

ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิก
ครอบครัว



นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MEETING FAMILY NEEDS PROGRAM ON ANXIETY OF FAMILY MEMBERS
OF CRITICALLY ILL PATIENTS

Miss Itsari Srisupha-olarn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของ
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิก
ครอบครัว

โดย

นางสาวอิสริยา ศรีศุกโอบาร

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

อิสริย์ ศรีศุภโอฬาร : ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย
 วิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว (THE EFFECT OF MEETING FAMILY NEEDS
 PROGRAM ON ANXIETY OF FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา
 วิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ, หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความ
 ต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
 วิกฤตที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด ทางสถานภาพสมรส หรือผู้ที่ให้การดูแลและมีสิทธิในการตัดสินใจ
 เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยเลือก
 กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กำหนดให้
 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล
 ตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของ
 ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประยุกต์มาจากโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของครอบครัวของ Chien et al
 (2006) และ แนวทางการดูแลความวิตกกังวลในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสำหรับพยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
 ของ Sauls & Warise (2010) เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว โดยโปรแกรมการตอบสนองความ
 ต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใช้เวลา 3 วัน ครอบคลุมความต้องการ 5 ด้าน โปรแกรมการตอบสนองความ
 ต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5
 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวม คือ แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแบบประเมินความ
 วิตกกังวลขณะเผชิญ ตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และ .95
 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลระดับความวิตกกังวลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลภายหลังการทดลองลดลงภายหลังการได้รับ
 โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยวิกฤต มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5477206536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: FAMILY MEMBERS / CRITICALLY ILL PATIENTS /ANXEITY

ITSARI SRISUPHA-OLARN: THE EFFECT OF MEETING FAMILY NEEDS PROGRAM ON ANXIETY OF FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., pp.

This quasi-experimental research study aimed at examines the effect of meeting of family needs program on anxiety. Subjects were family members of critically ill patients who admitted in intensive care units (ICUs) at Thammasat University hospital and the subjects were a first degree relative (parents or child, spouse) or any other person described as significant to the patient. The subjects were equally assigned into control group (n=22) and experimental group (n=22). 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 was developed from a needs-based education program of Chien et al (2006) and Interventions for Anxiety in critically ill: A guide for nurses and families of Sauls & Warise (2010) in order to reduce anxiety on family member of critically ill patents. Duration of the program is 3 days and includes detailed coverage of 5 need dimensions. All activities in the program make for meeting family needs. The program was validated by five panel of experts. The reliability Cronbach's alpha of Critical Care Needs Inventory and State-Anxiety Inventory were .93 and .95. The score of anxiety analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major finding were as follow:

1. Level of anxiety of experimental group after receiving the program was significantly less than that before receiving the program at the level of .05.
2. Level of anxiety of experimental group after receiving the program was significantly less than that of the control group at the level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2014

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์, กราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น, กราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาอยู่ในสถาบันอันทรงเกียรติแห่งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกอย่างดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณ Professor Jane S. Leske และ Dr. Nancy C. Molter ในความกรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, อาจารย์ทัศนีย์ ภู่อ่าง (APN) และคุณอวยพร พิณจชัย พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา พี่ชายและพี่สาวที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาเล่าเรียน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉุ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและภาวะวิกฤตของครอบครัว	15
2. ความวิตกกังวล.....	16
3. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	27
4. โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	30
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	41

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
สรุปผลการวิจัย.....	73
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	78
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	78
รายการอ้างอิง	79
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	88
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	90
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ใบพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ใบยินยอม ของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	104
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	122
ภาคผนวก ฉ เอกสารขอใช้เครื่องมือต้นฉบับ.....	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	136

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา	44
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	60
ตารางที่ 3	ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	62
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละของระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	63
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการความตอบสนองจำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$).....	64
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t-test ($n_1=n_2=22$)	65
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$).....	66
ตารางที่ 8	คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการความตอบสนองจำแนกตามรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$).....	67
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	68
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	68
ตารางที่ 11	คะแนนรวมความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$).....	123
ตารางที่ 12	คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายคนและรายด้านก่อนและหลังการทดลองกลุ่มควบคุม	130
ตารางที่ 13	คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายคนและรายด้านก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลอง.....	131

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	41
แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	58



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 แบบจำลองการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวของ Hill (1949)	16
ภาพที่ 2 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual Analogue Scale: VAS) (Gaberson, 1991 อ้างถึงใน ถนอมศรี คูอาริยะกุลสม 2538)	25



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2551) ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งที่มีการคาดการณ์ล่วงหน้าและที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Leske, 1986; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007) ซึ่งภาวะเจ็บป่วยวิกฤตนี้เป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งจากโรคและจากการรักษา (สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2551; American Association of Critical Care Nurses, [AACN], 2014) นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อาการไม่คงที่และมีโอกาสทรุดลงได้ง่าย ร่วมกับการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (วิจิตรา กุสมภ์, 2546) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องถูกย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2551)

จากภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้วย (Bailey et al., 2010; Sauls & Warise, 2010) Leske (2002) ได้ให้คำนิยามของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตว่า หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องทางกฎหมายกับผู้ป่วยวิกฤต คือ เป็นคู่ชีวิตหรือบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่น้อง รวมทั้งบุคคลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย แต่มีความสำคัญกับผู้ป่วยวิกฤต มีความผูกพันกันและใช้ชีวิตร่วมกัน (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) ซึ่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ในการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547) Hammond (1995) อ้างถึงใน Holden, Harrison, & Johnson, 2002) และ Pérez-San Gregorio & Colleagues (1992) อ้างถึงใน McAdam & Puntillo, 2009) พบว่ากว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Young et al. (2005) และ Pochard et al. (2005) นอกจากนี้ในการศึกษาของ Pochard et al. (2005) ยังพบว่าภาวะเจ็บป่วยวิกฤตดังกล่าวทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 35-73 โดยความวิตกกังวลจะอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Delva et al. (2002) และจากการศึกษาของ McAdam & Puntillo (2009) ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวจะมีความวิตกกังวล

จะสูงในช่วง 48 - 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Leske, 2002)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย เริ่มมีการศึกษาความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ในปีพ.ศ. 2538 โดย อารีย์ บุญบรรทัดกุล ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษได้รับ พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งในปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวยังคงมีอยู่ และได้มีผู้ที่ให้ความสนใจศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต เช่น จากการศึกษาของ รัตนา อยู่เปล่า (2543) ศึกษาผลการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ดังเช่นการศึกษาของ เกษร ปัญญาใส (2553) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีระดับความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง นอกจากนี้การศึกษาของ มยุรี สุขปัญญารักษ์ และคณะ (2541) ศึกษาระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักพบว่าญาติผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

Spielberger (1983) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกหรือเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการคาดคะเนสิ่งเร้าของบุคคล ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ความหวาดหวั่นเป็นทุกข์ ความไม่สบายใจ หรือทำให้เกิดอันตรายจากสิ่งคุกคาม โดยแบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) จะเกิดขึ้นเมื่อเหตุการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายคุกคามต่อบุคคลทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย หวาดหวั่นและมีการแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ส่วนความวิตกกังวลอีกประเภท คือ ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) ซึ่งเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลมีความคงที่ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมให้เห็นโดยตรง แต่เป็นตัวส่งเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญให้รุนแรงมากขึ้นตามประสบการณ์ในอดีต (Tracy, Fowler, and Magarelli., 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายสาเหตุที่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจากครอบครัวรับรู้และเข้าใจว่าหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินโรคได้ มีโอกาสที่จะเสียชีวิต และครอบครัวมักคาดการณ์ล่วงหน้าในทางที่ไม่ดีที่อาจเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ก่อน นอกจากนี้ลักษณะการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวถูกปิดกั้น รวมถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย (Halm, 1990, อ้างถึงใน

ฐิติมา ธารประสิทธิ์, 2548; Eggenberger & Nelms, 2007) โดยพบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถรับรู้เวลากลางวันหรือกลางคืน การได้ยินเสียงเตือนสูงๆ แลลมๆ และเสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งการมีสายของอุปกรณ์ต่างๆ ระโยงระยางไปบนตัวผู้ป่วย ความไม่รู้สึกร่างกายของผู้ป่วยล้วนส่งผลต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย อีกทั้งความยากลำบากในการสื่อสาร (Pang & Suen, 2009) และการถูกจำกัดเวลาเยี่ยมทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้น รวมถึงการได้รับข้อมูลที่ไม่ได้จัดเตรียมไว้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนต่อเนื่องหรือไม่ได้รับข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการในขณะนั้น (Spielberger et al., 1983) นอกจากนี้การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเฉียบพลันโดยที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Reider, 1994; Delva et al., 2002)

จากสภาวะการณดังกล่าว ภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวด้วย (Bailey et al., 2010; Sauls & Warise, 2010) ในการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547), Hammond (1995 อ้างถึงใน Holden et al. 2002) และ Pérez-San Grogorio & colleagues (1992 อ้างถึงใน McAdam & Puntillo, 2009) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pochard et al. (2005) พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 73.4 และร้อยละ 53.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Young et al. (2005) พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แบบคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 84 (Pochard et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leske (2002) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Delva et al. (2002) พบว่าความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเนื่องจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน และมีการรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตร่วมกับมีการประเมินความรุนแรงอาการของผู้ป่วยมากกว่าความเป็นจริง โดย McAdam & Puntillo (2009) พบว่าความวิตกกังวลจะสูงในช่วง 48 - 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวในด้านอื่นๆ เช่น ด้านร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง มีอาการเหนื่อยล้า

อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอและก่อให้เกิดความเจ็บป่วยตามมาได้ (Meisel, 1991 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ด้านจิตใจ พบว่าอาจส่งผลให้เกิดภาวะเครียด (stress) ภาวะซึมเศร้า (depression) และในระยะยาวอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัววิกฤตเกิดภาวะเครียดภายหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง (Post-traumatic Stress Disorder: PTSD) (Paparrigopoulos et al., 2006) ตามมาได้ ด้านสังคม พบว่าความวิตกกังวลส่งผลทำให้การแสดงบทบาทและหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลง อาจต้องลาหยุดหรือออกจากงานเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (เกษร ปัญญาใส, 2553) ด้านเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย หรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรวมถึงการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องลาหยุดงานเพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (พิกุล เจริญสุข, 2549; McAdam et al., 2012) ด้านพฤติกรรม พบว่าอาจมีการใช้ยาหรือสารเสพติดช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลหรือเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลได้ ในบางรายอาจพบว่ามีอาการหวาดระแวงเกิดขึ้นได้ (ฐิติมา ธารประสิทธิ์, 2553) นอกจากนี้ ความวิตกกังวลในระดับที่สูงยังมีผลทำให้สมรรถนะความสามารถในการจดจำ การรับรู้ข้อมูล และความสามารถในการตัดสินใจลดลงตามมาด้วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต และอาจส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้ (Gorman, Sultan, & Raines, 1996; Gaglione, 1984 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) นอกจากนี้บางงานวิจัยยังพบว่า ความวิตกกังวลสามารถส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวจะสามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลถึงกันได้มากกว่าบุคคลอื่น Leske (2002) ได้ให้คำนิยามของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตว่า หมายถึงบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันทางกฎหมาย คือ คู่ชีวิต หรือบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่น้อง รวมทั้งบุคคลที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกันทางกฎหมายหรือทางสายเลือดแต่มีความสำคัญกับผู้ป่วยวิกฤต มีความผูกพันกันและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามต่อร่างกายและจิตใจ ตามทฤษฎีของ Hill (1949) จะประเมินว่าเหตุการณ์ดังกล่าวจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตของครอบครัว จะมีความรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันในอดีต และครอบครัวจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือ จึงเกิดความต้องการการตอบสนองขึ้นเพื่อให้สามารถปรับตัวและตอบสนองต่อภาวะการณ์ดังกล่าวได้ หากบุคคลไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าวได้ ดังนั้นเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งเร้าที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ (Freud, 1856-1939 cited in Athabasca University, 2010) จึงมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนอง

ความต้องการต่างๆ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวและปรับสมดุลของครอบครัว ไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตของครอบครัวได้ หากสมาชิกครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการจะทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

Molter (1979) ศึกษาปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และได้สร้างเป็นแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory, [CCFNI]) เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือดูแลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ต่อมาในปี 1983 Molter และ Leske ได้พัฒนาแบบประเมิน CCFNI และในปี 1991 Leske ได้แบ่งความต้องการของสมาชิกครอบครัวออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) โดยสมาชิกครอบครัวมีความต้องการความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีจากเจ้าหน้าที่ สามารถสอบถามและเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก 2) ความต้องการด้านความสบาย (Comfort) เช่น การมีที่นั่งพักระหว่างรอเยี่ยมผู้ป่วย รวมถึงที่พักที่อยู่ใกล้โรงพยาบาล 3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) เช่น การได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้กับผู้ป่วย รวมถึงเหตุผลและความจำเป็นในการให้กิจกรรมดังกล่าว 4) ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) โดยการให้การสนับสนุนข้อมูลในเรื่องต่างๆ เช่น การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาและค่ารักษา และ 5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) โดยการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยมได้บ่อยๆ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีการศึกษาในระยะต่อมาพบว่าการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กล่าวคือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลในการตอบสนองความต้องการจะมีความวิตกกังวลลดลง (Chartier & Couto-Wakulczyk, 1989) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต โดย ปฐมวดี สิงห์ตง (2554) พบว่าองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตประกอบด้วย 6 ตัวประกอบ ได้แก่ 1) ตัวประกอบด้านการสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว 2) ตัวประกอบด้านการอำนวยความสะดวก 3) ตัวประกอบด้านจิตวิญญาณ 4) ตัวประกอบด้านการเอาใจใส่ครอบครัว 5) ตัวประกอบด้านประสิทธิผลของการให้ข้อมูล และ 6) ตัวประกอบด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งองค์ประกอบที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Molter และ Leske (1983)

จากการศึกษาของ Molter และ Leske (1983) เกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทำให้มีการนำแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปใช้อย่างกว้างขวาง และได้จัดกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของ Delva et al. (2002) พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการการตอบสนองด้านข้อมูลและด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมากที่สุด

รองลงมา คือ ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการจัดกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว โดยการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล (Information) ในรูปแบบต่างๆ จากการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ได้จัดโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา สายวารี และวันดี ชูชาติ (2550) ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยพบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีระดับความวิตกกังวลลดลง และจากการศึกษาของฐิติมา ธารประสิทธิ์ (2548) โดยศึกษาการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินพบว่าสมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง โดยการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการรักษาพยาบาล เป็นต้น (Azoulay et al, 2002) และจากการศึกษาของ เกษร ปัญญาใส (2553) ศึกษาโดยการจัดโปรแกรมการตอบสนองความต้องการด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สามารถลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองความต้องการในการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ตามประสบการณ์และการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งมีการศึกษาในหลายงานพบว่าความต้องการของสมาชิกครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควรเนื่องจากการรับรู้และการให้ความสำคัญในการตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกัน เช่น สมาชิกครอบครัวให้ความสำคัญและมีความต้องการการตอบสนองในเรื่องข้อมูลมากที่สุด แต่จากการศึกษาบางงานพบว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับการตอบสนองทางด้านอารมณ์มากกว่าซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกครอบครัว นอกจากนี้การตอบสนองความต้องการในรายละเอียดบางอย่างยังไม่ตรงกัน เช่น สมาชิกครอบครัวจะให้ความสำคัญในเรื่องการได้รับข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา และการต้องการมีความหวัง เป็นต้น (Kleinpell & Powers, 1992; Leung, Chien, & Mackenzie, 2000) แม้ว่าจะมีการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากการให้ความสำคัญของความต้องการในแต่ละด้านของสมาชิกครอบครัวและของพยาบาลไม่ตรงกัน (Daley, 1984; Potinkara & Paunonen, 1996; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bailey et al. (2010) พบว่าการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล ตันติธรรม (2534) ที่ทำการศึกษาคำเตรียมญาติญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมก่อนการเข้าเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมก่อนการเข้าเยี่ยม Chien et al. (2006) ได้ทำการศึกษาโดยการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวแบบ

รายบุคคลเรียงลำดับเนื้อหาตามความต้องการของสมาชิกครอบครัว โดยการให้เอกสารแผ่นพับซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลโดยพยาบาลคนเดิมที่ได้รับมอบหมายในการให้ข้อมูล ซึ่งแตกต่างจากการให้การพยาบาลตามปกติที่ให้ข้อมูลตามประสบการณ์และการรับรู้ของพยาบาล โดยโปรแกรมดังกล่าวใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 วัน ซึ่งพบว่าสามารถลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) และในปี 2010 Sauls & Warise ศึกษาและสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยพบว่าปัญหาของสมาชิกครอบครัวเกิดจากการขาดการสื่อสารในการให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวซึ่ง Sauls & Warise ได้สรุปประเด็นในการให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตไว้ดังนี้ ได้แก่ 1) การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มให้ข้อมูลเร็วที่สุดเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจในการดูแลและแสดงถึงความเอาใจใส่ของพยาบาล เปิดโอกาสให้ซักถาม และมีการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ รวมทั้งเสียงเตือนของอุปกรณ์ที่อาจทำให้สมาชิกครอบครัวตกใจกลัว และการสื่อสารให้ข้อมูลต้องมีความชัดเจนและสม่ำเสมอ รวมทั้งการสื่อสารให้ข้อมูลทั้งด้านบวกและด้านลบ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) โอกาสในการเข้าเยี่ยมและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยโดยการให้สมาชิกครอบครัวได้เข้าเยี่ยมอย่างใกล้ชิดรวมถึงการมีสถานที่พักระหว่างเยี่ยมที่มีความสะดวกสบายและอยู่ใกล้กับผู้ป่วย 4) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การนัด การทำความสะอาดร่างกาย และการช่วยออกกำลังกาย เป็นต้น

จากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของผู้วิจัยพบว่าการให้ข้อมูลของพยาบาลทั่วไปไม่ได้มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อนและการให้ข้อมูลจะเป็นรูปแบบที่พยาบาลกำหนดขึ้นเองซึ่งการให้ข้อมูลของพยาบาลแต่ละบุคคลมีรายละเอียดและเนื้อหาไม่เท่ากันโดยให้ข้อมูลเฉพาะตามที่สมาชิกครอบครัวซักถาม แต่มีเหมือนกันในภาพรวม เช่น อาการปัจจุบัน กิจกรรมที่กำลังทำให้กับผู้ป่วย เบอร์ติดต่อของหน่วยงาน เวลาในการเข้าเยี่ยม เป็นต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศยังไม่มีงานวิจัยใดทำการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวและให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน อย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจนและให้การตอบสนองเชิงรุก ในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต กล่าวคือ มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อนแล้วจึงให้การตอบสนองความต้องการเรียงลำดับตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวเป็นหลัก และมีเนื้อหาครอบคลุมทั้งที่เกี่ยวข้องกับโรคและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขอบเขตที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้ รวมทั้งอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่สมาชิกครอบครัวจะได้พบเห็นเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษาในการปรึกษาและสอบถามข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับอาการ เป็นต้น ซึ่งต่างจากการพยาบาลตามปกติที่จะมีการให้การดูแลโดยอาจจะมีการตอบสนองในหลายๆ ด้านรวมกันในคราวเดียว ซึ่ง

อาจจะไม่ตรงกับความต้องการในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมทุกด้านตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต เมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างครบถ้วนและเพียงพอจะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความพร้อมในการเข้าเยี่ยมและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยเช่นกัน จากแนวคิดเรื่องจากแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของ Hill (1949) ได้อธิบายว่าครอบครัวจะเกิดภาวะวิกฤตได้เกิดจากปัจจัย 4 ประการ คือ 1) เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกในครอบครัว (ปัจจัย A) 2) แหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่นำมาช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (ปัจจัย B) 3) การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันกับที่เคยได้รับมาแล้วในอดีต (ปัจจัย C) มีผลต่อครอบครัวแตกต่างกัน และ 4) ภาวะวิกฤตของครอบครัว (ปัจจัย X) โดยครอบครัวจะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต ซึ่งเมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตจะทำให้ครอบครัวเสียสมดุลทางอารมณ์และหากไม่สามารถปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลไว้ได้จะก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ซึ่งภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย จัดเป็นปัจจัย A โดยเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พยาบาล จัดเป็นปัจจัย B คือเป็นแหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่จะช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าวได้ ใน

ส่วนของคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตและคุณสมบัติของผู้ป่วยจัดเป็นปัจจัย C ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต เมื่อนำทุกปัจจัยมาประกอบกันจะเกิดเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว หรือปัจจัย X และเมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตขึ้นย่อมมีความพยายามในการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของครอบครัวไว้ จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวลได้

