกระจายตัวไม่
เป็นโค้งปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล
หลังการได้รับข้อมูลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
($\bar{x} = 7.27$, $SD = 1.35$) และ ($\bar{x} = 10.26$, $SD = 1.40$)
ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
($z = -5.612$, $p = .001$) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 66)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		รวม (n = 66)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							0.792
ชาย	11	33.33	10	30.30	21	31.82	
หญิง	22	66.67	23	69.70	45	68.18	
รวม	33	100	33	100	66	100	
อายุ(ปี)							0.521
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	50.73±15.57		48.30±14.90				
สถานภาพ							0.662
โสด	12	36.36	16	48.49	28	42.42	
สมรส	18	54.55	12	36.36	30	45.45	
หย่าร้าง	1	3.03	2	6.06	3	4.55	
หม้าย	1	3.03	2	6.06	3	4.55	
แยกกันอยู่	1	3.03	1	3.03	2	3.03	
รวม	33	100	33	100	66	100	
การศึกษา							0.652
ต่ำกว่า ป.ตรี	18	54.55	14	42.42	32	48.48	
ป.ตรี	12	36.36	14	42.42	26	39.40	
สูงกว่า ป.ตรี	3	9.09	5	15.16	8	12.12	
รวม	33	100	33	100	66	100	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับข้อมูลตามปกติในกลุ่มควบคุมและ
การได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ความวิตกกังวล	คะแนนความวิตกกังวล				Z	p-value
	Min	Max	Mean	SD		
กลุ่มควบคุม (n = 33)						
ก่อนได้รับข้อมูล	5	18	9.82	2.99	-2.057	.04
หลังได้รับข้อมูล	6	12	10.26	1.40		
กลุ่มทดลอง (n = 33)						
ก่อนได้รับข้อมูล	4	4	8.91	2.54	-3.398	.001
หลังได้รับข้อมูล	20	10	7.27	1.35		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-Test

ความวิตกกังวล หลังการได้รับข้อมูล	คะแนนความวิตกกังวล				Z	p-value
	Min	Max	Mean	SD		
กลุ่มควบคุม (n = 33)	6	12	10.26	1.40	-5.612	.001
กลุ่มทดลอง (n = 33)	20	10	7.27	1.35		

การอภิปราย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1 และข้อ 2 สามารถอธิบายตามทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของลีเวนทาล และจอห์นสัน⁹ ตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวล ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล กล่าวคือเมื่อบุคคลเผชิญในสถานการณ์ที่คุกคามหรือตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย บุคคลจะมีการกำกับตนเอง และมีกระบวนการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยโดยไม่มีการหยุดนิ่ง โดยบุคคลจะมีการตอบสนองหรือพฤติกรรม กำกับตนเองต่อการเจ็บป่วยอย่างไรรันขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะเจ็บ

ป่วย (illness representation) แบ่งได้ 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านความคิด (cognitive illness representation) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (emotional illness representation) ซึ่งการรับรู้ทั้ง 2 ด้านมีผลมาจากสิ่งกระตุ้นภายใน เช่นอายุ เพศ สภาพทางเศรษฐกิจ และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น บุคคลรอบข้าง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรทางสุขภาพ โดยบุคคลจะนำบุคคลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ตนเองมีอยู่มาประมวลและรับรู้ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากนั้น จะเกิดพฤติกรรมหรือวิธีการกำกับการดูแลตนเอง ที่ได้เลือกกระทำ ถ้าได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมาย บุคคลก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ดังนั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูลแสดงว่าเมื่อให้กลุ่มญาติทดลองมารับฟังการให้ข้อมูลโดยใช้ภาพ สื่อทางคอมพิวเตอร์ที่มีข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับ อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนต่าง ๆ ที่ต้องใช้ เมื่อกลับบ้าน เพราะข้อมูลอย่างมีแบบแผนและเฉพาะเจาะจง คือการดำเนินการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล มีการจัดเรียงเนื้อหาที่แน่นอนและครอบคลุมซึ่งมีความจำเป็นและความสำคัญที่ต้องใช้ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ โดยมีสถานที่ให้ข้อมูลเป็นสัดส่วน ซึ่งไม่มีเสียงรบกวน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีสมาธิในการรับข้อมูล มีสื่อที่ให้องค์กรเห็นภาพเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ วิธีการใช้ การดูแลรักษา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ต้องเตรียม อาการสำคัญที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล รวมถึงการช่วยชีวิตเบื้องต้น สำหรับญาติ และมีการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ ออกซิเจนบำบัดต่าง ๆ โดยผ่านการประเมินจนทำได้ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถของญาติ ตามความเหมาะสม

กับญาติของผู้ป่วยแต่ละคน มีการให้กำลังใจจนญาติมีความมั่นใจและสนองตอบการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเพียงพอ ปราศจากความสงสัยและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ มีความมั่นใจที่จะให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้¹³ เป็นผลให้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อญาติผู้ดูแลที่มารับบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอุปกรณ์บำบัดออกซิเจน ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้เป็นอย่างดี¹⁷ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลกร ทองศรี¹⁸ ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้การให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน ได้แก่ เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การเผชิญความจริงและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีคะแนนเผชิญความวิตกกังวลหลังให้คำปรึกษาลดลง และสอดคล้องกับจริยา สายวารี¹⁹ ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ จันทร์กุล²⁰ ที่ศึกษาผลของการสอนผู้ป่วยต่อการผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล ที่พบว่าหลังการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร ปัญญาใส²¹ ที่ศึกษาผลของสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไปพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุน

ด้านข้อมูลและอารมณ์จะมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในแนวทางเดียวกันกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ เป็นผลมาจากการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล มีกระบวนการขั้นตอนการเตรียมการอย่างดี มีเนื้อหาแผนการสอนเกี่ยวกับอุปกรณ์บำบัดออกซิเจนชนิดต่าง ๆ เน้นครอบครัวกลุ่มที่ญาติผู้ดูแลต้องการทราบ และสื่อมัลติมีเดีย การสาธิต การฝึก มีแผนพับให้เพื่อทบทวนความรู้และศึกษาได้ด้วยตนเองในการเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน มีสถานที่ให้ข้อมูลเป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวน ทำให้ญาติผู้ป่วยมีสมาธิในการรับข้อมูลมีคู่มือแจก เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการเรียนรู้ มีการทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญผ่านการประเมินว่าสามารถทำได้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล การแสดงท่าทีเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของญาติที่แสดงออกมาให้กำลังใจปลอบใจ การสัมผัสตามความเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการควบคุมตนเอง (self-regulation theory) ของลีเวนทาลและจอห์นสัน⁹ ที่อธิบายไว้ว่าในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือเหตุการณ์ที่ตึงเครียด โดยการให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงแก่บุคคลก่อนเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงดาว อธิวาสัน และคณะ²² ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.009 และสอดคล้องกับการศึกษาของอิสริย์ ศรีศุภโอฬาร²³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการ

ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงภายหลังการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา อยู่เปล่า²⁴ ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและอารมณ์มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลที่มีแบบแผนเฉพาะเจาะจงแก่ญาติผู้ดูแล ช่วยให้ญาติสามารถเผชิญปัญหาในสถานการณ์และแก้ปัญหาได้อย่างมีเหตุผล จึงทำให้ความวิตกกังวลของญาติลดลง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และเตรียมการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน มั่นใจที่จะสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้มากขึ้น จึงเป็นแนวทางที่พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลใช้รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ญาติผู้ดูแล ในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังที่ต้องใช้อุปกรณ์บำบัดออกซิเจนชนิดต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล ในการดูแลมีความมั่นใจ และมีทักษะการดูแลเมื่อกลับไปดูแลที่บ้านเอง ข้อจำกัดในการทำวิจัยครั้งนี้ คือ การจำกัดในเรื่องระยะเวลาอนโรพยาบาลของผู้ป่วยที่แพทย์ต้องการให้กลับบ้านเร็วเพื่อเพิ่มเติมยในการ