ในการปรับตัวในภาวะวิกฤตนี้ครอบครัวจะเกิดความต้องการในด้านต่างๆ ขึ้น เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับสมดุลได้ ซึ่งความต้องการเหล่านี้ได้มีการศึกษาโดย Molter & Leske (1970) จากนั้น Leske (1991) ได้แบ่งความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) โดยการให้ความมั่นใจกับสมาชิกครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี สามารถวางใจได้ในขณะที่สมาชิกครอบครัวจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ เป็นต้น 2) ความต้องการด้านความสบาย (Comfort) โดยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกหรือข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในโรงพยาบาล เช่น ร้านค้า ร้านอาหารสถานที่นั่งพักผ่อนระหว่างรอเยี่ยม 3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) โดยการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับอาการปัจจุบัน แนวทางการรักษา เหตุผลในการทำการหัตถการต่างๆ โดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจริงใจและตรงไปตรงมา เป็นต้น 4) ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) โดยคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ใส่ใจในเรื่องสุขภาพของสมาชิกครอบครัว เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และให้การช่วยเหลือปัญหาในด้านต่างๆ ที่สามารถช่วยเหลือได้ และ 5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) เช่น การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้ง หรือปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เมื่อมีความจำเป็น ซึ่งได้มีการพัฒนาเป็นแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขึ้นโดย Molter & Leske ในปี 1983

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยมุ่งเน้นในด้านปัจจัย B คือ พยาบาลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับสมาชิกครอบครัว หากพยาบาลสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีได้ก็จะสามารถลดการเกิดภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วยได้ ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวและรักษาสมดุลของครอบครัวไว้ได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นเครื่องมือในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวโดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้การศึกษิตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Chien et al. (2006) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และกิจกรรมเหล่านี้กระทำโดยพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการให้การสนับสนุนเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับตัวและรักษาสมดุลทางอารมณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว โดยนำแบบประเมินความต้องการของสมาชิก

ครอบครัวที่พัฒนาโดย Molter และ Leske (1983) มาใช้เพื่อประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัว

โดยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 วัน เนื่องจากการให้กิจกรรมทั้งหมดในคราวเดียวอาจทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถตอบสนองหรือรับข้อมูลได้หมดทำให้ไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ กิจกรรมในวันที่ 1 จะเริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษากายในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่เกิน 24-48 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยทำการประเมินความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวโดยใช้แบบประเมิน CCFNI และระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) จากนั้นจึงให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว โดยให้การตอบสนองความต้องการด้านที่มีคะแนนความต้องการมากที่สุด 2 อันดับแรกก่อน จากนั้นกิจกรรมในวันที่ 2 ผู้วิจัยทำการประเมินความต้องการปัจจุบันและให้การตอบสนองก่อน จากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการอีก 2 ด้านที่มีคะแนนความต้องการสูงรองลงมาจากวันแรก และกิจกรรมในวันที่ 3 ผู้วิจัยทำการประเมินความต้องการปัจจุบันและให้การตอบสนองก่อนแล้วจึงให้การตอบสนองความต้องการด้านสุดท้ายแล้วจึงทำการประเมินความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวและระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญซ้ำ โดยกิจกรรมในแต่ละวันจะใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที จากกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ อย่างครบถ้วน รวมทั้งเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกพอใจ สบายใจ สามารถปรับตัว และลดความวิตกกังวลลงได้

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองในสมาชิกครอบครัวทั้งหญิงและชาย ซึ่งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษากายในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความ

ต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิ

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ มีความไม่สุขสบายใจ ยากลำบากใจ รู้สึกเป็นทุกข์ หวาดหวั่นใจกลัวว่าผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ง ซึ่งมีพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กระวนกระวายใจ ลูกลี้ลูกกลน พักไม่ได้ เครียด หงุดหงิด มีอาการไม่พึงพอใจซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดในสถานการณ์ปัจจุบันของครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยสมาชิกครอบครัวอาจต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือเกิดจากการคาดคะเนสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety Inventory; STAI) ซึ่งผู้วิจัยแปลจากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1968; 1977) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

ความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัว หมายถึง ความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยครอบคลุมความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประเมินโดยใช้แบบสำรวจที่แปลจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) ของ Molter & Leske (1983) และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา ซึ่งแบบประเมินความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) 2) ความต้องการด้านความสบาย (Comfort) 3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) 4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) และ 5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

โปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวโดยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัวของ Hill (1949) และความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ของ Molter & Leske (1983) ร่วมกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมของ Chien et al (2006) และ Sauls & Warise (2010) ครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) คือ รู้สึกวางใจได้ว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ไม่อยู่โรงพยาบาลชั่วคราว การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย การรู้สึกมีความหวัง การได้พูดคุยถึงเรื่อง that ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมการได้พูดคุยถึงความรู้สึกที่ไม่ดี

2) ความต้องการด้านความสบาย (Comfort) คือ ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงเวลา มีสิ่งอำนวยความสะดวก/ห้องน้ำบริเวณที่พักรอเยี่ยม ร้านค้า/ร้านอาหารที่มีคุณภาพ มีโทรศัพท์สาธารณะ/สถานที่ให้พักรอเยี่ยมอยู่ใกล้ๆ มีสถานที่ให้สามารถอยู่ตามลำพังขณะที่อยู่โรงพยาบาล

3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในเรื่องพยาบาลที่ให้การดูแล ข้อมูลอาการปัจจุบัน ความคืบหน้าและการพยากรณ์ของโรค แนวทางการรักษาและผลในการให้การดูแลรักษา การวางแผนจำหน่าย การรับทราบข้อมูลทางโทรศัพท์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การได้รับทราบข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) คือ การได้รับการอธิบายด้วยคำที่เข้าใจง่าย การได้รับการรับทราบกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยที่ชัดเจน มีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ คอยช่วยเหลือให้กำลังใจหรือเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้รับการใส่ใจด้านสุขภาพ ได้อยู่คนเดียวบ้างเป็นบางเวลา ได้รับการกระตุ้นระบายความรู้สึกและได้รับการช่วยเหลือปัญหาด้านการเงิน

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) คือ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้งได้ตลอดเวลา หรือปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษ เมื่อมีความจำเป็น ได้รับการพูดคุยกับแพทย์ทุกวัน ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

โดยผู้วิจัยจะพบกับสมาชิกครอบครัวทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที เป็นระยะเวลา 3 วันติดต่อกัน เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงแรก สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมในงานวิจัยต้องเป็นคนเดียวกันจนสิ้นสุดการวิจัย โดยมีกิจกรรมในแต่ละวันดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินและคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยให้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวตามแบบการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวและความวิตกกังวล โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีความวิตก

กังวลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป เริ่มให้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัว โดยให้การตอบสนองในด้านที่มีคะแนนความต้องการมากที่สุด 2 ลำดับแรกก่อน

วันที่ 2 สอบถามประเมินความต้องการปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวและให้การตอบสนองความต้องการปัจจุบันก่อนจากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการอีก 2 ด้าน ที่มีคะแนนความต้องการสูงรองลงมาจากวันที่ 1

วันที่ 3 สอบถามประเมินความต้องการปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวและให้การตอบสนองความต้องการปัจจุบันก่อน จากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการด้านสุดท้ายแล้วจึงประเมินระดับความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวและระดับความวิตกกังวลซ้ำๆ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร สามี/ภรรยา หรือผู้ที่ให้การดูแลและเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีอายุ 18-59 ปีขึ้นไป และสามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันในช่วง 3 วันแรกของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพประจำการของหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แก่สมาชิกครอบครัวผู้ในช่วง 1-3 วันแรกของการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย การอธิบายอาการของผู้ป่วย ระเบียบวิธีการเยี่ยมผู้ป่วย เวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย จำนวนคนที่จะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละครั้ง การให้ข้อมูลหรือตอบข้อซักถามตามทักษะของพยาบาลแต่ละคน โดยไม่ได้มีการประเมินความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อน การให้ข้อมูลหรือการให้การดูแลไม่มีรูปแบบหรือแบบแผนที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับพยาบาลที่ให้การดูแลเป็นผู้กำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวไปปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลสมาชิกครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องและสรุปเป็น
เนื้อหาสาระที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและภาวะวิกฤตของครอบครัว
 - 1.1 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.2 ภาวะวิกฤตของครอบครัว
2. ความวิตกกังวล
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 2.3 ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.4 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 2.5 ระดับของความวิตกกังวล
 - 2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
 - 2.7 ผลกระทบของความวิตกกังวล
 - 2.8 การประเมินความวิตกกังวล
3. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.1 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.2 การประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
4. โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและภาวะวิกฤตของครอบครัว

1.1 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ความหมายของ “ครอบครัว” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546) ได้ให้นิยามว่าครอบครัว หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน ได้แก่ สามี ภรรยา และบุตร ทางสังคมวิทยา “ครอบครัว” คือ รูปแบบของการที่บุคคล 2 คน หรือกลุ่มบุคคลสร้างแบบ (Pattern) หรือโครงสร้าง (Structure) ของการอยู่ร่วมกัน (พรหมทิพย์ ศรีวรรณบุศย์, 2545)

นอกจากนี้ “ครอบครัว” ยังหมายถึง กลุ่มบุคคลที่ผูกพันและใช้ชีวิตร่วมกันทำหน้าที่เป็นสถาบันหลัก เป็นรากฐานที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตในสังคม ครอบครัวมีหลายรูปแบบและหลายลักษณะนอกเหนือจากครอบครัวที่ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุตร (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) คณะกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ในปี 2537 ได้นิยามครอบครัวว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกันรวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ด้วยกันมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย ทางสายโลหิต หรืออาจไม่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวซึ่งมีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ ดำรงชีวิตร่วมกัน มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจโดยสามารถแบ่งประเภทของครอบครัวออกได้เป็น 2 แบบ ตามลักษณะโครงสร้าง (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) คือ

1) ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบไปด้วยสามี ภรรยา และบุตร

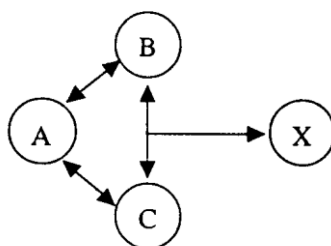
2) ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบไปด้วยครอบครัว รวมทั้งญาติด้านสามีและ/หรือญาติทางด้านภรรยาที่อยู่ด้วยกันในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก ป้า น้า อา หลาน เป็นต้น

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายทางสายเลือด หรือเป็นบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยวิกฤต มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำรงชีวิตร่วมกัน มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ

1.2 ภาวะวิกฤตของครอบครัว

Hill (1949) ได้อธิบายแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวโดยใช้แบบจำลอง ABCX อธิบายกลไกการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวกล่าวว่า ครอบครัวจะเกิดภาวะวิกฤตได้เกิดจากปัจจัย 4 ประการ คือ 1) ปัจจัย A คือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกในครอบครัวเป็นได้ทั้งปัจจัยภายนอกและ

ภายในครอบครัว เช่น ภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว 2) ปัจจัย B คือ แหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่นำมาช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ A เช่น ความช่วยเหลือ การได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้อง บุคคลอื่นหรือสถาบันต่างๆ 3) ปัจจัย C คือ การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันกับที่เคยได้รับมาแล้วในอดีตมีผลต่อครอบครัวแตกต่างกัน และ 4) ปัจจัย X คือ ภาวะวิกฤตของครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต



ภาพที่ 1 แบบจำลองการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวของ Hill (1949)

นอกจากนี้ Aguilera (1989, อ้างถึงใน อารีย์ บุญวรรธน์กุล, 2538) ได้อธิบายว่า ภาวะวิกฤตเป็นภาวะที่ทำให้เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจะส่งผลต่อภาวะสมดุลของบุคคลทำให้มีการปรับตัวเพื่อให้สามารถรักษาสมดุลไว้ได้ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวจะส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; จินตนา ยูนิพันธ์, 2529 อ้างถึงใน อารีย์ บุญวรรธน์กุล, 2538)

2. ความวิตกกังวล

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ทั้งที่มีการคาดการณ์ล่วงหน้า และที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Leske, 1986; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007) ซึ่งภาวะเจ็บป่วยวิกฤตนี้เป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งจากโรคและการรักษา (สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง, 2551; American Association of Critical Care Nurses, [AACN], 2012) นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อาการไม่คงที่และมีโอกาสทรุดลงได้ง่าย ร่วมกับการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องถูกย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง, 2551) จากภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยวิกฤตนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผล

กระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วย (Bailey et al., 2009; Sauls & Warise, 2010) ซึ่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547), Hammond (1995 อ้างถึงใน Holden et al., 2002) และ Pérez-San Gregorio & Colleagues (1992 อ้างถึงใน McAdam & Puntillo, 2009) พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Young et al. (2005) และ Pochard et al. (2005) นอกจากนี้ในการศึกษาของ Pochard et al. (2005) ยังพบว่าภาวะเจ็บป่วยวิกฤตดังกล่าวทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 35-73 โดยความวิตกกังวลจะอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Delva et al. (2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Leske, 2002 อ้างถึงใน McKiernan & McCarthy, 2010)

2.1 ความหมาย

จำลอง ดิษยวณิช (2531) ได้ให้นิยามของความวิตกกังวล (Anxiety) ว่าหมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจและความหวาดหวั่นเกี่ยวกับการคุกคามจากบางสิ่งซึ่งที่จจะมาถึงไม่ทราบว่าเป็นอะไร โดยการคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บเป็นอันตรายหรืออาจถึงแก่ชีวิต ส่วนทางจิตใจมักเป็นการคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตน (Self-esteem) และความผาสุก (well-being)

Freud (1856-1939) (Athabasca University, 2010) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกของอันตรายที่กำลังจะเกิดขึ้นจากสิ่งคุกคาม (Treats) มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวัตถุ (objective) ด้านระบบประสาท (neurotic) และด้านศีลธรรม (moral) ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล 3 ประเภท คือ ความวิตกกังวลเชิงวัตถุ (objective anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ มีผลต่อภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและความสุข เช่น ความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลทางโรคประสาท (neurotic anxiety) เกิดจากถูกคุกคามทางด้านจิตใจในระดับจิตไร้สำนึก (id) และจิตที่รู้สำนึก (ego) เช่น ความกลัวการถูกลงโทษ ทำให้มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นลักษณะประจำตัว และความวิตกกังวลเชิงจริยธรรม (moral anxiety) เป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกขัดแย้งในเรื่องความถูกต้อง ความดีงามที่ถูกควบคุมในระดับจิตไร้สำนึก (superego)

Spielberger (1976) ให้ความเห็นต่อความวิตกกังวลว่า เกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลที่เข้ามากระทบว่าคุณคามหรืออันตรายต่อตนเองโดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าส่งผลให้เกิดความตึงเครียด ไม่พึงพอใจ ไม่สุขสบายใจ เป็นทุกข์หวาดหวั่น และกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงานมากขึ้น

Townsend (2011) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกยากลำบาก ไม่สุขสบาย คลุมเครือไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ของแต่ละบุคคลหรือความรู้สึกความเข้าใจต่ออันตรายหรือสิ่งคุกคามที่กำลังจะเกิดขึ้น

จากความหมายที่ได้รวบรวมมาสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกต่อสิ่งเร้าที่ คาดว่ามีผลคุกคามหรืออันตรายต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจไม่สามารถระบุสาเหตุที่ ชัดเจนได้หรืออาจเกิดจากการคาดคะเนเหตุการณ์ ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกและตอบสนองต่อ สถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สุขสบายใจ ยากลำบากใจ หวาดหวั่น และเกิดความ ไม่พึงพอใจ

2.2 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger (1983) ได้แบ่งประเภทของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท โดย คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ความไม่พึงพอใจ ความกระวนกระวาย หวาดหวั่น ความกังวลที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหรือต่อสิ่งคุกคามที่อาจ ก่อให้เกิดอันตรายมากระตุ้น เช่น การที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหนักต้องเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวแต่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีการประเมิน สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นสิ่งคุกคามจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น โดยการตอบสนองจะมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแฝงและประสบการณ์ในอดีต

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือเป็น ลักษณะพื้นฐานประจำตัวของแต่ละบุคคล ลักษณะค่อนข้างคงที่ไม่แสดงออกมาในเชิงพฤติกรรมแต่ จะเป็นตัวส่งเสริมพฤติกรรมการตอบสนองของความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยพบว่า ผู้ที่มีความวิตก กังวลแฝงสูงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่ายและบ่อยกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ และมี แนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรงกว่าคนที่มีความวิตกกังวลต่ำ

โดยความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งพบว่าผู้ที่มีความ วิตกกังวลแฝงในระดับสูงจะมีผลทำให้การตอบสนองต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงมากขึ้น

2.3 ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาพบว่ากว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับ ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ (สุทธิณี วัฒนกุล (2547) และ Hammond (1995 อ้างถึงใน Holden, Harrison, & Johnson, 2002) และ Pérez-San Gregorio & Colleagues (1992 อ้างถึงใน McAdam & Puntillo, 2009) เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว เป็นต้น ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Young et al. (2005) และ Pochard et al. (2005) นอกจากนี้ใน การศึกษาของ (Pochard et al., 2005) ยังพบว่าภาวะเจ็บป่วยวิกฤตดังกล่าวทำให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 35-73 โดยความวิตกกังวลจะอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Delva et al. (2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ บุญบรรทัดกุล (2538) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษได้รับ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และจากการศึกษาของ McAdam & Puntillo (2009) ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลจะสูงในช่วง 48 – 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือคู่ชีวิตจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Leske, 2002)

2.4 สาเหตุของความวิตกกังวล

Kneisl (1996 อ้างถึงใน เกษร ปัญญาใส, 2553) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลออกเป็น 2 สาเหตุ คือ

1. สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (threats to biologic integrity) เป็นสิ่งที่มารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการในเรื่องอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น
2. สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (threats to the security of the self) ได้แก่ การไม่ได้รับการตอบสนองต่อความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเอง ความต้องการการยอมรับนับถือ การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอม หรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งระหว่างมุมมองของตนเองกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

Linn (1980 อ้างถึงใน จิตติมา ธารประสิทธิ์, 2548) กล่าวว่าความวิตกกังวลเกิดได้จากสาเหตุโดยบางครั้งอาจไม่สามารถบอกสาเหตุของความวิตกกังวลได้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุดังต่อไปนี้

1. ความไม่สุขสบายหรือการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ
2. พัฒนาการในช่วงวัยที่ต่างกันจะทำให้การเผชิญกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน
3. การเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิต เช่น ความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและทางจิตใจ
4. การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้

นอกจากนี้ Lader & Marks (1971) อธิบายองค์ประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง โดยใช้รูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A model of normal anxiety) ซึ่งสังเคราะห์โดย Spielberger ดังนี้คือ

1. กรรรมพันธุ์ พบว่า ครอบครัวที่มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคประสาทจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคดังกล่าว (Lader & Marsek, 1971 อ้างถึงใน อารีย์ บุญบรรรรัตนกุล, 2538)

2. ประสบการณ์ในอดีต พบว่า การเคยมีประสบการณ์มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมาก่อนจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อน (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547)

สถานการณ์ในปัจจุบัน หมายถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการในขณะนั้นต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ

โดยองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลแบบแผ่ต่อไป นอกจากนี้องค์ประกอบดังกล่าวยังมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งเหล่านั้นถ้าถูกรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายร่วมกับอิทธิพลจากความวิตกกังวลแผ่ทำให้บุคคลมีการตอบสนอง 3 อย่างคือ

1) การทำงานของระบบประสาทได้รับการกระตุ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และมีการป้อนกลับ (feedback mechanism) บุคคลจะรับรู้ถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จะหาทางลดความวิตกกังวลและเรียนรู้ปฏิบัติการตอบโต้ที่เหมาะสมต่อไป

2) เกิดความวิตกกังวลต่อสภาวะการณั้้น หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ

3) เกิดการทำงานของกลไกทางจิตเพื่อลดความวิตกกังวล (coping mechanism)

2.5 ระดับของความวิตกกังวล

Townsend (2011) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ คือ ความวิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) และความวิตกกังวลสูง (severe anxiety) โดยส่วนใหญ่ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ (Kneisl, 1996 อ้างถึงใน เกษร ปัญญาใส, 2553) คือ

1) ความวิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับอ่อนๆ ส่งผลให้บุคคลมีการตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิ การรับรู้ดีขึ้น การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดี สามารถจดจำได้ดี เผชิญกับปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ จะมีการตอบสนองทางด้านร่างกาย คือ ซีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย อาจมีอาการหายใจเบาตื้นกล้ำมเนื้อมีการตึงตัวขึ้นเล็กน้อย (Townsend, 2011)

2) ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลยังมีความตื่นตัวมากขึ้น กระฉับกระเฉง ว่องไวมากขึ้นแต่การรับรู้จะแคบลง การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลง จิตใจมุ่งเน้นและจดจ่อกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

ร่างกายมีการตอบสนองโดยมีการเพิ่มขึ้นของชีพจร ความดันโลหิตและอัตราการหายใจ กล้ามเนื้อ มีความตึงตัวมากขึ้น รุ่มาตาขยาย เริ่มมีอาการเหงื่อออก อาจมีอาการปวดศีรษะปวดเมื่อย ตามร่างกาย แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ปัสสาวะบ่อย (Townsend, 2012)

3) ความวิตกกังวลสูง (severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับสูงนี้จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ลดลงเป็นอย่างมาก สมาธิและความสามารถในการจำลดลง มีอาการลุกี้ลุกอน สับสน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาหรือจัดการเรื่องต่างๆ ได้ลดลง ในบางรายอาจมีอาการมึนศีรษะ ร่างกายมีการตอบสนองโดยมีการตึงตัวของกล้ามเนื้อรุนแรงขึ้น พุดเร็วเสียงสูง หายใจหอบเร็ว (hyperventilation) การสบตาลดลง (poor eye contact) เป็นต้น (Townsend, 2011)