รับผู้ป่วยรายอื่นเข้ามาดูแล ทำให้การเตรียมผู้ป่วยในการให้ความรู้มีแบบแผน มีเวลาน้อยไปญาติบางคนยังไม่มั่นใจในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเหล่านั้น สำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลการให้ข้อมูลว่าสามารถทำถูกต้อง รวมทั้งข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น เมื่อกลับบ้านไปแล้วร่วมกับเป็นการติดตามอาการของผู้ป่วยด้วย (telemonitoring) และควรมีการศึกษาตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น ความมั่นใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณญาติผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำโครงการวิจัยในครั้งนี้ และอาจารย์แพทย์หญิงวรวรรณ ศิริชนะ ที่เป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. 1997 [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-preventioncopd/>.
2. Division of Non-Communicable Diseases. 5-Year National Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases (2017-2021). Bangkok: Emotion Art; 2017. (in Thai)
3. Medical Record and Statistics Department. Medical disease statistics lungs using positive pressure breathing apparatus Internal Medicine Department (2016-2017). Bangkok: King Chulalongkorn Memorial Hospital; 2017. (in Thai)
4. Meleis IA, Sawyer LM, Im EO, Messias DK, Schumacker K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci* 2000;23(1):12-28.
5. Spence A, Hasson F, Waldron M, Kernohan G, McLaughlin D, Cochrane B, Watson B. Active carers: living with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Palliat Nurs* 2008;14(8):368-72.
6. Rioux JP, Narayanan R, Chan CT. Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *Hemodial Int* 2012;16(2):214-9.
7. Boise L, Congleton L, Shonnon K. Empowering family caregivers: the powerful tools for caregiving program. *Edu Gerontol* 2005;31(7):573-86.

8. Nilliaum R, Kaewsasri A, Sinsawad P. Nurse's role in preparing hospital discharge readiness for caregiver of the patient with acute myocardial infarction. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2017;28(2):28-37. (in Thai)
9. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral science and nursing theory. St. Louis: CV Mosby; 1983. p. 189-262.
10. Johnson JE, Fieler VK, Jones LS, Wlasowicz GS, Mitchell ML. Self-regulation theory: applying theory to your practice. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Press; 1997.
11. Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Education needs of patients with stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. Patient Ed Counsel 2010;85(1):14-25.
12. Harvey PW, Petkov JN, Misan G, Fuller J, Battersby MW, Cayetano TN, et al. Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behavior and health outcomes. Aust Health Rev 2008;32(2):330-8.
13. Mulawee A. Technical consulting. Khon Kaen: Klang Na Na Witaya; 2009. (in Thai)
14. Laitinen P. Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the caregiver: pilot study in three different hospital. J Adv Nurs 1992;17(10):1233-7.
15. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
16. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Thai Hospital Anxiety and Depression Scale [Internet]. 2011 [cited 2018 Jul 2]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909318&Ntype=1>
17. Thampanichawat W. Self-regulation theory: concepts and application in care of children and families. Thai Journal of Nursing Council 2010;25(4):23-33. (in Thai)
18. Songsri C. Effect of counselling on coping ability among caregivers of patients with chronic illness. J SKHJ 2019;5(2):50-59. (in Thai)
19. Saivaree J, Chucat 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. (in Thai)
20. Jungul S, Charoensuk K. The Effect of instruction in pre opened heart patient by video compact disc on knowledge regarding health practice and anxiety level. NJPH 2015;25(1):157-166. (in Thai)

21. Panyasai K. Effect of information and emotional support on anxiety and satisfaction among family members of patients in general intensive care unit, Lampang Hospital [Thesis]. Changmai: Changmai University; 2010. (in Thai)
22. Dungdao A, Thepakorn S, Kotchakorn P. The Effect of systematic anesthetic informed consent on anxiety level in patients undergoing general anesthesia. Thai J Anesthesiol 2012;38(2):102-8. (in Thai)
23. Srisupha-Olarn I, Ua-Kit N. The effect of meeting family-needs program on anxiety of family members of critically ill patients. Songklanagarind Journal of Nursing 2016;36(3):77-93. (in Thai)
24. Yooplao R. Effect of informational and emotional support on anxiety among family members of head injured patients [Thesis]. Changmai: Changmai University; 2000. (in Thai)