4) ความวิตกกังวลรุนแรง (panic anxiety) เป็นภาวะตื่นกลัว มีอาการโกรธ หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นการรับรู้ลดลงมากไม่สามารถคิดได้ อย่างมีเหตุมีผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ อาจมีการตอบสนองโดยการต่อสู้อย่างรุนแรงหรืออาจวิ่งหนีต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ

2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

2.6.1 ปัจจัยธรรมชาติของบุคคล โดย สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) พบว่าได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ค่านิยมของบุคคล ความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นและความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนาหรือแรงขับซึ่งรวมกันเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง มีผลต่อความวิตกกังวลแฝงซึ่งส่งผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญดังนี้

2.6.1.1 กรรมพันธุ์ มีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยจะพบความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคดังกล่าว รวมทั้งคู่แฝดไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลอีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นมากขึ้น (Lader & Marks, 1971; Goldman, 2001 อ้างถึงใน Shri, 2010)

2.6.1.2 เพศ จากการศึกษาของ Chartier & Coutu-Wakulczyk (1989) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลต่อความวิตกกังวลและความต้องการของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Delva et al. (2002) ที่พบว่าผู้หญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.6.1.3 อายุ ช่วงวัย 18-30 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่าช่วงวัยอื่น (Chartier & Coutu-Wakulczyk, 1989; Kleinpell & Powers, 1992) และจาก

การศึกษาของ Delva et al. (2002) พบว่าอายุของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล กล่าวคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่อายุน้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุมากขึ้น

2.6.1.4 ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ Chartier & Coutu-Wakulczyk (1989) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยมีค่าความสัมพันธ์ $r = 0.49$ นอกจากนี้ Delva et al (2002) ศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาจะมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา

2.6.1.5 ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากการศึกษาของ Pochard et al. (2005) เกี่ยวกับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีอาการวิตกกังวลถึงร้อยละ 73.4 และพบว่าสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเป็นคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด

2.6.1.6 ประสบการณ์ในอดีต เช่น ประสบการณ์การสูญเสียหรือเกือบสูญเสียชีวิตของคนในครอบครัว การตกงาน การประสบอุบัติเหตุ หรือภาวะเจ็บป่วยหนักส่งผลต่อทัศนคติของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ส่วนบุคคลต่อการเกิดความวิตกกังวล (Eyesenck, 2004 อ้างถึงใน Shri, 2010)

2.6.2 ปัจจัยธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากระทบ ความหมายของสถานการณ์ต่อบุคคล สถานการณ์ขณะนั้นเป็นความจริงที่เกิดขึ้นหรือการคาดคะเน (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ซึ่งมีปัจจัยธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้นมีดังนี้

2.6.2.1 การรับรู้ล่วงหน้า เนื่องจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้และเป็นภาวะเจ็บป่วยที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้วางแผนให้มีผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Delva et al., 2002) สัมพันธ์กับการศึกษาของ McAdam & Puntillo (2009) พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามีความวิตกกังวลสูงกว่าการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีการวางแผนไว้ก่อน

2.6.2.2 การขาดการสื่อสารที่เพียงพอ เนื่องจากภาวะวิกฤตพยาบาลมุ่งใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยจนขาดการสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และการไม่ได้คุยกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (Titler, Cohen, & Craft., 1991 อ้างถึงใน รัตนา อยู่เปล่า, 2543; Pochard et al., 2001; Sauls & Warise, 2010) รวมถึงการได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

ถึงร้อยละ 68.9 ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Pochard et al., 2005)

2.6.2.3 การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย จากการศึกษาของ Chartier & Coutu-Wakulczyk (1989) พบว่าสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยและสภาพของผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลได้ (Prevost, 1997) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Sauls & Warise (2010) พบว่าสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้รู้สึกหวาดกลัวและก่อให้เกิดความวิตกกังวล

2.6.3 การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า การได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจ การได้อยู่ใกล้ชิดทำให้ความวิตกกังวลลดลง (Suchman, Betelho, and Hinton-Walker, 1998; Pochard et al., 2001) การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวพบว่าครอบครัวที่ได้รับการตอบสนองความต้องการจะมีระดับความวิตกกังวลลดลงด้วยเช่นกัน (Chartier & Coutu-Wakulczyk, 1989; Rukholm et al., 1991; Delva et al., 2002)

2.6.4 ปัจจัยด้านผู้ป่วย จากการศึกษาของ Pochard et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะส่งผลให้ครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า และคะแนนระดับความรุนแรงของโรคที่สูงมีผลให้ครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงด้วยเช่นกัน

2.7 ผลกระทบของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านต่างๆ ดังนี้คือ

2.7.1 ด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลง 2 ส่วน (สูวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) คือ การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี เช่น Epinephrine, Nor-epinephrine ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา คือ การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การหายใจลึกและหายใจเร็วขึ้น อุณหภูมิกายเพิ่มสูงขึ้นกล้ามเนื้อมีการหดตัวและเกร็งส่วน Adreno-Cortical hormone ที่หลั่งออกมาส่งผลต่อการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย รวมทั้งการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ทำให้ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง เหงื่อออก ตัวเย็น และยังทำให้ร่างกายทนต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ ความวิตกกังวลที่สูงทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง รับประทานอาหารประเภทอาหารจานด่วน (fast food หรือ Junk food) บ่อยขึ้น (Halm et al., 1993) มีอาการเหนื่อย ล้าอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ โดยมีทั้งการนอนไม่พอ นอนหลับได้ยาก รวมถึงฝันร้าย (Halm et al., 1993) ส่งผลต่อสุขภาพทำให้ร่างกายอ่อนแอและก่อให้เกิดความเจ็บป่วยตามมาได้ (Meisel, 1991 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547)

2.7.2 ด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกอึดอัดกังวล ไม่สบายใจ รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด อาจมีอาการซึมเศร้าหรือซึมเศร้าได้ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอารมณ์ซึมเศร้าในระยะยาว ซึ่งจากการศึกษาของ

Paparrigopoulos et. al. (2006) พบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความวิตกกังวลแฝงเป็น ปัจจัยทำนายการเกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (Post-traumatic Stress disorder, PTSD) ได้โดย Azoulay et al. (2005) พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 ใน 3 จะมีอาการซึมเศร้าหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) ภายหลังจากที่ผู้ป่วยย้ายออกจากโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตในระยะเวลา 3 เดือน

2.7.3 ด้านการรับรู้ ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะทำให้ ประสาทตื่นตัว มีสมาธิมากขึ้น การสังเกต การรับรู้และการจดจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลสูงและ รุนแรง ทำให้ความสามารถในการสังเกตและรับรู้ลดลง สมาธิและความจำลดลง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ซึ่งพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึง ระดับสูง (Delva et al., 2002) ซึ่งความวิตกกังวลในระดับที่สูงนอกจากจะทำให้ไม่สามารถรับรู้ข้อมูล ได้อย่างถูกต้องเต็มที่แล้วอาจจะส่งผลให้ไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้ป่วยได้ (Reider, 1994)

2.7.4 ด้านสังคม พบว่าการแสดงบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น ทำให้ต้องออกจากงานมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (เกษร ปัญญาใส, 2553) รวมถึงการทำกิจวัตรประจำวัน บางอย่างมีการเปลี่ยนแปลง เช่น การไปออกกำลังกายลดลง การเข้าสังคมกับเพื่อนลดลงเนื่องจาก ต้องเฝ้าดูแลในช่วงที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (Titler, Cohen, & Craft., 1991 อ้างถึงใน รัตนา อยู่เปล่า, 2543)

2.7.5 ด้านพฤติกรรม เช่น อาจมีพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น การถามคำถามซ้ำๆ เดินไปเดินมา การใช้ยาหรือสารเสพติด เช่น สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา เพื่อให้สามารถเผชิญภาวะวิตกกังวล บางรายอาจมี อาการหวาดระแวงได้ (ฐิติมา ธารประสิทธิ์, 2548)

2.8 การประเมินความวิตกกังวล

เนื่องจากความวิตกกังวลส่งผลต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย อารมณ์และ พฤติกรรมทำให้การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

2.8.1 การประเมินทางด้านร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตรา การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น แต่การ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่สัมพันธ์กับความระดับความวิตกกังวลเนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน (Varcorolis, 2002)

2.8.2 การประเมินด้วยตนเอง มีหลายวิธี เช่น

1) มาตรวัดความวิตกกังวลแบบประเมินค่าด้วยสายตา (Visual Analogue Scale) ของ Gaberson (1991 อ้างถึงใน ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) โดยการกำหนดเส้นตรงความยาว ประมาณ 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายปิดทางด้านซ้ายมือ จะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลและ จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไปทางขวามือจนถึงปลายปิดทางด้านขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวล

มากที่สุด (ดังภาพที่ 1) โดยให้ผู้ประเมินกากบาทหรือระบุตำแหน่งของความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกวิตกกังวล ณ ตอนนั้นมากที่สุดลงบนเส้นที่กำหนด



ภาพที่ 2 มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (Visual Analogue Scale: VAS) (Gaberson, 1991 อ้างถึงใน ถนอมศรี คูอาริยะกุลม 2538)

ในประเทศไทยได้มีการนำมาตรฐานวัดความวิตกกังวล (VAS) ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม จากการศึกษาของ อุบล จ่วงพานิช และคณะ (2555) ได้นำไปใช้ทดลองใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 คน ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) พบว่าเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.907

2) Beck Anxiety Inventory (1990) เป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวล มีข้อความทั้งหมด 21 ข้อ มี 4 เลือก (Likert scale 4-items) 0 คือ ไม่มีอาการนั้นเลยจนถึง 3 คือ มีอาการเหล่านั้นมาก คะแนนรวมต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 63 คะแนน Fydrich, Dowdall, & Chambless (1992) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะวิตกกังวลจำนวน 40 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเชิงสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) = .92

3) แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger et al. (1968, 1977) เป็นที่นิยมใช้ ได้มีการปรับปรุงใหม่ในปี 1983 แบ่งเป็น 2 ชุด ตามลักษณะของความวิตกกังวล คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety; A-State) และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety; A-Trait) ซึ่งมีคำถามชุดละ 20 ข้อ มีข้อความมีทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างละ 10 ข้อ มีคำตอบ 4 ตัวเลือกโดย 1 คือ ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึง 4 คือ มีความรู้สึกมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน และคะแนนสูงสุด 80 คะแนนโดยคิดคะแนนแยกตามแบบประเมินไม่นำคะแนนมารวมกัน จากการศึกษาของ Quek et al. (2004) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ จำนวน 237 คน หาค่าความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger (1983) โดยแบบประเมินความวิตกกังวลประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety Inventory) และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (Trait-Anxiety Inventory) พบว่า ค่าความสอดคล้องภายในเฉพาะแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความวิตกกังวลทั้งฉบับพบว่ามีค่า

ความสัมพันธ์สอดคล้องเท่ากับ 0.78, 0.71 และ 0.76 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และแบบประเมินความวิตกกังวลทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86, 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ ในการทดลองของ จูติมา ธารประสิทธิ์ (2548) ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน จำนวน 40 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

4) แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) มีข้อความทั้งหมด 14 ข้อเป็นข้อความเกี่ยวกับความวิตกกังวล 7 ข้อ และข้อความเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ มีตัวเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ 0-4 คะแนนรวม คือ 0-42 โดยคะแนนรวมสูงหมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) และนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย 10 คน หาค่าความเที่ยงโดยวิธีการวัดซ้ำเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษา (Inter-rater reliability) พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาสำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับ 1 คือ มีความเห็นตรงกันทั้งหมด และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาสำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับ 0.64 และมีค่าความสอดคล้องภายใน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 ในส่วนของความวิตกกังวล (anxiety sub-scale) และ 0.83 ในส่วนของ อาการซึมเศร้า (depression sub-scale)

5) แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis & Malisaratos, 1983) มี 6 ข้อคำถาม มีตัวเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ 0-4 คะแนนรวม ตั้งแต่ 0-24 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงแสดงถึงมีภาวะวิตกกังวลสูง จากการศึกษาของ Meachen et al. (2008) ทำการทดสอบแบบประเมิน BSI-18 ที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 18 คำถาม ประเมิน 4 ด้าน คือ ดัชนีความรุนแรงโดยรวม (Global severity index; GSI) อาการวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้า (depression) GSI และ อาการโซมาไทเซชัน (somatization) เมื่อนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 257 คน พบว่ามีความสอดคล้องภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.66, 0.57, 0.63 และ 0.67 ในด้านดัชนีความรุนแรงโดยรวม ด้านอาการวิตกกังวล ด้านอาการซึมเศร้า และด้านอาการโซมาไทเซชัน ตามลำดับ

2.8.3 การประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก โดยการสังเกตการเคลื่อนไหว การสื่อสารด้วยคำพูดหรือภาษากาย สมาธิ การรับรู้ การตัดสินใจและการจำ โดยใช้แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของ Gramham & Conley (1971 อ้างถึงใน ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ของ Spielberger (1970) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกำลังเผชิญและเป็นแบบประเมินที่มีความนิยมในการประเมินความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากผ่านการ

ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงในการนำมาใช้ และยังไม่พบปัญหาเรื่องความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม

3. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

โดยปกติคนเรามีความต้องการตามธรรมชาติในการดำรงชีวิต และต้องการการตอบสนองความต้องการเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ชีวิตก็จะขาดสมดุลก็จะทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ หรือมีการแสดงออกทางร่างกาย หรือพฤติกรรม

ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต นอกจากผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเพื่อให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตได้แล้ว สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก็มีความต้องการในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถรักษาสมาคมของชีวิต และสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ที่ให้การตอบสนองแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก็คือพยาบาลในหอผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม

2.1 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

มนุษย์มีความต้องการตามธรรมชาติที่ต้องการการตอบสนอง เพื่อความผาสุกในการดำรงชีวิต หากไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ก็จะทำให้เกิดความผิดหวัง ไม่พอใจ ไม่มั่นใจ ท้อแท้ เครียดและสิ้นหวัง (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) ราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้คำนิยามของคำว่า ความต้องการ หมายถึง อยากรู้ ใครได้ ประสงค์จะได้ โดยความต้องการที่เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) Maslow (1970) แบ่งความต้องการพื้นฐานของคน (Basic Need Hieratchy) ออกเป็น 5 ชั้น คือ 1) ความต้องการด้านกายภาพ (Physical needs) เช่น ในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นความต้องการเพื่อที่จะอยู่รอด 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) เมื่อความต้องการด้านกายภาพได้รับการตอบสนองในระดับที่เพียงพอ ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัยจะมีผลกับพฤติกรรม เช่น ถ้าเกิดความไม่ปลอดภัยอาจจะเป็นทั้งทางกายภาพ เช่น ภัยธรรมชาติ หรือความรุนแรงภายในครอบครัว รวมถึงความไม่ปลอดภัยทางด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียของรักหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ การแสดงออกถึงความต้องการในด้านนี้ จะแสดงออกมาในรูปแบบของคำนิยาม และพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย 3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belongingness and love needs) ความต้องการนี้จะมีผลกับพฤติกรรม

ในช่วงวัยเด็ก การขาดความรักความผูกพัน หรือถูกสังคามรังเกียจหรือกีดกันออกจากกลุ่ม อาจทำให้บุคคลไม่สามารถพัฒนาหรือรักษาความสัมพันธ์ที่สำคัญ เช่น มิตรภาพ ความรัก หรือครอบครัวได้

4) ความต้องการได้รับความยกย่องนับถือ (Esteem needs) เป็นความต้องการที่จะได้รับการยอมรับจากผู้อื่น อาจส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีค่า หากไม่ได้รับการยอมรับนับถือ ก็จะทำให้ตนเองรู้สึกด้อยต่ำด้อยค่า บุคคลอาจแสดงออกโดยการแสวงหาความมีชื่อเสียง หรือพยายามทำประโยชน์ให้กับสังคมเพื่อให้ได้รับการยอมรับ หากไม่สามารถสร้างความภาคภูมิใจในตนเองได้ จะเกิดความไม่สมดุลทางจิต ก่อให้เกิดภาวะความภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem) อาจก่อให้เกิดภาวะหรือโรคซึมเศร้าได้ และ 5) ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) Maslow ได้กล่าวไว้ว่าเป็นบทสรุปความหมายของความต้องการความสมบูรณ์ของชีวิต ซึ่งจะเกิดขึ้นได้บุคคลจะต้องได้รับการตอบสนองในด้านอื่นๆ เป็นอย่างดีแล้วก่อนจึงจะเกิดความต้องการในด้านนี้ได้

โดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตย่อมได้รับผลกระทบไปด้วยโดยภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อความสมดุลของครอบครัว ครอบครัวมีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ดังกล่าวตามประสบการณ์เดิมที่เคยมี และมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถรักษาสมดุลทางอารมณ์และความสมดุลของครอบครัว ครอบครัวจึงมีความต้องการการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถสมดุลได้เนื่องจากหากไม่สามารถปรับสมดุลได้ก็จะเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้โดยเฉพาะความต้องการทางด้านจิตใจ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546 อ้างถึงใน สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ, 2551) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะเกิดความต้องการในเรื่องต่างๆ และแสวงหาทางตอบสนองความต้องการเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

2.2 การประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Gao & Gudykunst (1990) พบว่า การศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี 1975 โดยการศึกษาของ Hamp ซึ่งได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์คู่ชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 27 คน พบว่าความต้องการของคู่ชีวิตผู้ป่วยวิกฤตมีทั้งหมด 8 ด้าน คือ 1) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้าย 2) ความต้องการที่จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต 3) ความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความสุขสบายในวาระสุดท้ายของชีวิต 4) ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของของผู้ป่วย 5) ความต้องการแจ้งข่าวเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต 6) ความต้องการที่จะระบายความรู้สึก 7) ความต้องการที่จะได้รับความสะดวกสบายและได้รับความช่วยเหลือ และ 8) ความต้องการการยอมรับ การสนับสนุน และความสะดวกสบายจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ แต่เนื่องจากการศึกษาของ Hamp มีข้อจำกัดในด้านกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยและอาจมีการไม่ตรงในการคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่าง Molter (1979) จึงได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจนขึ้นในเรื่องอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 72 ชั่วโมง ทำให้ได้ข้อคำถามในการสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมด 45 ข้อ

Daley (1984 อ้างถึงใน Gao & Gudykunst, 1990) ได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 40 คน ภายใน 72 ชั่วโมงของการของเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยนำแนวคำถามของ Molter มาใช้โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ แล้วนำมาจัดกลุ่ม พบว่าสามารถแบ่งข้อคำถามออกได้เป็น 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการด้านข้อมูล 3) ความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการการสนับสนุนและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการการตอบสนองส่วนบุคคล ซึ่งผลการศึกษาของ Daley มีความคล้ายคลึงกับของ Molter (1979)

Molter & Leske (1983) ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้แบบประเมินของ Molter (1979) โดยการเก็บข้อมูลแบบกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 55 คน โดยเก็บข้อมูลในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมง ด้วยภาวะบาดเจ็บรุนแรง พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการในด้านต่างๆ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Molter และ Daley (1984 อ้างถึงใน Gao & Gudykunst, 1990) และพบเพิ่มเติมว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการเพิ่มเติมในเรื่องความต้องการมีความหวัง และได้ทำเป็นเครื่องมือในการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นที่รู้จัก คือ Critical Care Family Need Inventory; CCFNI) ซึ่งการศึกษาในระยะหลังส่วนใหญ่มีแนวของข้อคำถามไม่ต่างไปจากการศึกษาของ Molter, Daley และ Leske และได้มีการนำเครื่อง CCFNI ไปแปลใช้ในหลายภาษา เช่น การศึกษาของ Bijttebier et al. (2000) โดยทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่าความต้องการในแต่ละด้านเมื่อตรวจสอบค่าความตรงภายใน (Internal consistency) ในแต่ละด้านอยู่ที่ 0.62-0.8

Molter & Leske (1983) ได้จำแนกความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตออกได้เป็น 5 ด้าน (Critical Care Family Need Inventory) มีข้อ คำถามทั้งหมด 45 ข้อคำถาม แบ่งเป็นรายด้านได้ 5 ด้าน คือ

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) จำนวน 7 ข้อ คือ ต้องการรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สามารถพูดคุยระบายความรู้สึกที่ไม่ดีได้ ได้รับความสนใจทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งได้รับการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก เป็นต้น

2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (Comfort) จำนวน 6 ข้อ คือ การตอบสนองแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ได้รับความสะดวกสบายระหว่างรอเยี่ยมผู้ป่วย

3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) จำนวน 9 ข้อ เป็นการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาต่อ

4) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิด (Proximity and accessibility) จำนวน 9 ข้อ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่เฝ้าผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

5) ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) จำนวน 14 ข้อ โดยได้รับการบอกเล่าหรือแนะนำถึงบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา มีคนให้ความช่วยเหลือปัญหาในด้านการเงิน หรือปัญหาครอบครัว เป็นต้น

การประเมินความต้องการในแต่ละข้อมีตัวเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ

1	หมายถึง	ไม่สำคัญ
2	หมายถึง	สำคัญเล็กน้อย
3	หมายถึง	สำคัญปานกลาง
4	หมายถึง	สำคัญมากที่สุด

เมื่อรวมคะแนนแล้วด้านใดมีคะแนนรวมมากที่สุดแสดงว่าสมาชิกครอบครัวมีความต้องการในด้านนั้นมากที่สุด

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แบบประเมินของความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter และ Leske (1983) เนื่องจากมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ และความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทำการศึกษาและไม่พบปัญหาความแตกต่างด้านวัฒนธรรม

4. โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาพบว่าเมื่อบุคคลในครอบครัวต้องเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นด้านที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับผลกระทบมากที่สุด โดยปัญหาทางด้านจิตใจที่พบและมีความสำคัญคือ ปัญหาในเรื่องความวิตกกังวล ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเองแล้วทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ยังอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่นในครอบครัว ได้โดยปัญหาดังกล่าวจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างทั้งที่เป็นปัจจัยภายนอกและที่เป็นปัจจัยภายในจากตัวสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเอง ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำได้หรือไม่สามารถแก้ไขได้ และทั้งที่สามารถจัดกระทำหรือให้การพยาบาลช่วยเหลือได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลที่สามารถจัดกระทำได้ คือ การให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ตามการศึกษาของ Molter & Leske (1983) ที่ได้ประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า มีทั้งหมด 5 ด้าน ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมครบทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ ใช้ระยะเวลา 3 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยกิจกรรมในแต่ละวันประกอบไปด้วยรายละเอียดดังนี้

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ประเมินความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและระดับความวิตกกังวล และให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยการให้การตอบสนองความต้องการ 2 ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดก่อน หมายถึง เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ความสำคัญ และต้องการการตอบสนองมากที่สุด 2 อันดับแรก

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) คือ รู้สึกวางใจได้ว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ไม่อยู่โรงพยาบาลชั่วคราว การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย การรู้สึกมีความหวัง การได้พูดคุยถึงเรื่องผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมการได้พูดคุยถึงความรู้สึกที่ไม่ดี

2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (Comfort) คือ การให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ แนะนำสถานที่เกี่ยวกับร้านอาหารและร้านค้าร่วมบริการต่างๆ ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีทางเลือกในการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ แนะนำจุดบริการโทรศัพท์สาธารณะ และห้องน้ำที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย การมีที่พักรอเยี่ยมอยู่ใกล้ๆ หอผู้ป่วย มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยมรวมทั้งดูแลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตรงเวลา

3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ให้การดูแล ข้อมูลอาการปัจจุบันความคืบหน้าและการพยากรณ์ของโรค แนวทางการรักษาและเหตุผลในการทำหัตถการในการรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การรับทราบข้อมูลทางโทรศัพท์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้เบอร์ติดต่อกับทางหอผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถโทรสอบถามอาการเมื่อไม่สามารถเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยได้ การได้รับทราบข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) คือ การได้รับการอธิบายด้วยคำที่เข้าใจง่าย การได้รับการรับทราบกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยที่ชัดเจน มีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ คอยช่วยเหลือให้กำลังใจหรือเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้รับการใส่ใจด้านสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาส

หรือแนะนำสถานที่ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถอยู่คนเดียวบ้างเป็นบางเวลา ได้รับการกระตุ้น ระบายความรู้สึก และได้รับการช่วยเหลือปัญหาด้านการเงิน

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) คือ การได้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้ง ได้ทุกเวลา หรือปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมี ความจำเป็น ได้รับการพูดคุยกับแพทย์ทุกวัน ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

สอบถามความต้องการปัจจุบันและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการปัจจุบันก่อน แล้วจึงให้การตอบสนองความต้องการใน 2 ด้านที่มีคะแนนรองลงมาจาก 2 ด้านแรกที่ได้ให้การ ตอบสนองแล้วในวันแรก

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

สอบถามความต้องการปัจจุบันและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการปัจจุบันแล้ว จึงให้การตอบสนองในด้านสุดท้ายที่เหลือ เพื่อให้การตอบสนองความต้องการครบทั้ง 5 ด้าน ประเมิน ความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและระดับความวิตกกังวลซ้ำเมื่อสิ้นสุด โปรแกรม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิกุล ตันดิธรรม (2533) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 52 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายหลังเข้าเยี่ยมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นาฎยา เอื้องไพโรจน์ (2535) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยวัดระดับความวิตกกังวลทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้าเยี่ยมหลังเข้าเยี่ยมและให้ข้อมูล 2 ครั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมและให้ข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีคะแนน เฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

ต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ความต้องการกับการตอบสนองที่ญาติได้รับไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ลดความวิตกกังวล รองลงมา คือ ต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่ความต้องการน้อยที่สุด คือ กำลังใจและระบายความรู้สึก และยังพบว่าบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีความต้องการที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ความต้องการที่ญาติได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือลดความวิตกกังวล รองลงมาคือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยความต้องการด้านที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ กำลังใจและระบายความรู้สึก

อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันและเปรียบเทียบความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระหว่างการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 123 ราย พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือ ลดความวิตกกังวล และอันดับสุดท้าย คือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก สำหรับพยาบาลรับรู้ว่ามีสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และอันดับสุดท้าย คือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยพบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยความต้องการของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนอง (มากกว่าร้อยละ 67.6) บุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด คือ พยาบาล (ร้อยละ 63.15)

จรี ชูติธาดา, สุภัตรา ไกรโสภา, และเหรียญทอง วงษ์สุดตา (2542) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความต้องการทั้งหมดของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตผู้สนองความต้องการและความต้องการที่บุคลากรทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถตอบสนองได้ โดยทำการ เก็บข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งแรกในหอผู้ป่วยวิกฤตและ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและเด็ก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 24-72 ชั่วโมง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 93 ราย ผลการศึกษาความต้องการจำแนกตามรายข้อพบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สุด คือ ต้องการมีความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเมื่อจำแนก ความต้องการในแต่ละด้าน ความต้องการสูงสุดด้านแรก คือ ด้านต้องการลดความวิตกกังวล และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการมากที่สุด คือ พยาบาล

รัตนา อยู่เปลว (2543) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House (1981) ผลการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล

หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปจำนวน 40 คน สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 40 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในห้องรับส่งผู้ป่วยห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 10 คน โดยจัดอบรมพยาบาลเรื่อง การพยาบาลที่เน้นการดูแลครอบครัว จากนั้นให้พยาบาลในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบการให้บริการในส่วนต่างๆ จัดทำสื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพยาบาลมีความพึงพอใจการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวพีร์ จันทระเจษฎา (2547) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวิกฤตแบ่งเป็นควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองและมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ฐิติมา ธารประสิทธิ์ (2548) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดห้องห้องฉุกเฉิน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง (2548) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการช่วยเหลือที่เน้นการรับรู้สถานการณ์ที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ครอบครัวเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์และแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลการทดลองพบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กันยา วัชเสงยะฤทธิ์ (2549) เป็นการศึกษาผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผลการทดลองพบว่าความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จรรยา สายวาริ และวันดี ชูชาติ (2550) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการเอกสารแผนพับประกอบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ผลการวิจัยพบว่ามารดาผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกษร ปัญญาใส (2553) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้าน

ข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ด้านความพึงพอใจกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์และกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

พวงผกา บวรลักษณ์ และวราภรณ์ คงสุวรรณ (2555) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยพึ่งพาเทคโนโลยีระดับประคองชีวิต โดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 10 ราย พบว่าความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมี 3 กลุ่มใหญ่ คือ 1) ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีในเรื่องข้อดี ข้อเสียของการใช้เทคโนโลยีและข้อควรเฝ้าระวัง 2) ต้องการความมั่นใจในความปลอดภัยของเทคโนโลยีในเรื่องระบบความปลอดภัยของเทคโนโลยีและระบบความปลอดภัยในการขนย้ายผู้ป่วยขณะใช้เทคโนโลยีและ 3) ต้องการอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลคือบรรยากาศการดูแลที่เป็นกันเอง การสื่อสารในการดูแล และการดูแลเพื่อลดความเครียดของญาติ

Mclvor & Thompson (1988) เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจำแนกความต้องการตามการศึกษาของ Daley (1984) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ผลการศึกษาพบว่าความต้องการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล โดยต้องการทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและการได้รับการมีความหวัง รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ในเรื่องอาการของผู้ป่วย การได้พูดคุยกับพยาบาลในการอธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ และด้านที่ต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

Chartier & Coutu-Wakulczyk (1989) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับระดับความวิตกกังวลและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเก็บจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 คน พบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกเป็นห่วงมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความเจ็บปวดทางด้านร่างกายของผู้ป่วย (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (ร้อยละ 32.4) และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย (ร้อยละ 28.5) ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษามีผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลมากที่สุด โดยมีค่าความสัมพันธ์ $r = 0.49$ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยมีค่าความสัมพันธ์ $r = 0.30$

Kleinpell & Powers (1992) เป็นงานวิจัยเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ความต้องการที่สำคัญและความพึงพอใจการตอบสนองความต้องการระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกับพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่ชีวิต หรือมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อนจากการศึกษาพบว่าทำให้คะแนนความสำคัญและความพึงพอใจในการตอบสนองความต้องการในแต่ละข้อของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้คะแนนความสำคัญและความพึงพอใจต่อการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้คะแนนความสำคัญและความพึงพอใจในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

Tracy, Fowler, and Magarelli (1999) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวังและระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตแบบรายบุคคล พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความรู้สึกมีความหวังสูงและมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์สูงซึ่งความหวังและความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($r = .11, p = .475$)

Pochard et al. (2001) ศึกษาความวิตกกังวลและความเครียดต่อความสามารถในการตัดสินใจ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 920 คน พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 69.1 และมีภาวะเครียดร้อยละ 35.4 จากจำนวนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมดคู่ชีวิตหรือสามี-ภรรยาจะพบความวิตกกังวลร้อยละ 72.7 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย คือ ไม่มีอาการแสดงของโรคเรื้อรัง ปัจจัยด้านคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เช่น คู่ชีวิต, เพศ, อายุ, ความต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญ และการได้รับการช่วยเหลือโดยการดูแลทั่วไปและปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ได้รับคำปรึกษาพูดคุยระหว่างแพทย์ พยาบาล และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและการมีห้องสำหรับการปรึกษาร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

Holden, Harrison, and Johnson (2002) เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับครอบครัวพยาบาลและผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 12 งาน จากทั้งหมดมากกว่า 40 งาน พบว่ามีความพยายามที่จะให้การดูแลแบบองค์รวมในการเพิ่มมาตรฐานการพยาบาลแม้ว่ามีความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ก็ยังมีครอบครัวอีกมากที่ไม่ได้รับการดูแลการพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลควรทำอย่างเป็นระบบ

Azoulay et al. (2002) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาและความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลครอบครัว โดยการใช้แผ่น

พับ (family information leaflet: FIL) วิฤตพบว่าสามารถลดความไม่เข้าใจจากเดิมร้อยละ 40.9 เหลือร้อยละ 11.5 ($p < .0001$) ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และทำให้คะแนนความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$)

Delva et al. (2002) เป็นการศึกษาสำรวจความต้องการ และระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤตกับปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 200 คน พบว่า สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง และมีความต้องการด้านข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือ ความต้องการความมั่นใจและลดความวิตกกังวล ด้านปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.15, p = .0311$) เพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชายและมีความต้องการส่วนใหญ่ในด้านความมั่นใจ ความต้องการอยู่ใกล้ชิด ความต้องการด้านการสนับสนุน และความต้องการด้านความสุขสบาย ด้านการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำจะมีความวิตกกังวลและมีความต้องการการตอบสนองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงขึ้นไป และพบว่าการมีประสบการณ์การนอนโรงพยาบาลมาก่อนหรือเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิฤตอายุกรรมเป็นครั้งแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญทางสถิติ

Leske (2002) ได้ทำการศึกษารวบรวมและจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤตเพื่อลดความวิตกกังวล โดยมีขั้นตอน ดังนี้คือ 1) ระบุตัวสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่จะเป็นผู้แทนในการรับข้อมูลและรับการดูแลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการจัดกิจกรรมให้ 2) ระบุพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการติดต่อสื่อสาร 3) สร้างระบบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเป็นการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤต 4) ส่งเสริมการเข้าถึงผู้ป่วยและให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ 5) สร้างระบบในการติดต่อกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 6) คัดเลือกสมาชิกครอบครัวเพื่อฝึกการดูแลผู้ป่วยในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน 7) คัดเลือกสมาชิกในการฝึกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8) ให้การจัดการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยและญาติในภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย 9) จัดหาแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนในด้านสิ่งแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกสบายให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤต เช่น ห้องที่เงียบสงบ โทรศัพท์ ร้านขายของ เป็นต้น 10) สร้างระบบหรือรูปแบบในการแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 11) มีระบบส่งต่อให้หน่วยงานเฉพาะในการตอบสนองตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤต

Chien et al. (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิฤต โดยให้โปรแกรมในช่วง 3 วันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิฤตของผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 34 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีระดับความวิตก

กังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) และมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$)

Paparrigopoulos et al. (2006) ศึกษาผลกระทบระยะสั้นของภาวะเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 32 คน โดยประเมินภาวะเริ่มแรกของการตอบสนองความเครียดภายหลังเผชิญภาวะเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress reaction) ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลในระยะสูงและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 97 และมีภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 81 ซึ่งผู้หญิงจะมีระดับความรุนแรงและอาการคงอยู่นานมากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) เป็นปัจจัยทำนายการตอบสนองต่อภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หรือเป็นตัวทำนายการเกิดภาวะ Post-traumatic symptom disorder (PTSD) ได้

Maxwell, Stuenkel, & Saylor (2007) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 30 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 20 คน ผลการเก็บข้อมูลพบว่า พยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ความต้องการที่แตกต่างกันและให้คะแนนความสำคัญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Sauls & Warise (2010) ศึกษาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลและครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในการลดความวิตกกังวล จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต คือ 1) การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความเชื่อมั่นและไว้วางใจในการพยาบาลเนื่องจากสาเหตุของความวิตกกังวลประการหนึ่งเกิดจากการขาดการสื่อสารที่เพียงพอ การสื่อสารให้ข้อมูลต้องมีความชัดเจนและสม่ำเสมอ เนื้อหาของการสื่อสารที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาในปัจจุบัน สิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถาม ระบายความรู้สึกในเรื่องที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลให้ความสนใจโดยการให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อลดความวิตกกังวลอย่างสม่ำเสมอทุกวัน 2) เปิดโอกาสให้เยี่ยมและได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย โดยการยืดหยุ่นเวลาสำหรับการเข้าเยี่ยมได้และมีที่นั่งพักระหว่างรอเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่มีความสะดวกสบายและอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วย 3) เชิญชวนให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลพื้นฐานทั่วไป เช่น การเช็ดหน้า ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันให้กับผู้ป่วย การออกกำลังกาย หรือการนวดให้ผู้ป่วย เป็นต้น

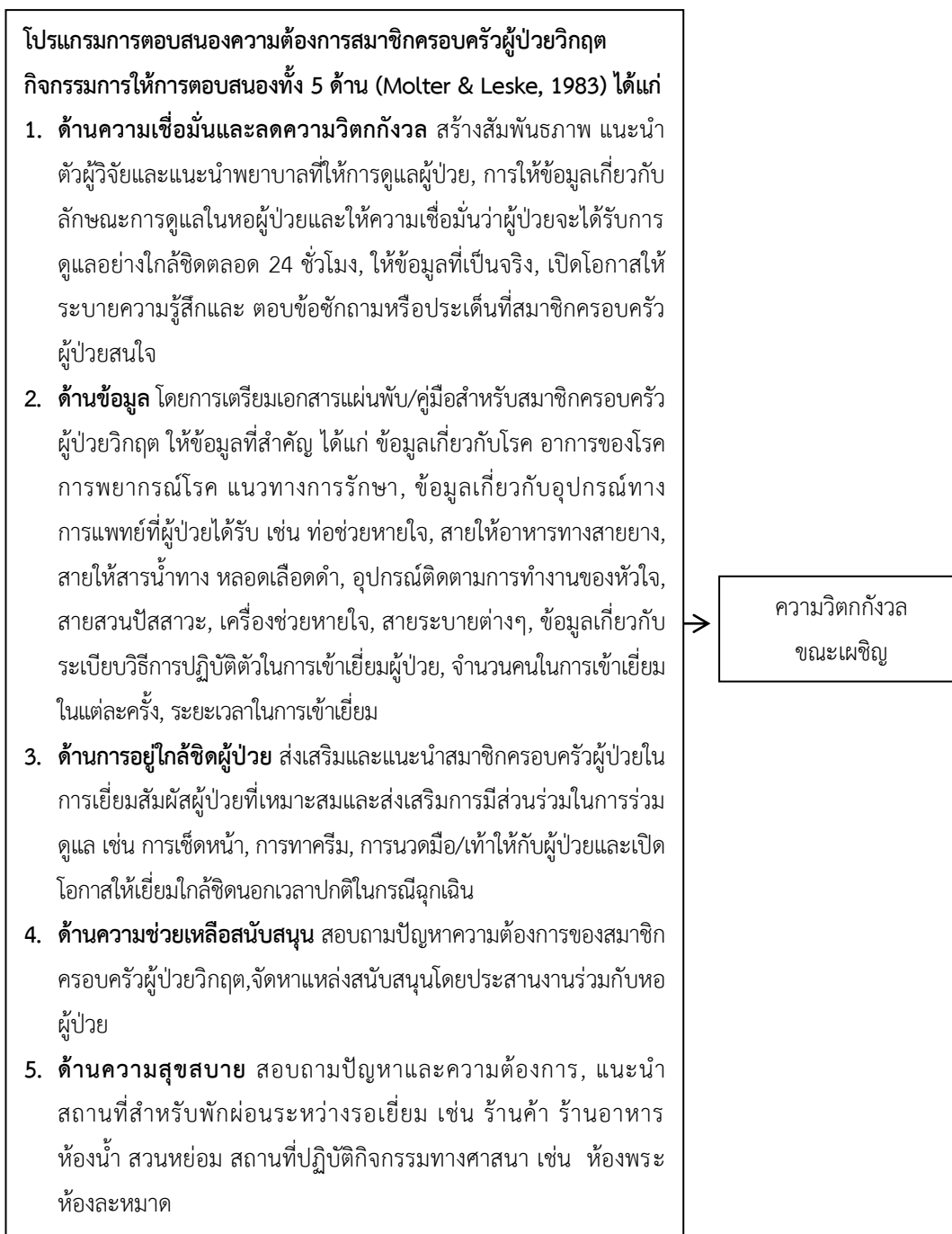
Bailey et al. (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า การให้การสนับสนุนด้านข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .741$,

$p < .001$) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลกับความวิตกกังวลทางสถิติ ($r = -0.13, p = .502$)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญตามการจำแนกโดย Spielberger(1983) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลมีทั้งปัจจัยที่จัดกระทำไม่ได้ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้น ส่วนปัจจัยที่จัดกระทำได้ คือ การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในด้านต่างๆ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory) ของ Molter & Leske (1983) และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ เช่น ความวิตกกังวลแฝง ประสบการณ์ในอดีต สภาวะแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตและอุปกรณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับ

โดยส่วนใหญ่พบว่า ความต้องการการตอบสนองด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการการตอบสนองในด้านข้อมูล ส่วนการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลที่ให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยพบว่ามีการให้การพยาบาลโดยใช้รูปแบบการสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยใดทำการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนและให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน ที่มีการประเมินอย่างเป็นรูปธรรมและมีแบบแผนที่ชัดเจน ทำให้การให้ข้อมูลหรือการพยาบาลอาจไม่ตรงกับความต้องการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการในขณะนั้น อีกทั้งความวิตกกังวลในระดับที่สูงทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และจดจำไม่ดี การให้การพยาบาลที่ไม่ใช่สิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการในขณะนั้นอาจไม่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลของอารมณ์และของครอบครัวได้ ในฐานะพยาบาลผู้ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดของ Hill (1949) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและสร้างโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและเน้นที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรวมไปถึงตัวผู้ป่วยวิกฤตด้วย

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลโดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม	
O ₁	O ₂
กลุ่มทดลอง	
O ₃	O ₄

O ₁	หมายถึง การประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₂	หมายถึง การประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับการดูแลตามปกติ
O ₃	หมายถึง การประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
O ₄	หมายถึง การประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
X	หมายถึง การพยาบาลตามปกติรวมกับการให้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด หรือทางสถานภาพสมรส หรือผู้ที่ให้การดูแลและมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .05 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน (Burns & Grove, 2009)

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 44คน และใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pairs) เข้ากลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านต่างๆ ดังนี้คือ

1. ด้านผู้ป่วย

1.1 อายุอยู่ในช่วงวัยเดียวกันเนื่องจากผู้ป่วยที่อายุน้อยส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Pochard et al., 2005)

1.2 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งแรกเนื่องจากการมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีผลต่อความวิตกกังวลแฝงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะส่งผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Eyesenck, 2004 อ้างถึงใน Shri, 2010)

2 ด้านสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Pochard et al., 2001)

2.1 อายุ จับคู่ให้มีอายุอยู่ในช่วงวัยเดียวกันเนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุมากขึ้น (Chartier & Coutu-Wakulczyk, 1988; Kleinpell & Powers, 1992)

2.2 เพศ จับคู่ให้เป็นเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002)

2.3 ระดับการศึกษาให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด เนื่องจากการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะวิตกกังวลลดลง (Chartier & Coutu-Wakulczyk, 1989; Delva et al., 2002)

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่เคยมีประสบการณ์คนในครอบครัวเคยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน
2. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger (1968, 1977)

4. สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยและเป็นคนเดียวกันตลอดการศึกษาในครั้งนี้

5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ร่วมกับการสอบถามประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หากผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในส่วนของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยทำเป็นรายบุคคลจากนั้นจึงทำการประเมินความต้องการการตอบสนองและความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินที่เตรียมไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมครบ 22 คน แล้วจึงดูแลให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและทำการประเมินความต้องการการตอบสนองและความวิตกกังวลซ้ำภายหลังครบระยะเวลา 3 วัน นับจากการประเมินในครั้งแรก แล้วจึงดูแลให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่ได้เตรียมไว้ให้กับกลุ่มทดลอง จากนั้นจึงทำการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองโดยใช้หลักการในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และทำการจับคู่กับกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวแบบรายบุคคลจนครบ 22 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 3 วัน สำหรับการวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกจำนวนทั้งหมด 7 คน เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต 4 คน ย้ายออกจากหอผู้ป่วยภายใน 3 วัน 1 คน และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ 3 วัน 2 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา
1	41	ชาย	ป.โท	36	ชาย	ป.โท
2	35	ชาย	ป.ตรี	36	ชาย	ป.ตรี
3	52	หญิง	ปวส.	49	หญิง	ปวส.
4	36	หญิง	ป.ตรี	32	หญิง	ป.ตรี
5	42	ชาย	ป.ตรี	45	ชาย	ป.ตรี
6	60	ชาย	มัธยม	56	ชาย	มัธยม
7	20	หญิง	มัธยม	23	หญิง	มัธยม

ตารางที่ 1 (ต่อ) คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา
8	53	หญิง	ป.โท	48	หญิง	ป.โท
9	60	หญิง	ประถม	65	หญิง	ประถม
10	46	หญิง	ประถม	46	หญิง	ประถม
11	53	หญิง	ประถม	49	หญิง	ประถม
12	43	หญิง	ป.โท	39	หญิง	ป.โท
13	34	ชาย	ป.ตรี	33	ชาย	ป.ตรี
14	44	ชาย	ป.ตรี	45	ชาย	ป.ตรี
15	33	หญิง	ป.ตรี	36	หญิง	ป.ตรี
16	49	ชาย	ปวส.	47	ชาย	ปวส.
17	58	หญิง	ประถม	64	หญิง	ประถม
18	49	หญิง	ประถม	47	หญิง	ประถม
19	55	หญิง	ประถม	54	หญิง	ประถม
20	58	ชาย	มัธยม	55	ชาย	มัธยม
21	18	หญิง	มัธยม	21	หญิง	มัธยม
22	55	หญิง	ป.โท	51	หญิง	ป.โท

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือเก็บข้อมูลและเครื่องมือกำกับการทดลองปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- | | |
|--|------|
| 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิกฤต | 1 คน |
| 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง | 1 คน |
| 3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ | 2 คน |
| 4) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต | 1 คน |

เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาของ โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาความชัดเจนของภาษา จากนั้นจึงนำเครื่องมือที่ได้มาทดลอง มาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit and Beck, 2004) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ภายหลังการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดแล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าว ไป ทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาที่ใช้ในการให้โปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาของโปรแกรม และแบบประเมินที่นำมาใช้โดยไม่มีการซักถามขอคำอธิบายเกี่ยวกับแบบประเมินที่ใช้ ระยะเวลาในการทำกิจกรรมอยู่ในช่วง 30-45 นาที

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 15 คน (Burns & Grove, 2009; p443) ณ หอผู้ป่วย วิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ทรวงอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .7-.8 (Devellis, 2003)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมตอบสนองความต้องการสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็น โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัว ของ Hill (1949) และความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter & Leske (1983) โดยทำการศึกษาความต้องการในแต่ละด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการนำมา เป็นเนื้อหาในการจัดกิจกรรมและการทำคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ร่วมกับการประยุกต์ใช้ โปรแกรมของ Chien et al (2006) และ Sauls & Warise (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรม

วิธีการดำเนินการในการจัดกิจกรรม เช่น การเริ่มกิจกรรมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยเร็ว การให้ข้อมูลเชิงรุก ลักษณะของสื่อที่ใช้ประกอบการให้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น เพื่อลดความวิตกกังวล โดยกิจกรรมใช้เวลาทั้งหมด 3 วัน ประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังนี้

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

โดยการให้การตอบสนองความต้องการ 2 ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดก่อน หมายถึง เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ความสำคัญ และต้องการการตอบสนองมากที่สุด 2 อันดับแรก

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) คือ ได้รับทราบอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นจริงที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้ โดยการอธิบายด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ให้ความมั่นใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลดูแลรักษาที่ดีที่สุดอย่างไรบ้าง

2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (Comfort) คือ การให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ แนะนำสถานที่เกี่ยวกับร้านอาหารของทางโรงพยาบาล และร้านค้าเอกชนที่ร่วมให้บริการต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ แนะนำจุดบริการโทรศัพท์สาธารณะ และห้องน้ำที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย การมีที่พักผ่อนเียบมอยู่ใกล้ๆ หอผู้ป่วย มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักผ่อนเียบม เช่น เก้าอี้นั้งพัก มุมหนังสือ และให้ความมั่นใจว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถออกจากหอผู้ป่วยหรือออกจากโรงพยาบาลได้เป็นบางเวลาเพื่อทำธุระส่วนตัว

3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยประจำวัน หรือแนะนำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทราบว่าสามารถสอบถามข้อมูลต่างๆ กับบุคลากรคนใดในหอผู้ป่วยได้บ้าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาประจำวันที่ผู้ป่วยได้รับพร้อมอธิบายเหตุผลในการรักษา รวมทั้งเปิดโอกาสหรือประสานงานให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบแนวทางการรักษาจากแพทย์

4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเียบมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ชักถามความรู้สึกและปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เปิดโอกาสให้ระบาย แสดงอารมณ์ความรู้สึก เช่น การพูดระบาย การร้องไห้ อยู่เป็นเพื่อนขณะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเียบมผู้ป่วยในช่วงแรก และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง ให้คำแนะนำหรือหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาหรือ

ข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล หรือติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การให้บริการทางด้านศาสนาตามความเชื่อหรือความศรัทธาของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เช่น การเปิดบทสวดมนต์ การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อที่ไม่กระทบกับการทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยหรือไม่กระทบการรักษาพยาบาล

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) คือ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย การนวดตามร่างกาย การช่วยออกกำลังกาย เข้าเยี่ยมได้ตรงเวลา เข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้ง หรือปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น มีเก้าอี้ให้นั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม รวมทั้งการแจ้งแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการใน 2 ด้านที่มีคะแนนรองลงมาจาก 2 ด้านแรกที่ได้ให้การตอบสนองแล้วในวันแรก

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านสุดท้ายที่เหลือ เพื่อให้การตอบสนองความต้องการครบทั้ง 5 ด้าน

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2) **คู่มือข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต** ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน (ภาคผนวก ง) โดยมีขั้นตอนการสร้างคู่มือดังนี้

1. ผู้วิจัยสรุปรวบรวมข้อมูลและเนื้อหาที่จำเป็นและสอดคล้องกับเนื้อหาโปรแกรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้เป็นแหล่งข้อมูลสนับสนุนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ถ่ายภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับขณะรับการรักษาภายในหอผู้ป่วยวิกฤต และอุปกรณ์ของใช้ทั่วไปสำหรับผู้ป่วย แล้วนำมาจัดทำเป็นเอกสารคู่มือให้สอดคล้องกับเนื้อหาเพื่อใช้ประกอบในการทำกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือข้อมูลสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม หลังจากนั้นจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิกฤต 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการ

พยาบาลชั้นสูงด้านอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 คน และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท 1 คน

จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 1 และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำในเรื่องการปรับภาษาที่ใช้ในโปรแกรมและเพิ่มเติมรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมในแต่ละด้านให้มีความชัดเจนและครอบคลุม เช่น การเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆ ในโรงพยาบาลที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ประโยชน์ได้ การเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับลงในคู่มือ และปรับการเขียนเนื้อหาให้เป็นความเรียงแทนการนำเสนอเป็นหัวข้อ เป็นต้น จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังกล่าวข้างต้นซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 3 ราย พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้รูปแบบของกิจกรรม ลำดับขั้นตอนและระยะเวลาของกิจกรรมมีความเหมาะสมตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น คือ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30-45 นาที มีความสนใจในการอ่านเอกสารคู่มือสำหรับญาติผู้ป่วยที่ผู้วิจัย แจกให้ และมีความกระตือรือร้นในการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory: CCFNI) โดยใช้แบบสอบถามของ Molter & Leske (1983) ซึ่งทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

- 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) 7 ข้อ
- 2) ความต้องการด้านความสบาย (Comfort) 6 ข้อ
- 3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) 9 ข้อ
- 4) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) 9 ข้อ
- 5) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) 14 ข้อ

ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความสำคัญ
คะแนน 2	หมายถึง	มีความสำคัญเล็กน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	มีความสำคัญพอควร
คะแนน 4	หมายถึง	มีความสำคัญมาก

คะแนนเฉลี่ยของความต้องการในแต่ละข้อมี ความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-4 ถ้าคะแนนเฉลี่ยรวมในด้านใดมากแสดงว่าญาติมีความต้องการในด้านนั้นสูง โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ภายหลังการทดลองต้องมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่าเดิมหรือลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองถึงผ่านเกณฑ์ ผลการเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มตัวมีคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการการตอบสนองในแต่ละด้านเท่าเดิมหรือลดลงทุกคน (ภาคผนวก จ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบและระยะเวลาที่ใช้ของกิจกรรมมีความเหมาะสม และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการใช้ภาษาในแบบประเมิน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 โดยมีข้อคำถามที่ถูกตัดออก 1 ข้อคำถามในด้านความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา เนื่องจากการเก็บข้อมูลทำเป็นแบบรายบุคคลที่ต้องผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลานานจึงทำการเก็บข้อมูลสำหรับการหาความเที่ยงโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน (Burns & Grove, 2001; p 443) ที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .93 (ภาคผนวก จ)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบไปด้วย 7 ข้อคำถาม คือ ข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับผู้ป่วย ประสบการณ์การมีสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ของ Spielberger (1968, 1977) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory; SAI) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม และความวิตกกังวลแฝง 20 ข้อ มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและข้อคำถามด้านลบ มีตัวเลือกตอบได้ 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยเกณฑ์ การให้คะแนนเป็นดังนี้ คือ

- | | | | |
|---|-------------|---------|---|
| 1 | ไม่มีเลย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ |
| 2 | มีบ้าง | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย |
| 3 | ค่อนข้างมาก | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก |
| 4 | มากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด |

เกณฑ์การให้คะแนนที่แสดงความรู้สึกทางบวก ให้คะแนนมากที่สุด 4 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 3 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่เป็นความรู้สึกทางลบ การให้คะแนนเป็นไปในทางตรงข้าม

การแปลผลคะแนนความวิตกกังวลแบ่งความวิตกกังวลออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 20-39	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลต่ำ
คะแนน 40-59	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนน 60-80	คะแนน	แสดงว่า	มีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดว่าแบบประเมินมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการปรับใช้ภาษาในแบบประเมินให้มีความชัดเจนขึ้น ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารายงาน 15 คน ณ หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .95 (ภาคผนวก จ)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2556 ถึง 20 มกราคม 2558 ที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จ. ปทุมธานี ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล และต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร่วมกับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลาในการดำเนินการนาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมตัวเอง โดยการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลเนื้อหาที่ต้องใช้ในการให้ข้อมูลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ โรคที่เข้ารับการรักษาป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต อุปกรณ์การแพทย์ที่ผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับระหว่างรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ระเบียบวิธีการเยี่ยมและการปฏิบัติตัวขณะเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลจากคณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการทดลอง

กลุ่มควบคุม

วันที่ 1

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

3. ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ หากคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยให้การพยาบาลตามปกติและให้การดูแลตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป

4. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและกำหนดการต่าง ๆ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลองจนจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ตามที่กำหนด

6. ทำการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยแบบประเมินที่เตรียมไว้ จากนั้นให้พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูลตามรูปแบบการพยาบาลตามปกติของหน่วยงาน

วันที่ 2

1. ทักทายสร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2. สังเกตประเมินพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและการให้การพยาบาลของพยาบาลเจ้าของไข้

วันที่ 3

1. ทักทายและสอบถามความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2. ทำการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินชุดเดิมจากนั้นให้ข้อมูลเอกสาร/คู่มือที่ได้เตรียมไว้สำหรับกลุ่มทดลองแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มควบคุมและให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยตามผลการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตครั้งล่าสุด ร่วมกับการประเมินความต้องการจากการสอบถามความต้องการ จนกว่าผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ประโยชน์ให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองให้มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

จากการทดลองพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มควบคุมมีความสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยวิกฤต เมื่อประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิด และความต้องการด้านความสะดวกสบาย ตามลำดับ โดยมีการถามคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยด้วยคำถามลักษณะคล้ายกันในแต่ละวัน เช่น “วันนี้อาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการดีขึ้นหรือแย่ลง” “ทำไมผู้ป่วยดูหลับตลอดไม่ตื่นเลย” นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตบางรายไม่กล้าและไม่ทราบว่าสามารถปลุกเรียก หรือสัมผัสผู้ป่วยได้

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและผู้วิจัยแนะนำตัวและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยได้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ หากคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยให้การพยาบาลตามปกติและให้การดูแลตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะถูกคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างต้องมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป
3. อธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย กำหนดการ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด
5. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและความวิตกกังวลจากนั้นให้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยเรียงตามความต้องการที่มากที่สุดก่อนตามระยะเวลาที่กำหนด โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและ

ให้โปรแกรมแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยตนเอง จากนั้นทำการประเมินซ้ำภายหลังให้โปรแกรมครบ 3 วันโดยการตอบสนองความต้องการในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจะพบกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมด 3 ครั้ง เนื่องจากการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลมากที่สุดในช่วง 48 - 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกิจกรรมในแต่ละวันมีรายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 เป็นการพบครั้งแรกภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่เกิน 24 ชั่วโมงของการเข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลเบื้องต้น พยาบาลแนะนำตัวเองและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแบบประเมินความวิตกกังวลร่วมกับสอบถามความต้องการหรือปัญหาที่สำคัญที่สุดก่อน จากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยให้การตอบสนองความต้องการปัจจุบันที่ได้จากการพูดคุยสอบถามจากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการเรียงตามลำดับความต้องการที่มากที่สุด 2 ด้านที่มีคะแนนสูงสุดที่ได้จากแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยกิจกรรมในวันแรกใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

สรุปผลการทำกิจกรรม

ก่อนเริ่มทำกิจกรรมในวันแรกพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีสีหน้าไม่ยิ้มแย้ม ดูเคร่งเครียด สอบถามเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เมื่อประเมินความต้องการการตอบสนองพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยส่วนใหญ่มีความต้องการการตอบสนองด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 รองลงมา คือ ความต้องการด้านข้อมูลภายหลังการให้การตอบสนองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยให้ความสนใจกับคู่มือที่จัดเตรียมไว้ พยักหน้าเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ให้ และสามารถปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมได้เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ เช่น การล้างมือก่อนเยี่ยม การงดการใช้อุปกรณ์สื่อสารขณะเข้าเยี่ยม และมีการพูดคุยกับผู้ป่วย สัมผัสมือผู้ป่วย มีการเรียกผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยหลับในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการรบกวนผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยได้สื่อสารกัน เป็นการกระตุ้นการรับรู้วันเวลา สถานที่ และบุคคลแก่ผู้ป่วยและช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ประเมินอาการของผู้ป่วยด้วยตนเองเพื่อให้คลายความวิตกกังวลลง

วันที่ 2 เป็นการพบกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในวันถัดมาต่อเนื่องกันเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยการให้การตอบสนองความต้องการตามความต้องการที่เร่งด่วนที่ได้จากการสอบถามก่อนแล้วจึงให้การพยาบาลตามโปรแกรมที่กำหนดโดยกิจกรรมที่ให้เรียงตามลำดับความสำคัญที่ประเมินได้จากวันแรกอีก 2 ด้านที่มีคะแนนรองลงมา ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

สรุปผลการทำกิจกรรม

ผู้วิจัยได้พูดคุยสอบถามความต้องการปัจจุบันพบว่า ความต้องการปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมดเป็นการสอบถามอาการของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร เช่น มีอาการดีขึ้นหรือแย่ลง มีไข้หรือไม่ หลังให้ข้อมูลตอบคำถามข้อสงสัยแล้วจึงให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการอีก 2 ด้านที่มีคะแนนรองลงมาจากวันที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นการให้การตอบสนองในด้านความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน และความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

วันที่ 3 เป็นการให้การพยาบาลวันสุดท้าย โดยเริ่มจากการตอบสนองความต้องการปัจจุบันที่ได้จากการพูดคุยสอบถาม จากนั้นก็จึงให้การตอบสนองความต้องการด้านสุดท้ายที่เหลืออีก 1 ด้านที่มีคะแนนความต้องการน้อยที่สุดที่ได้จากการประเมินในวันแรก แล้วจึงให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทำแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและแบบประเมินความวิตกกังวลซ้ำภายหลังจากเสร็จกิจกรรม หากพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ก็จะต้องให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการจนกว่าผู้ป่วยจะได้ย้ายออกจากหอผู้ป่วย โดยในวันถัดไปจะให้การตอบสนองตามความต้องการโดยประเมินจากการสอบถาม

สรุปผลการทำกิจกรรม

ผู้วิจัยพบกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสอบถามความต้องการปัจจุบัน ผู้วิจัยให้การตอบสนองความต้องการปัจจุบันและให้การตอบสนองความต้องการด้านสุดท้ายที่เหลือ คือ ความต้องการด้านความสะดวกสบาย จากนั้นจึงประเมินความรู้สึกและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมที่จัดให้ จากการทำกิจกรรมในวันที่ 3 พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ยังคงมีความต้องการในด้านข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยสูงมากกว่าด้านอื่น และพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น หากได้รับทราบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตบางรายมีความต้องการได้รับข้อมูลจากพยาบาลคนเดิมทุกวัน มีการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการในด้านความสะดวกสบายกับหอผู้ป่วย เช่น การมีชั้นสำหรับวางสิ่งของหรือสัมภาระของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคนมีโทรศัพท์มือถือและต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยแฉ่งขาวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงทางโทรศัพท์มือถือมากกว่าโทรศัพท์บ้าน

หมายเหตุ ในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโดยมีเนื้อหาในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ครอบคลุมการตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) คือ ได้รับทราบอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นจริงที่

พยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้ โดยการอธิบายด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ให้ความมั่นใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลดูแลรักษาที่ดีที่สุดอย่างไรบ้าง

2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (Comfort) คือ การให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ แนะนำสถานที่เกี่ยวกับร้านอาหารและร้านค้าร่วมบริการต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ แนะนำจุดบริการโทรศัพท์สาธารณะ และห้องน้ำที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย การมีที่พักรอเยี่ยมอยู่ใกล้ๆ หอผู้ป่วย มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม เช่น เก้าอี้นั่งพัก มุมหนังสือ และให้ความมั่นใจว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถออกจากหอผู้ป่วยหรือออกจากโรงพยาบาลได้เป็นบางเวลาเพื่อทำธุระส่วนตัว

3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยประจำวัน หรือแนะนำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทราบว่าจะสามารถสอบถามข้อมูลต่างๆ กับบุคลากรคนใดในหอผู้ป่วยได้บ้าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาประจำวันที่ได้รับพร้อมอธิบายเหตุผลในการรักษา รวมทั้งเปิดโอกาสหรือประสานงานให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบแนวทางการรักษาจากแพทย์

4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ชักถามความรู้สึกและปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เปิดโอกาสให้ระบาย แสดงอารมณ์ความรู้สึก เช่น การพูดระบาย การร้องไห้ อยู่เป็นเพื่อขณะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงแรก และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง ให้คำแนะนำหรือหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล หรือติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การให้บริการทางด้านศาสนาตามความเชื่อหรือความศรัทธาของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เช่น การเปิดบทสวดมนต์ การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อที่ไม่กระทบกับการทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยหรือไม่กระทบการการรักษาพยาบาล

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) คือ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย การนวดตามร่างกาย การช่วยออกกำลังกาย ได้เข้าเยี่ยมได้ตรงเวลา ได้บ่อยครั้ง หรือปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น มีเก้าอี้ให้นั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม รวมทั้งการแจ้งแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

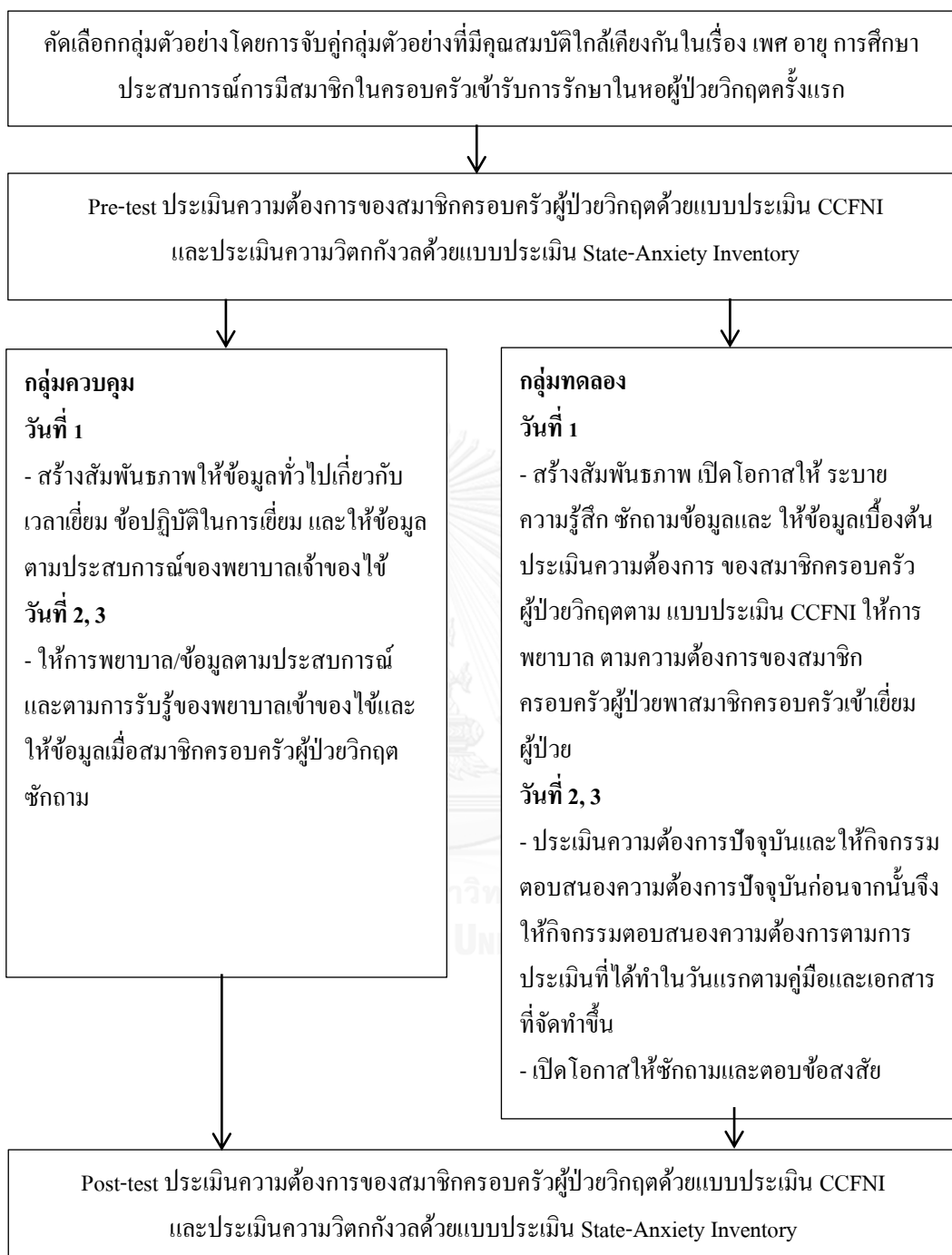
ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2556 (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัย ไม่มีการบังคับ โดยระหว่างทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดลงโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างแจ้งออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตและความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตและความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent-t-test

แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตก่อน และหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤตหอผู้ป่วยวิฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยการใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2, 3 และ 4
- ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤต และคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 5, 6 และ 7
- ส่วนที่ 3 คะแนนความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิฤต และคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 8, 9 และ 10

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n = 22)		(n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัว				
เพศ				
ชาย	6	27.27	6	27.27
หญิง	16	72.73	16	72.73
อายุ				
18 - 31	2	9.09	2	9.09
32 - 45	8	36.36	12	54.55
46 - 59	12	54.55	8	36.36
อายุเฉลี่ย (\bar{x})		45.13		44.36
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)		11.98		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

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n = 22)		(n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา				
พุทธ	22	100	20	90.91
อิสลาม	-		2	9.09
คริสต์	-		-	
รายได้ (บาท)				
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
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย				
หอผู้ป่วย				
MICU	17	77.27	19	86.36
CCU	3	13.64	2	9.09
ICU-CVT	2	9.09	1	4.55

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.73 อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 45.13 ปี (SD = 11.98) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 44.36 ปี (SD = 11.52) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.27 เท่ากับระดับปริญญาตรี รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 18.18 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเกี่ยวข้องกับแบบสามภรรยามากที่สุด ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 45.45 และ 54.55 ตามลำดับ รองลงมา คือ บุตร โดยในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 27.27 กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 22.73 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยในกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.91 รองลงมา คือ ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 9.09 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่

อยู่ในช่วง 15,001 – 20,00 บาท โดยในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 54.55 และกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 45.45 และรายได้รองลงมาในกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.18 เท่ากัน และกลุ่มทดลองมีรายได้รองลงมา มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.27 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาทางด้านอายุรกรรมมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 17 คน (ร้อยละ 77.27) ในกลุ่มควบคุม และจำนวน 19 คน (ร้อยละ 86.36) ในกลุ่มทดลอง รองลงมา คือหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.64) ในกลุ่มควบคุม และจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9.09) ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	ระดับความวิตกกังวล			
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง
2	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
3	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
4	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
5	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
6	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
7	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง
8	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
9	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
10	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
11	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ
12	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ต่ำ
13	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
14	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
15	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ) ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	ระดับความวิตกกังวล			
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
16	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
17	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
18	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
19	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ
20	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ
21	ปานกลาง	สูง	สูง	ปานกลาง
22	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังจากการทดลอง ระดับความวิตกกังวลภายหลังจากการทดลองของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ลักษณะ คือ มีความวิตกกังวลลดลงจำนวน 7 คน (ร้อยละ 31.82) มีระดับความวิตกกังวลเท่าเดิมจำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.09) และมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจำนวน 2 คน (ร้อยละ 9.09)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลอง				
สูง	4	18.18	4	18.18
ปานกลาง	18	81.82	18	81.82
ต่ำ	-	-	-	-
ระดับความวิตกกังวลหลังการทดลอง				
สูง	2	9.09	-	-
ปานกลาง	17	77.27	11	50.00
ต่ำ	3	13.64	11	50.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 81.82) เท่ากัน และมีความวิตกกังวลในระดับสูงจำนวน 4 คน (ร้อยละ 18.18) เท่ากันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลองจำนวนเท่ากับกลุ่มควบคุม แต่มีแนวโน้มความวิตกกังวลลดลงภายหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงทุกรายและมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและต่ำจำนวน 11 คนเท่ากัน (ร้อยละ 50)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการของสมาชิกครอบครัว และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 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

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม ด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (3.84) รองลงมา คือ ด้านข้อมูล (3.62) และด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความสุขสบาย (2.91) ภายหลังการทดลองพบว่าลำดับของคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้านลดลง และเมื่อเรียงตามลำดับคะแนนรวมเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่าด้านที่มีคะแนนรวมสูงที่สุด คือ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (3.69) รองลงมา คือ ด้านข้อมูล (3.40) และด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความสุขสบาย (2.82) และในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่าลำดับของคะแนนรวมเฉลี่ยด้านที่มีคะแนนมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดสอดคล้องกับกลุ่มควบคุม คือ ด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (3.86) รองลงมา

คือ ด้านข้อมูล (3.41) และด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความสุขสบาย (3.02) และลำดับคะแนนรวมเฉลี่ยภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (3.58) ด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยรองลงมามีคะแนนเท่ากัน 2 ด้าน คือ ด้านข้อมูลแลด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (3.00) และด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุดไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง คือ ด้านความสุขสบาย (2.47)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

คะแนนรวมความต้องการ	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	16.77	2.12	2.61	21	.016
หลังทดลอง	16.00	2.23			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	17.27	1.76	10.82	21	.000
หลังทดลอง	14.89	1.22			

จากตารางที่ 6 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวแตกต่างจากก่อนการทดลองโดยมีคะแนนต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวแตกต่างจากก่อนการทดลองคะแนนโดยมีคะแนนต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

คะแนนความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	52.18	0.96	1.41	21	.173
หลังการทดลอง	48.36	9.86			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50.32	9.40	3.93	21	.001
หลังการทดลอง	39.90	8.74			

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Dependent t-test คะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 คะแนนความต้องการของสมาชิกครอบครัว และคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการความตอบสนองจำแนกตามรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$)

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

จากตารางที่ 8 คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองพบว่า ด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูงเป็นลำดับที่หนึ่งของทั้งสองกลุ่ม คือ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล รองลงมา คือ ด้านข้อมูล และด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความสุขสบาย และคะแนนรวมเฉลี่ยภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูงเป็นลำดับที่หนึ่ง คือ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม รองลงมาในกลุ่มควบคุม คือ ด้านข้อมูล ส่วนในกลุ่มทดลอง มี 2 ด้าน ที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากัน คือ ด้านข้อมูลและด้านกายอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย น้อยที่สุดในกลุ่มควบคุมเหมือนกับกลุ่มทดลอง คือ ด้านความสุขสบาย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

คะแนนรวมความต้องการ	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	16.77	2.12	-.85	42	.40
กลุ่มทดลอง	17.27	1.76			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	16.00	2.22	2.06	32.64	.05
กลุ่มทดลอง	14.89	1.22			

จากตารางที่ 9 พบว่า เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยรวมก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความต้องการของสมาชิกครอบครัวหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

คะแนนความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	52.18	10.96	.605	42	.548
กลุ่มทดลอง	50.32	9.40			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	48.36	9.86	3.37	42	.002
กลุ่มทดลอง	38.90	8.74			

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบ 2 กลุ่ม วัตก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย
2. สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรศึกษา คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด หรือทางสถานภาพสมรส หรือผู้ที่ให้การดูแลและมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม 2556 ถึง 20 มกราคม 2558 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 44 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องการตอบสนองความต้องการของ Hill (1949) ทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัวโดยใช้แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter

& Leske (1983) ร่วมกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมของ Chien et al (2006) และ Sauls & Warise (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลโดยกิจกรรมใช้เวลาทั้งหมด 3 วันเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว

2. คู่มือข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory: CCFNI) โดยใช้แบบสอบถามของ Molter & Leske (1983) ซึ่งทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) 7 ข้อ 2) ความต้องการด้านความสบาย (Comfort) 6 ข้อ 3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) 9 ข้อ 4) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) 9 ข้อ 5) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบไปด้วย 7 ข้อคำถาม คือ ข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยประสบการณ์การมีสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. แบบประเมินความวิตกกังวล ของ Spielberger (1968, 1977) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory; SAI) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม และความวิตกกังวลแฝง 20 ข้อ มีทั้งข้อคำถามด้านบวกและข้อคำถามด้านลบ มีตัวเลือกตอบได้ 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยเกณฑ์ การให้คะแนนเป็นดังนี้ คือ

- | | | | |
|---|-------------|---------|--|
| 1 | ไม่มีเลย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ |
| 2 | มีบ้าง | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย |
| 3 | ค่อนข้างมาก | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมา |
| 4 | มากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด |

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2556 ถึง 20 มกราคม 2558 ที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีขั้นตอนดังนี้

1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2 เสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และภายหลังจากได้รับอนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชั้นการทดลอง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยและกำหนดการต่าง ๆ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลโดยเริ่มทำการทดลองในกลุ่มควบคุม ก่อนเมื่อครบจำนวนตามที่กำหนดจึงเริ่มทำการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.1.2 ผู้วิจัยประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวด้วยแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ จากนั้นให้พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้ข้อมูลตามรูปแบบการพยาบาลตามปกติของหน่วยงาน เป็นระยะเวลา 3 วัน

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.2.2 ดำเนินการให้ทดลองโดยการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวด้วยแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวและประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ จากนั้นให้กิจกรรมตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัว ตามโปรแกรมที่กำหนดโดยใช้เวลาวันละ 30 – 45 นาที เป็นระยะเวลา 3 วัน ซึ่งผู้วิจัยจะให้กิจกรรมการตอบสนองความต้องการเรียงตามลำดับคะแนนในด้านที่มีคะแนนความต้องการมากที่สุด 2 อันดับแรก ในวันที่ 1 จากนั้นจึงให้การตอบสนองความต้องการอีก 2 ด้านที่มีคะแนนรองลงมาในวันที่ 2 และให้

กิจกรรมตอบสนองความต้องการที่มีคะแนนน้อยที่สุดในวันที่ 3 โดยในแต่ละวันจะมีการประเมินความต้องการปัจจุบันและให้การตอบสนองความต้องการที่เร่งด่วนก่อนแล้วจึงให้การตอบสนองความต้องการตามโปรแกรมที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและให้โปรแกรมแก่สมาชิกครอบครัวด้วยตนเอง

3. ชั้นประเมินผล

ผู้วิจัยทำการประเมินผลการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังให้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตครบทั้ง 3 วัน โดยประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวและประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากเก็บข้อมูลวิจัยเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ paired sample t-test และระหว่างกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัย กอภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. สมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ดังนี้

สมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวและคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น โดยมีความสอดคล้องกับแนวคิดภาวะวิกฤตของครอบครัวของ Hill (1949) กล่าวคือ เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) ส่งผลให้มีการเสียสมดุลของครอบครัวและเสียสมดุลทางอารมณ์ (Aguilera, 1989 อ้างถึงใน อารีย์ บุญบรรทัดกุล, 2538) หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถปรับสมดุลได้ก็จะก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; จินตนา ยูนิพันธ์, 2529 อ้างถึงใน อารีย์ บุญบรรทัดกุล, 2538) ครอบครัวจึงมีความต้องการการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถรักษาสมดุลของครอบครัวได้ (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546 อ้างถึงใน สุจิตรา ลีมีอำนาจลาภ, 2551) ซึ่งความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยศาสตร์ ($r = 0.258, p < .01$) (อารีย์ บุญบรรทัดกุล, 2538) โดยพยาบาลเป็นผู้ที่สามารถให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้มากที่สุด (ร้อยละ 63.15) (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541)

โดยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยประกอบไปด้วยกิจกรรมในด้านต่างๆ ตามกรอบแนวคิด ดังนี้คือ

ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวต้องการการตอบสนองมากที่สุดเป็นอันดับแรก โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวของผู้วิจัยและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลในหอผู้ป่วย และให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การให้ข้อมูลที่เป็จริงด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เป็นการให้กิจกรรมเชิงรุก กล่าวคือ เป็นการจัดกิจกรรมภายใน 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอีกทั้งเป็นการเริ่มให้การดูแลโดยที่ไม่ต้องรอให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยร้องขอ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Sauls & Warise (2010) ที่ได้

รวบรวมแนวทางการดูแลไว้คือ การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ โดยเริ่มโปรแกรมภายใน 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังเป็นการให้การดูแลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์เนื่องจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในช่วง 48 - 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเนื้อหาของการสื่อสารต้องเป็นข้อมูลที่มีความชัดเจน เพียงพอ สม่ำเสมอ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกจึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านข้อมูล (Information) และด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ซึ่งเป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวมีความต้องการในการตอบสนองรองลงมา โดยกิจกรรมที่ให้การตอบสนองในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่สามารถให้ข้อมูลหรือให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวในเรื่องต่างๆ รวมไปถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ระเบียบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การได้พูดคุยสอบถามปัญหา ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบาย แสดงอารมณ์ความรู้สึก เช่น การพูดระบาย การร้องไห้ พูดคุยถึงความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมได้ถูกต้อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่ตกใจหรือหวาดกลัวกับ เสียงเตือนของอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งได้มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่อาจเกิดขึ้นได้ ช่วยให้อลดความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา วิงเฮงยะฤทธิ์ (2549) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่าความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของเกษร ปัญญาใส (2553) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tel & Tel (2006) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) พบว่าการให้การสนับสนุนด้านความรู้โดยการให้ข้อมูลแบบรายบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) โดยการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้า การนวดตามร่างกาย การช่วยออกกำลังกาย การได้เข้าเยี่ยมได้ตรงเวลา เข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้งรวมถึงสามารถยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยมได้เป็น

กรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น ทำให้สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกละโดดเดี่ยวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลความลดลง มีส่วนช่วยในการให้กำลังใจผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น เมื่อสมาชิกครอบครัวรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือมีความสุขสบายขึ้นย่อมทำให้สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนพบว่าสมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความสะดวกสบาย (Comfort) สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองโดยการให้ข้อมูลแนะนำสถานที่บริการทั้งทางด้านอุปโภคและบริโภค เช่น ตู้โทรศัพท์สาธารณะ สถานที่ในการนั่งรอหรือนั่งพักผ่อนระหว่างรอเยี่ยมที่อยู่ใกล้กับหอผู้ป่วย ร้านอาหารและร้านค้าร่วมบริการของเอกชน รวมถึงตลาดนัดประจำสัปดาห์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีสถานที่สำหรับพักผ่อนหย่อนใจ คลายความตึงเครียด ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลงได้ตามทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hashim & Hussin (2012) ที่ทำการศึกษาลำดับความสำคัญของความต้องการการตอบสนองที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และบุคลากรที่มสุขภาพที่สามารถให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้มากที่สุด ที่พบว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การตอบสนองความต้องการได้มากที่สุด

จากการศึกษาในประเทศไทย โปรแกรมการลดความวิตกกังวลให้แก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีหลายวิธีการ ส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองหรือให้การสนับสนุนในด้านข้อมูล และอารมณ์ โดยมีรูปแบบการกิจกรรมเป็นแบบแผนตามที่ผู้วิจัยกำหนด ให้การตอบสนองในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ ในงานวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ การจัดโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวยึดตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นหลัก และให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตครอบคลุมในทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chien et al. (2006) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (CCFNI) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้

สมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสมาชิกครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะได้รับการดูแลตามประสบการณ์ของพยาบาลซึ่งมีความแตกต่างกันในพยาบาลแต่ละคน ทำให้ข้อมูลที่ให้แก่สมาชิกครอบครัวไม่ครอบคลุมความต้องการทั้งหมด อีกทั้งเป็นการข้อมูลในคราวเดียวรวมทั้งการให้การดูแลตอบสนองความต้องการเป็นตามการรับรู้ของพยาบาลซึ่งไม่ได้มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อน ซึ่งการให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวโดยการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวก่อนทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตรงกับความต้องการในขณะนั้นเนื่องจากการให้ความสำคัญในแต่ละด้านของสมาชิกครอบครัวและพยาบาลไม่ตรงกัน (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; Maxwell, Stuenkel, & Saylor., 2007) ดังนั้นหากพยาบาลให้การตอบสนองที่ไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวในขณะนั้นอาจไม่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลแก่สมาชิกครอบครัวได้ (Bailey et al., 2010)

การให้การตอบสนองความต้องการแก่สมาชิกครอบครัวโดยเริ่มภายใน 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยภาวะวิกฤต เนื่องจากสมาชิกครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูงในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรก (McAdam & Puntillo., 2009) ร่วมกับการใช้แนวทางในการให้การดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต (Sauls & Warise., 2010) พร้อมคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยให้หมื่นี้อาครอบคลุมความต้องการการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวทั้ง 5 ด้าน ดังนั้นการจัดโปรแกรมให้การตอบสนองในคราวเดียวอาจทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถรับรู้ข้อมูล หรือเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้ไม่เต็มที่อาจยิ่งทำให้เกิดความสับสน ไม่สามารถตัดสินใจหรือจัดการในเรื่องต่างๆ ได้อาจส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่ลดลงและอาจมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวจึงจัดแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 วัน (Chien et al., 2006) โดยโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ประยุกต์ขึ้นมีการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลเนื่องจากบุคคลย่อมมีความต้องการที่แตกต่างกัน และกิจกรรมที่ให้เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะให้โดยเรียงตามลำดับความต้องการการตอบสนองในด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยสูงที่สุดไปหาความต้องการการตอบสนองด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดซึ่งแตกต่างจากการกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติที่พยาบาลไม่ได้มีการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนและการให้การดูแลเป็นการให้ตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลซึ่งทำให้การตอบสนองแก่สมาชิก

ครอบครัวคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการตอบสนองความต้องการตามโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำซึ่งจะทำให้สมาชิกครอบครัวมีการตื่นตัว มีสมาธิที่ดี มีการรับรู้ที่ดี สามารถเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดีทำให้การเผชิญปัญหาเป็นไปในทางสร้างสรรค์ ส่งผลให้สามารถปรับสมดุลของอารมณ์และสมดุลของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตของครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. นำโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การมีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยภาวะวิกฤตมาก่อน เพื่อให้การตอบสนองความต้องการได้ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวในขณะนั้น ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวลให้กับสมาชิกครอบครัว

2. อบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสมาชิกครอบครัวและแนวทางการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เหมาะสมและมีมาตรฐานในการดูแลที่เท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในสมาชิกครอบครัวเฉพาะในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความต้องการของสมาชิกครอบครัวและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาในภาวะวิกฤต เนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของบุคคลในครอบครัวย่อมส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลลดความวิตกกังวลในทุกสภาพการณ์

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวในด้านจิตสังคมอื่นๆ เช่น ความเครียด ความกลัว การปรับตัว เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัว และในด้านความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว เพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการของพยาบาลและทีมสุขภาพ

รายการอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนา
ครอบครัว พ.ศ. 2547-2556. http://www.msociety.go.th/ewt_news.php?nid=8426
- กันยา วังเฮงยะฤทธิ. (2549). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติ
ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษร ปัญญาใส. (2553). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึง
พอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักทั่วไปโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา สายวารี และวันดี ชูชาติ. (2550). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของ
มารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยหัวใจแบบเปิด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(3), 179-184.
- จรี ชูติธาดา, สุภัตรา ไกรโสภณ, & และเหรียญทอง วงษ์สุดตา. (2542). ความต้องการของครอบครัว
ผู้ป่วยระยะวิกฤต. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(1), 51-58.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2531). คลายเครียด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ฐิติมา ธารประสิทธิ์. (2548). ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนอมศรี คูอารียะกุล. (2538). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อ
ความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนา
แบบสอบถาม Hospital Anxioety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วย
โรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- นาฏยา เอื้องไฟโรจน์. (2535). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของ
ผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติ ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ปฐมวดี สิงห์ตง. (2554). *การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพย์ ศรีวิวัฒนบุศย์. (2545). *จิตวิทยาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจเนอรัลพับลิเคชั่นจำกัด.
- พวงผกา บวรลักษณ์ วราภรณ์ คงสุวรรณ และ Rozzano C. Locsin. (2555). ความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยพึ่งพาเทคโนโลยีประคับประคองชีวิตในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30(4), 199-208.
- พิกุล ตันติธรรม. (2543). *การเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล. (2546). *ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี สุขปัญญารักษ์, พิสมัย จารุชวลิต, ประพิศ ใจแพทย์, ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และจรูญลักษณ์ เขียววัดจันทร์. (2541). การศึกษาระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 15(2), 115-119.
- รัตนา อยู่เปล่า. (2543). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อระดับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. การพยาบาลครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

- สภาการพยาบาล. (2552). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สุจิตรา ลีมีอำนาญลาก และชวนพิศ ทำนอง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุทธินี วัฒนกุล. (2547). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ จันทร์เจษฎา. (2548). *ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง. (2548). *ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และชนกพร จิตปัญญา. (2550). *ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 98-111.
- อารีย์ บุญบรรณรัตน์. (2538). *ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล จ้วงพานิช, จุรีพร อุ้นบุญเรือน, จันทราพร ลุนลุด, ทิพวรรณ ขรรจร และภัทราวุฒิ วัฒนศัพท์. (2555). *ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด*. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขามาศะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(1), 46-52.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล. (2541). *การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2014). About critical care nursing. from <http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=>

- Athabasca University. (2010, Fri May 8 20:10:55 2009). Anxiety from http://psych.athabasca.ca/html/Glossary/demo_glossary.cgi?mode=history&term_id=1168&color_id=3
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevert, S., Jourdain, M., Bornstain, C., Wernet, A. et al. (2002). Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165, 438-442.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., . . . Schlemmer, B. (2005). Risk of Post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 171, 987-994.
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(114-122).
- Bijttebier, P., Delva, D., Vanoost, S., Bobbaers, H., Lauwers, P., & Vertommen, H. (2000). Reliability and validity of the Critical Care Family Needs Inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. *Heart & Lung*, 29(4), 278-286.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6 ed.). St. Louis, Missouri: Saunders.
- Chartier, L., & Coutu-Wakulczyk, G. (1989). Families in ICU: their needs and anxiety level. *Intensive Care Nursing*, 5, 11-18.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 39-50.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung*, 13(3), 231-237.
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwers, P., & Wilmer, A. (2002). Needs and Feelings of Anxiety of Relatives of Patients Hospitalized in Intensive Care Units: Implications for Social Work. *Social Work in Health Care*, 35(4), 21-39.

- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, *13*, 595-605.
- Devellis, R. F. (2003). *Scale development: theory and applications* (2 ed.). California: Thousand Oaks.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Critical Nursing*, *16*, 1618-1628.
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorder*, *6*, 55-61.
- Gao, G., & Gudykunst, W. B. (1990). Uncertainty, anxiety, and adaptation. *International Journal of Intercultural Relations*, *14*, 301-317.
- Gorman, L. M., Sultan, D. F., & Raines, M. L. (1996). *Davis's manual of psychosocial nursing for general patient care*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Co.
- Halm, M. A., Titler, M. G., LLeiber, C., Johnson, S. K., Montgomery, L. A., Craft, M. J., . . . Megivern, K. (1993). Behavioral response of family members during critical illness. *Clinical Nursing Research*, *2*(4), 414-437.
- Hashim, F., & Hussin, R. (2012). Family needs of patient admitted to intensive care unit in a public hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *36*, 103-111.
- Hill, R. (1949). *Families under stress*. New York: Harper & Brother.
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *11*, 140-148.
- Kleinpell, R. M., & Powers, M. J. (1992). Needs of Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Applied Nursing Research*, *5*(1), 2-8.
- Lader, M., & Marks, I. M. (1971). *Clinical Anxiety*. London: Heinemann Medical.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Leske, J. S. (1986). Needs of relatives of critically ill patient: A follow up. *Heart & Lung*, *15*(2), 189-193.
- Leske, J. S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung*, *20*, 236-243.

- Leske, J. S. (2002). Protocols for practice. Applying research at the bedside: Interventions to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse, 22*(6), 61-65.
- Leung, K. K., Chien, W. T., & Mackenzie, A. E. (2000). Needs of Chinese families of critically ill patients. *Western Journal of Nursing Research, 22*, 826-840.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung, 36*(5), 367-376.
- McAdam, J. L., Fontaine, D. K., White, D. B., Dracup, K. A., & Puntillo, K. A. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American journal of critical care, 21*(6), 386-395.
- McAdam, J. L., & Puntillo, K. (2009). Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *Family in Critical Care, 18*(3), 200-210.
- McIvor, D., & Thompson, F. J. (1988). The self-perceived needs of family members with a relative in the intensive care unit (ICU). *Intensive Care Nursing, 4*, 139-145.
- Meachen, S. J., Hanks, R. A., Millis, S. R., & Rapport, L. J. (2008). The reliability and validity of the brief symptom inventory-18 in persons with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89*(5), 958-965.
- Molter, N. (1979). Needs of Relatives of Critically Ill Patients: A Descriptive Study. *Heart & Lung, 8*(2), 332-339.
- Molter, N., & Leske, J. S. (1983). Critical Care Family Needs Inventory. Available from Authors.
- Pang, P. S. K., & Suen, L. K. L. (2009). Stressors in the intensive care unit: comparing the perceptions of Chinese patients and their family. *Stress and Health, 25*, 151-159
- Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Efthymiou, A., Tsekou, H., Vadala, C., Kribeni, G., . . . Soldatos, C. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 719-722.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P. et al. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicin, 29*(10), 1893-1897.

- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., & Canoui, P. e. a. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. *Journal of Critical Care*, 20, 90-96.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and Methods*. (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potinkara, H., & Paunonen, M. (1996). Alleviateing anxiety in nursing patients' significant others. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 327-334.
- Prevost, S. S. (1977). Individual and family reponse to the critical care experience. In J.C. Hartshornn, & M.L. Sole (eds), *Introduction to Critical Care Nursing*. (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Quek, K. F., Low, W. Y., Razack, A. H., Loh, C. S., & Chua, C. B. (2004). Reliability and validity of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) among urological patients: A malaysian study. *Med J Malaysia*, 59(2), 258-267.
- Raider, J. A. (1994). Anxiety during critical illness of a family member. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13(5), 272-279.
- Ruckholm, E., Bailey, P., Coutu-Wakulczyk, G., & Bailey, W. B. (1991). Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 920-928.
- Sauls, J. L., & Warise, L. F. (2010). Interventions for Anxiety in the Critically Ill: A Guide for Nurses and Families. *Nursing Clinics of North America*, 45, 555-567.
- Shri, R. (2010). Anxiety: Causes and Management. *The Journal of Behavioral Science*, 5(1), 100-118.
- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C. D. Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere.
- Spielberger, C. D. (1983). *The measurement of State and Trait Anxiety: Conceptual and methodological issue in emotion*. New York: Ravan Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y)*. New York: Consulting Psychologists.
- Spielberger, D. C., (1968, 1977). *State-Trait Anxiety inventory for adults: Instrument and Scoring key*. Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com.

- Spielberger, D. C., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI MANUAL*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press.
- Suchman, A. L., Botelho, R. J., & Hinton-Walker, P. (1998). *Partnerships in Healthcare: Transforming Relational Process*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Tel, H., & Tel, H. (2006). The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart & Lung, 35*(2), 101-107.
- Townsend, M. C. (2011). *Nursing diagnoses in psychiatric nursing: Care plans and psychotropic medications*. (8th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tracy, J., Fowler, S., & Magarelli, K. (1999). Hope and Anxiety of Individual Family Members of Critically ill Adults. *Applied Nursing Research, 12*(3), 121-127.
- Vacorolis, E. M. (2002). *Foundation of psychiatric mental health nursing*. Philadelphia.
- Young, E., Eddleston, J., Ingleby, S., Streets, J., McJanet, L., Wang, M., & Glover, L. (2005). 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, 31*, 86-91.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *ActaPsychiatrScand, 67*(6), 361-370..



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว	อาจารย์แพทย์ประจำวิชาภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์ทัศนีย์ ภู่อ่างค์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. นางอวยพร พิณจชัย	พยาบาลชำนาญการแผนกวิกฤตอายุรกรรม หัวหน้างานการพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/๐๔ ๖๐

วันที่ 24 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริยา ศรีศุภโอาหาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรเลิศ ฉัตรแก้ว อาจารย์ประจำภาควิชาวิสัญญี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พรเลิศ ฉัตรแก้ว

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวอิสริยา ศรีศุภโอาหาร โทร. 081-900-8622

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๔ มิถุนายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอาหาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีสางรัส อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีสางรัส

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอาหาร โทร. 081-900-8622



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖๐

วันที่ 24 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโฬหาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโฬหาร โทร. 081-900-8622

ที่ ศธ 0512.11/08๒๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์ ศรีศุกโอฟาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ทศนีย์ ภู่อ่างค์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ทศนีย์ ภู่อ่างค์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวอิสริย์ ศรีศุกโอฟาร โทร. 081-900-8622

ที่ ศธ 0512.11/0๘๖๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอาหาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอวยพร พินิจชัยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกวิกฤตอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอวยพร พินิจชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอาหาร โทร. 081-900-8622

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอบการ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใครขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 74 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอบการ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอบการ โทร. 081-900-8622

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ใบพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ ศธ 0512.11/ 0955

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 *

2 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอิสริย์ ศรีศุกโอาหาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอิสริย์ ศรีศุกโอาหาร เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

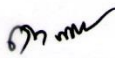
นางสาวอิสริย์ ศรีศุกโอาหาร โทร. 081-900-8622



คณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- ชื่อเรื่องวิจัย** ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
(THE EFFECT OF MEETING FAMILY NEEDS PROGRAM ON ANXIETY OF FAMILY MEMBERS OF CRITICALLY ILL PATIENTS)
- ผู้วิจัย** นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอฬาร
- หน่วยงาน** นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพิจารณาแล้ว อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดิลก ภियोทัย)
ประธานคณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยฯ
อนุมัติ ณ วันที่ 23 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2556

หมายเหตุ : ขอให้ส่งผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ จำนวน 1 ชุด

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความ

วิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอฬาร

ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ 52/39 หมู่บ้านนิลลดา ซ.ประชาอุทิศ 72 แขวงทุ่งครุ เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 10140

มือถือ 0819008622 E-mail Address: itsari_pn@yahoo.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินความวิตกกังวล สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลทั้งหมด 3 วัน วันละ 30-45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บไว้ประมาณ 5 ปี เพื่อการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาต่อข้าพเจ้าและผู้ป่วยทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา/ ผลต่อการศึกษา/ ผลต่อการเรียน)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอสาร)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอสถ

สถานที่ติดต่อ เลขที่ 52/39 หมู่บ้านนิลลดา ซ.ประชาอุทิศ 72 แขวงทุ่งครุ เขตทุ่งครุ

กรุงเทพมหานคร 10140

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-900-8622

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย

3.2 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยให้การพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต และอีกกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 วัน ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มต้องตอบแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและความวิตกกังวลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนการเยี่ยมผู้ป่วยในวันแรกหรือภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตภายใน 24 ชั่วโมงและหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง)

5. โปรแกรมการตอบสนองความต้องการผู้ป่วยวิกฤต ประกอบไปด้วย 1) การประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและความวิตกกังวล 2) การให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวันละ 2 ด้านเรียงตามลำดับความสำคัญที่ได้จากการประเมินซึ่ง 2 วันแรกจะให้การตอบสนองวันละ 2 ด้าน ส่วนวันที่ 3 ให้การตอบสนองด้านสุดท้ายที่เหลืออีก 1 ด้าน

โดยด้านที่มีความต้องการมากที่สุดจะได้รับการตอบสนองทางด้านการพยาบาลก่อน ระยะเวลา ที่ใช้ในแต่ละวัน ประมาณ 30-45 นาที

6. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ คือ ผู้วิจัยคัดเลือกสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) กลุ่มละ 22 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

7. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยงหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ท่านและผู้ป่วยและไม่มีผลต่อการบริการและการรักษาแต่อย่างใด เพียงแต่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมในการวิจัย

8. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกขณะโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

9. การยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเกิดจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตกะทันหันทำให้อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่ถึง 3 วัน

10. คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกรวบรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13. โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
(Critical Care Family Need Inventory [CCFNI])
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
(State-anxiety inventory [SAI])
- ส่วนที่ 4 โปรแกรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
- ส่วนที่ 5 คู่มือข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนของผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้กรอก

1. เพศ
 - () ชาย () หญิง
2. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและผู้ป่วย
 - () บิดา-มารดา () สามี-ภรรยา
 - () พี่น้อง () บุตร
 - () อื่นๆ ระบุ
3. อายุ ปี
4. สถานภาพ
 - () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
5. ศาสนา
 - () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ
6. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. () อนุปริญญา/ปวส () ปริญญาตรี
 - () ปริญญาโท () อื่นๆ
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน
 - () ไม่มีรายได้ () น้อยกว่า 5,000 บาท
 - () 5,001 – 10,000 บาท () 10,001 – 15,000 บาท
 - () 15,001 – 20,000 บาท () มากกว่า 20,000 บาท
8. บทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว
 - () หัวหน้าครอบครัว () สมาชิกในครอบครัว () อื่นๆ

ส่วนของผู้วิจัย

- () หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (MICU) () หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU)
- () หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SICU) () หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและทรวงอก (CVT ICU)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (CCFNI)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความต้องการของท่านในฐานะสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความต้องการของท่านในแต่ละข้อและเลือกตอบเพียง 1 ข้อ ต่อ 1 ข้อ

ความต้องการ	ไม่สำคัญ (1)	สำคัญ เล็กน้อย (2)	สำคัญ พอควร (3)	สำคัญ มาก (4)
ด้านที่ 1 ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล				
1. ทราบผลลัพธ์ที่คาดหวังได้				
2. ได้รับการตอบคำถามอย่างซื่อสัตย์				
3. รู้สึกว่ายังมีความหวังอยู่				
4. แน่ใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้				
5. ได้รับคำอธิบายที่สามารถเข้าใจได้ง่าย				
6. รู้สึกว่าบุคลากรของโรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย				
7. ได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการของผู้ป่วย				
ด้านที่ 2 ด้านความต้องการความสะดวกสบาย				
8. สามารถหาอาหารที่มีคุณภาพรับประทานได้โดยง่าย				
9. มีที่นั่งพักที่สะดวกสบายในห้องนั่งรอเยี่ยมผู้ป่วย				
10. รู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากบุคลากรในโรงพยาบาล				
11. มีโทรศัพท์สาธารณะบริการใกล้กับห้องนั่งรอเยี่ยมผู้ป่วย				
12. มั่นใจว่าจะออกจากโรงพยาบาลได้สักช่วงเวลาหนึ่ง				
13. มีห้องน้ำใกล้กับห้องนั่งรอเยี่ยมผู้ป่วย				
ด้านที่ 3 ความต้องการด้านข้อมูล				
14. ได้พูดคุยกับแพทย์ทุกๆ วัน				
15. ทราบบุคคลที่สามารถติดต่อได้ที่โรงพยาบาล				
16. ทราบว่าบุคลากรผู้ใดสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องใดได้บ้าง				
17. ทราบเหตุผลของการรักษาต่างๆ ที่ให้กับผู้ป่วย				
18. ทราบบทบาทของบุคลากรที่ให้การดูแล				
19. ทราบแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับว่าเป็นอย่างไร				
20. ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอะไรบ้าง				

ความต้องการ	ไม่สำคัญ (1)	สำคัญ เล็กน้อย (2)	สำคัญ พอควร (3)	สำคัญ มาก (4)
ด้านที่ 4 ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย				
21. สามารถเปลี่ยนแปลงเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษ				
22. เยี่ยมผู้ป่วยเวลาใดก็ได้				
23. ได้พูดคุยกับพยาบาลคนเดิมทุกๆ วัน				
24. สามารถเริ่มเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตรงเวลา				
25. ทราบเกี่ยวกับการให้บริการด้านศาสนา				
26. ได้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย				
27. ทราบแผนการย้ายออกจากไอซียู				
28. ได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย				
29. ทราบข้อมูลของผู้ป่วยหนึ่งครั้งต่อวัน				
30. ได้เยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ ถ้าไม่รบกวนการรักษาพยาบาล				
31. มีห้องนั่งรอเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ใกล้กับผู้ป่วย				
ด้านที่ 5 ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน				
32. ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก				
33. ได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกถึงสิ่งที่ได้เกิดขึ้น				
34. มีแนวทางในการปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วย				
35. มีเพื่อนๆ อยู่ใกล้เพื่อให้ความช่วยเหลือ				
36. มีสถานที่ที่สามารถอยู่ตามลำพังได้ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล				
37. มีใครสักคนช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาทางการเงิน				
38. มีพระหรือผู้นำทางด้านศาสนาที่ผู้ป่วยศรัทธามาเยี่ยม				
39. ได้พูดคุยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต				
40. มีพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนขณะเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยวิกฤต				
41. มีบางคนที่ห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพของญาติบ้าง				
42. รู้สึกว่าไม่เป็นไรที่จะร้องไห้				
43. ได้รับการบอกว่าคุณสามารถให้ข้อมูลช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ				
44. ได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับบุคคลที่สามารถช่วยเหลือปัญหาครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (SAI)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความต้องการของท่านในฐานะสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความต้องการของท่านในแต่ละข้อและเลือกตอบเพียง 1 ข้อ ต่อ 1 ข้อ

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกปลอดภัย				
3. ฉันรู้สึกไม่ผ่อนคลาย				
4. ฉันรู้สึกตึงเครียด				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.อยู่				
17.				
18.				
19.				
20. ฉันรู้สึกยินดี				

ส่วนที่ 4 โปรแกรมตอบสนองความต้องการสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องการตอบสนองความต้องการของ Maslow (1970) และ Hill (1949) ทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัวโดยใช้แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter & Leske (1983) ร่วมกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมของ Chien et al (2006) และ Sauls & Warise (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวล โดยกิจกรรมใช้เวลาทั้งหมด 3 วัน ประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังนี้

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

โดยการให้การตอบสนองความต้องการ 2 ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดก่อน หมายถึงเป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ความสำคัญ และต้องการการตอบสนองมากที่สุด 2 อันดับแรก

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) คือ ได้รับทราบอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลที่เป็นจริงที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้ โดยการอธิบายด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ให้ความมั่นใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลดูแลรักษาที่ดีที่สุดอย่างไรบ้าง

2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (Comfort) คือ การให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในโรงพยาบาล ได้แก่ แนะนำสถานที่เกี่ยวกับร้านอาหารของทางโรงพยาบาล และร้านค้าเอกชนที่ร่วมให้บริการต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ แนะนำจุดบริการโทรศัพท์สาธารณะ และห้องน้ำที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย การมีที่พักรอเยี่ยมอยู่ใกล้ๆ หอผู้ป่วย มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม เช่น เก้าอี้หนังพนัก มุมหนังสือ และให้ความมั่นใจว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถออกจากหอผู้ป่วยหรือออกจากโรงพยาบาลได้เป็นบางเวลาเพื่อทำธุระส่วนตัว

3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยประจำวัน หรือแนะนำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทราบว่าจะสามารถสอบถามข้อมูลต่างๆ กับบุคลากรคนใดในหอผู้ป่วยได้บ้าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาประจำวันที่ผู้ป่วยได้รับพร้อมอธิบายเหตุผลในการรักษา รวมทั้งเปิดโอกาสหรือประสานงานให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบแนวทางการรักษาจากแพทย์

4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือสนับสนุน (Support) คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุยเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ชักถามความรู้สึกและปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เปิดโอกาสให้ระบาย แสดงอารมณ์ความรู้สึก เช่น การพูดระบาย การร้องไห้

อยู่เป็นเพื่อนขณะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงแรก และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่กับผู้ป่วยตามลำพัง ให้คำแนะนำหรือหาแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล หรือติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การให้บริการทางด้านศาสนาตามความเชื่อหรือความศรัทธาของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เช่น การเปิดบทสวดมนต์ การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อที่ไม่กระทบกับการทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยหรือไม่กระทบการรักษาพยาบาล

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity and accessibility) คือ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย การนวดตามร่างกาย การช่วยออกกำลังกาย เข้าเยี่ยมได้ตรงเวลา เข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้ง หรือปรับเปลี่ยนเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น มีเก้าอี้ให้นั่งข้างเตียงผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม รวมทั้งการแจ้งแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการใน 2 ด้านที่มีคะแนนรองลงมาจาก 2 ด้านแรกที่ได้ให้การตอบสนองแล้วในวันแรก

การให้การตอบสนองความต้องการวันที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านสุดท้ายที่เหลือ เพื่อให้การตอบสนองความต้องการครบทั้ง 5 ด้าน

ส่วนที่ 5 คู่มือข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤต



รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ - 02-9269199
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุกรรม - 02-9269170-1
หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ - 02-9269188-9
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม - 02-9269184-5
หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและทรวงอก - 02-9269176-8

จัดทำโดย

นางสาวอสิริย์ ศรีศุภโองหาร

นิติบัญญัติอาวุโส คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คำนำ

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตหรือสิ่งที่จะเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อากาไม่คงที่ และมีโอกาสทรุดลงได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ใกล้ชิด ร่วมกับภาวะต้องได้รับยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยวิกฤต เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยมีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญ โดยมีอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมายที่ใช้กับผู้ป่วยและเสียงเตือนของเครื่องเมื่อที่ตั้งเป็นระยะ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งการไม่ทราบเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ในช่วงแรกของการย้ายเข้าสู่หอผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สิ่งต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวล

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ต่างๆ ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยม อีกทั้งยังเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่จะใช้ประโยชน์ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ จัดทำโดยมีสิทธิปริญญากิตติมศักดิ์จากศาสตราจารย์ ดร.จรรยาพร อภิบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ โดยจัดทำขึ้นด้วยโอกาสนี้ด้วย

ผู้จัดทำ
นางสาวอริสรี ศรีศุภโฆหาร

สารบัญ

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤต	1
ข้อปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	2
กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับประจำวัน	3
อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับและการพยาบาล	4
- เครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจ	
- เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ	
- จุดให้สารน้ำและเครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ	
- สายให้อาหารทางสายยาง	
- สายสวนปัสสาวะ	
อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย	13
แผนที่ภายในโรงพยาบาล	14
บันทึกข้อมูล	15
บรรณานุกรม	

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤต

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติให้บริการหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับผู้ใหญ่ ณ สภากิตติวัฒนา จำนวน 4 หอผู้ป่วยด้วยกัน คือ

หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ชั้น 3

หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ชั้น 2

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ชั้น 2

หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและทรวง ชั้น 2

ข้อปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วย

- เวลาเยี่ยม 11.00-13.00 น. และ 15.00-20.00 น. (หากไม่สะดวกช่วงเวลา

ดังกล่าวสามารถแจ้งพยาบาล เพื่อติดต่อเยี่ยมนอกเวลา)

- สำเนาบัตรประชาชน

- สามารถป้องกันโดยการเข้าเยี่ยมที่ทางหอผู้ป่วยเตรียมไว้

- เข้าเยี่ยมครั้งละ 2-3 คน

- เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ควรเยี่ยม

- หากต้องการนำอาหารหรือเครื่องดื่มให้ผู้ป่วยกรุณาแจ้งพยาบาล

- งดใช้อุปกรณ์สื่อสารภายในหอผู้ป่วยและงดถ่ายรูปผู้ป่วย

- สามารถร่วมให้การดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย

ภายใต้ดูแลผู้ป่วยได้ โดยแจ้งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง



กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยได้รับประจำวัน

การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใหม่ของผู้ป่วยวิกฤตแบ่งออกเป็น 3 เวร คือ

เวรเช้า	ตั้งแต่ 08.00 – 16.00 น.
เวรบ่าย	ตั้งแต่ 16.00 – 24.00 น.
เวรตึก	ตั้งแต่ 24.00 – 08.00 น.

โดยพยาบาล 1 คน ใ้การพยาบาลผู้ป่วย 1-2 คน และมีผู้ช่วยพยาบาล ในการช่วยเหลือให้การพยาบาลร่วมด้วย กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับประจำในแต่ละวัน ได้แก่

- การทำความสะอาดร่างกาย วันละ 2 ครั้ง ระยะเวลาตามแต่ละหอผู้ป่วย กำหนด และ/หรือทำความสะอาดร่างกายมากกว่า 2 ครั้ง/วัน เมื่อผู้ป่วยมีการขับถ่าย, อาเจียน หรือเช็ดตัวเมื่อมีไข้
- พลิกตะแคงท้วม้อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- การดูดเสมหะในท่อทางเดินหายใจเมื่อมีข้อบ่งชี้
- การส่งเสริมการเคลื่อนไหว หรือฝึกการหายใจ กรณีไม่มีข้อจำกัด
- การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตามแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยาง โดยทั่วไปจะได้รับการให้อาหารทางสายยางทุก 6 ชั่วโมง คือ เวลา 6.00 น. 12.00 น. 18.00 น. และ 24.00 น. โดยประมาณ กรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง โดยทั่วไปจะได้รับประทานอาหาร 3 มื้อ โดยมีข้อเข้า เวลาประมาณ 8.00 น. มื้อเที่ยง เวลาประมาณ 12.00 น. และมื้อเย็น เวลาประมาณ 16.00 น.

ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ



ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโดยส่วนใหญ่จะมีภาวะการหายใจล้มเหลว และ/หรือมีระบบการไหลเวียนที่ไม่คงที่ ทำให้ร่างกายเกิดภาวะพร่องออกซิเจนหรืออาจมีภาวะไม่รู้สึกตัว ซึ่งภาวะต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตในผู้ป่วยที่ไม่มีรู้สึกตัว และช่วยป้องกันการระคายเคืองและป้องกันการอุดตันระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับเสมหะออกได้เอง

การใส่ท่อช่วยหายใจทางปากจะได้รับความสะดวกเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาในการถอดท่อช่วยหายใจออก แต่หากผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลาสั้น แพทย์จะพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจโดยการเจาะคอ ซึ่งโดยทั่วไปจะทำเมื่อผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 2 สัปดาห์

การใส่ท่อช่วยหายใจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้ เนื่องจากบริเวณปลายท่อช่วยหายใจมีภาวะเปราะและไม่สามารถขยับเพื่อไม่ให้ลมจากเครื่องช่วยหายใจรั่วออกมาทางปาก ซึ่งภาวะเปราะนี้จะเป็นผลสืบเนื่องมาจากท่อทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ได้เสียง โดยเมื่อเอาท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยจะสามารถพูดมีเสียงได้ตามปกติ และอาจมีเสียงแหบในช่วงแรกของการถอดท่อช่วยหายใจได้

เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ



ผู้ป่วยในระยะวิกฤตจะมีความไม่คงที่ของระบบไหลเวียน หรืออาจมีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามดูการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและการให้การรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง

การติดตามการทำงานของหัวใจจะมีแผ่นนำสัญญาณติดบริเวณหน้าอก 3-5 ตำแหน่ง คอกับสายนำสัญญาณเพื่อส่งสัญญาณไปปรากฏเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจบนหน้าจอที่หัวเตียงของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถบอกอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจต่อหนึ่งนาทีให้ทราบบนหน้าจอด้วย สำหรับจอมอนิเตอร์นั้น สามารถต่อกับเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องค่าการอิ่มตัวของออกซิเจน และอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยได้ด้วยเช่นกัน

การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ

1. ติดตามการทำงานและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ ลักษณะของคลื่นไฟฟ้า รวมทั้งสัญญาณชีพอื่นๆ
2. ประเมินผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นรับสัญญาณบริเวณหน้าอกว่ามีอาการแพ้ ระคายเคือง หรือเปลี่ยนแผ่นรับสัญญาณเมื่อเสื่อมสภาพ
3. ดูแลและตรวจลวดอุปกรณ์สายรับสัญญาณ และจอมอนิเตอร์ที่อยู่ใต้อุปกรณ์ หรือใช้งานอยู่เสมอ

การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

1. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้
2. ดูแลความสะอาดของปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างบ่อยทุก 2 ชั่วโมง
3. ประเมินการหายใจและบันทึกอัตราการหายใจ ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนทุกครั้งไม่แห้งหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา
5. จัดท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
6. ประเมินและดูแลให้กระเพาะปัสสาวะไม่พองทางเดินหายใจอยู่ในระดับแรงดัน 25-35 เซนติเมตรน้ำ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและป้องกันการดูดน้ำ
7. ดูแลป้องกันไม่ให้ท่อเลื่อนหลุดออกจากตำแหน่ง
8. ดูแลให้ได้รับการเปลี่ยนอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจทุก 7 วัน



ชุดให้สารน้ำและเครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ

การให้ยาและสารน้ำในผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้งทางเส้นเลือดดำส่วนปลาย และทางเส้นเลือดดำใหญ่ส่วนกลาง ในภาวะวิกฤตผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่สายทางหลอดเลือดดำส่วนใหญ่เพื่อให้ออกซิเจนและสารน้ำ โดยทั่วไปการให้สารน้ำเพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทดแทนการสูญเสียสารน้ำหรือเลือดจากการเจ็บป่วย เพื่อรักษาภาวะไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อให้ยาที่จำเป็นในการรักษา นอกจากนี้สายที่ใส่เข้าทางเส้นเลือดดำใหญ่ส่วนกลางยังเป็นอุปกรณ์ช่วยในการประเมินและวินิจฉัยสภาวะแผนการรักษา

การใช้ชุดให้สารน้ำจะใช้ร่วมกับเครื่องควบคุมอัตราการไหลของยาและสารน้ำ ที่ต้องการควบคุมการไหลอย่างเข้มงวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาหรือ สารน้ำอย่างถูกต้องแม่นยำ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาและสารน้ำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ

1. ตรวจสอบ ป้อนทักษะป้อนของสารน้ำที่ได้รับและอัตราการไหลให้ตรงทั้งแผนการรักษา
2. ตรวจสอบบริเวณที่ใส่สายเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อประเมินตำแหน่ง และการไหลของยาหรือสารน้ำที่ให้มีการรั่วซึม หรืออุดตันหรือไม่อย่างสม่ำเสมอ
3. ดูแลความสะอาดไม่ให้บริเวณที่ใส่สายมีการเปียกชื้น
4. กรณีการใส่สายทางเส้นเลือดดำส่วนปลายจะทำการเปลี่ยนตำแหน่งทุก 3 วัน เพื่อป้องกันการเกิดเส้นเลือดดำอักเสบ ส่วนการใส่สายทางเส้นเลือดดำใหญ่ส่วนกลาง แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเอาสายออกโดยเร็วที่สุดเมื่อไม่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อลดการติดเชื้อหรือเปลี่ยนตำแหน่งที่ให้มี การอีกสัปดาห์เว้นตำแหน่งที่ใส่สาย
5. เปลี่ยนชุดอุปกรณ์การให้สารน้ำทุก 3 วัน ตามมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาล

ชุดให้สารน้ำ



การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย



การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำใหญ่ส่วนกลาง



สายให้อาหารทางสายยาง

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ จึงจำเป็นต้องใส่สายทางจมูกหรือปาก เพื่อให้ให้อาหารและยา หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจแต่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้อย่างเพียงพอ จึงจำเป็นต้องได้รับการใส่สายยางเพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร นอกจากนี้การใส่สายดังกล่าวอาจมาจากเหตุผลอื่น เช่น ผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นของทางอาหารหรือภาวะเจ็บป่วยบางประการ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่จำเป็นต้องมีการระบาย หรือสิ่งคัดหลั่งในทางเดินอาหาร ผู้ป่วยกลืนสารคัด ต้องได้รับการสวนล้างกระเพาะอาหาร รวมทั้งผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยใส่สายยางจมูกหรือปาก

1. มีการประเมินตำแหน่งของสายทุกครั้งก่อนให้อาหารหรือยาทางสายยาง
2. ดูแลป้องกันการเสื่อมหลุดจากตำแหน่งของสาย
3. เปลี่ยนสายเมื่อครบกำหนดตามมาตรฐานเดือนละ 1 ครั้ง หรือเมื่อสายมีการอุดตัน



สายสวนปัสสาวะ



ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะโดยทั่วไปมักใส่เพื่อให้สามารถประเมินปริมาณของปัสสาวะได้อย่างถูกต้องในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้นสารน้ำหรือเลือดปริมาณมาก เพื่อประกอบการพิจารณาวางแผนการรักษา หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เอง มีการสั่งล้างของปัสสาวะรวมทั้งในรายที่มีแผลบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หรือที่กินขนาดใหญ่ หรือมีแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันไม่ให้แผลมีการปนเปื้อนอันเป็นสาเหตุให้เกิดเกิดการติดเชื้อและหายช้า

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ

1. ดูแลให้อุจจาระรองรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ เพื่อป้องกันไม่ให้มีปัสสาวะไหลย้อนเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะตามมาได้
2. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด
3. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมงหรือมากกว่าตามแผนการรักษา
4. ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะเลื่อนหลุดหรือดึงรั้ง
5. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก 1 เดือน หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ชั่ว หรือ อุดตัน

ของใช้สำหรับผู้ป่วย



1. สบู่อบน้ำ
2. ยาสระผม
3. หวี ยางรัดผม/ก๊อบติดผม
4. แปรงสีฟันขนนุ่มเล็ก และยาสีฟัน
5. ครีมนิโลชั่นทาตัว
6. ถุงเท้า
7. ผ้าเช็ดตัวใหญ่

ข้อมูลเพิ่มเติม

บริการภายในหอผู้ป่วย

- อุปกรณ์เครื่องเสียงและ-วิดีโอเสียงบรรยายธรรมะ/บทสวดมนต์ไทย, จีน
- หนังสือธรรมะ/หนังสือสุขภาพ/วิดีโอสาร

กิจกรรมประจำสัปดาห์

- ตักบาตรพระทุกวันพฤหัสบดี บริเวณทางเดินระหว่างตึกกิตติวัฒนา และตึกดุสิตโลกาศย์

เบอร์โทรศัพท์

1. ประชาสัมพันธ์ โทร. 02-926993
2. งานประสานสุขภาพ (บัตรทอง) โทร. 02-9269416-7
3. หน่วยงานประกันสังคม โทร. 02-9269452
4. งานส่งเสริมสุขภาพ โทร. 02-9269923-4



บันทึกข้อมูล

บรรณานุกรม

จวิทยา ตันติธรรม, พัทยา ปันสุชสวัสดิ์, พิภูล ตันติธรรม และสุกิม หงศ์พัฒน์มาวุฒิ. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิตยบรรณการ.

พนันชัย บุญบุรพหงส์. (2555). การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชอระกา การพิมพ์.

สุจิตรา ลิ้มอำนวยลดา และชวนพิศ ท้านอง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังงานานาวิทยา

สุปราณี เสนาคัตติย. (2540). การพยาบาลพื้นฐาน: แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.





ตารางที่ 11 คะแนนรวมความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n_1 = n_2 = 22$)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)	
	ระดับความวิตกกังวล			
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	54	51 (-)	60	48 (-)
2	68	59 (-)	40	48 (+)
3	52	47 (-)	47	25 (-)
4	49	51 (+)	50	49 (-)
5	42	59 (+)	44	34 (-)
6	59	47 (-)	50	40 (-)
7	50	48(-)	72	40 (-)
8	40	40 (เท่าเดิม)	53	35 (-)
9	44	48 (+)	41	46 (+)
10	70	48 (-)	43	36 (-)
11	46	25 (-)	55	37 (-)
12	54	37 (-)	60	20 (-)
13	49	67 (+)	50	36 (-)
14	42	44 (+)	44	50 (+)
15	68	51 (-)	40	49 (+)
16	52	48 (-)	40	40 (เท่าเดิม)
17	44	40 (-)	41	46 (+)
18	74	59 (-)	42	36 (-)
19	46	47 (+)	50	26 (-)
20	55	37 (-)	50	28 (-)
21	50	67 (+)	72	49 (-)
22	40	44 (+)	53	38 (-)

จากตารางที่ 11 เป็นการแสดงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งคะแนนเพิ่มขึ้นและลดลง โดยในกลุ่มทดลองทุกรายที่มีคะแนนภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแต่ระดับความวิตกกังวลไม่เพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตรวจสอบคุณภาพ (n = 15)

1. แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัว

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

ความต้องการรายด้าน	Mean	Std Dev	n
Ass1	3.73	.458	15
Ass2	3.73	.458	15
Ass3	3.87	.352	15
Ass4	3.80	.775	15
Ass5	3.67	.617	15
Ass6	3.80	.775	15
Ass7	3.53	.834	15
Com1	2.80	1.014	15
Com2	2.73	.799	15
Com3	3.00	.845	15
Com4	2.00	1.069	15
Com5	2.73	1.223	15
Com6	2.07	1.033	15
Inf1	3.20	1.014	15
Inf2	3.33	.816	15
Inf3	3.20	.862	15
Inf4	3.60	.507	15
Inf5	3.53	.516	15
Inf6	3.47	.516	15
Inf7	3.73	.458	15
Prox1	3.33	.617	15
Prox2	3.07	.884	15
Prox3	3.33	.488	15

ความต้องการรายด้าน	Mean	Std Dev	n
Prox4	3.40	.632	15
Prox5	2.33	1.234	15
Prox6	3.33	.488	15
Prox7	3.40	.507	15
Prox8	3.20	.775	15
Prox9	3.60	.507	15
Prox10	3.07	.799	15
Prox11	3.13	.990	15
Supp1	3.47	.743	15
Supp2	3.07	.799	15
Supp3	3.13	.915	15
Supp4	2.80	.862	15
Supp5	2.27	.961	15
Supp6	2.53	1.125	15
Supp7	2.07	.799	15
Supp8	3.33	.816	15
Supp9	3.13	.990	15
Supp10	2.87	.743	15
Supp11	2.73	.884	15
Supp12	3.00	.926	15
Supp13	3.27	.799	15

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	138.40	313.400	17.703	44

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item - Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Ass1	134.67	311.095	.130	.930
Ass2	134.67	312.524	.041	.930
Ass3	134.53	312.695	.047	.930
Ass4	134.60	304.400	.311	.929
Ass5	134.73	307.638	.249	.930
Ass6	134.60	304.400	.311	.929
Ass7	134.87	301.981	.370	.929
Com1	135.60	287.971	.709	.925
Com2	135.67	296.810	.580	.927
Com3	135.40	295.971	.575	.927
Com4	136.40	290.257	.604	.927
Com5	135.67	278.667	.814	.924
Com6	136.33	284.810	.790	.924
Inf1	135.20	292.600	.570	.927
Inf2	135.07	295.352	.619	.927
Inf3	135.20	293.029	.665	.926
Inf4	134.80	305.886	.409	.929
Inf5	134.87	300.695	.695	.927
Inf6	134.93	307.781	.295	.929
Inf7	134.67	311.095	.130	.930
Prox1	135.07	306.495	.302	.929
Prox2	135.33	320.095	.236	.934
Prox3	135.07	307.35	.340	.929
Prox4	135.00	301.857	.507	.928
Prox5	136.07	278.210	.818	.924
Prox6	135.07	301.924	.663	.927

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Prox7	135.00	304.571	.484	.928
Prox8	135.20	297.743	.563	.927
Prox9	134.80	306.600	.368	.929
Prox10	135.33	291.238	.789	.925
Prox11	135.27	294.781	.519	.927
Supp1	134.93	299.924	.502	.928
Supp2	135.33	293.952	.687	.926
Supp3	135.27	292.210	.650	.926
Supp4	135.60	300.257	.415	.928
Supp5	136.13	305.838	.197	.931
Supp6	135.87	294.552	.455	.928
Supp7	136.33	310.524	.079	.931
Supp8	135.07	296.781	.567	.927
Supp9	135.27	297.495	.437	.928
Supp10	135.53	297.981	.579	.927
Supp11	135.67	308.810	.123	.931
Supp12	135.40	289.257	.739	.925
Supp13	135.13	297.410	.557	.927

Reliability Coefficients 44 items

Alpha = .930 Standardized item alpha = .926

2. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ความวิตกกังวล	Mean	Std Dev	n
anx1	3.07	.961	15
anx2	2.87	.743	15
anx3	2.07	1.033	15
anx4	2.67	.976	15
anx5	3.00	.845	15
anx6	2.93	.704	15
anx7	2.40	.828	15
anx8	2.47	.990	15
anx9	1.87	.743	15
anx10	2.73	.799	15
anx11	2.33	.724	15
anx12	2.40	.828	15
anx13	2.53	.915	15
anx14	2.60	.986	15
anx15	1.53	.640	15
anx16	3.13	.915	15
anx17	2.73	.884	15
anx18	2.60	.828	15
anx19	2.47	.834	15
anx20	3.13	.834	15

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	51.53	157.838	12.563	20

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Alpha if Item Deleted
anx1	48.40	143.400	.688	.953
anx2	49.07	141.210	.804	.951
anx3	48.93	139.067	.926	.949
anx4	48.80	138.600	.887	.950
anx5	48.40	139.971	.786	.951
anx6	50.00	150.000	.474	.955
anx7	48.93	143.067	.585	.954
anx8	49.00	140.429	.764	.951
anx9	49.13	145.981	.558	.954
anx10	49.20	148.743	.486	.955
anx11	48.80	147.457	.502	.955
anx12	49.67	146.810	.582	.954
anx13	49.07	137.210	.847	.950
anx14	49.13	141.981	.769	.951
anx15	48.60	146.686	.625	.953
anx16	48.53	143.552	.670	.953
anx17	48.87	138.410	.805	.951
anx18	49.47	138.838	.737	.952
anx19	48.67	145.238	.673	.953
anx20	48.47	139.124	.785	.951

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	51.53	157.838	12.563	20

ตารางที่ 12 คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายคนและรายด้าน
ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	A- pre	A- post	C- pre	C- post	I- pre	I- post	P- pre	P- post	S- pre	S- post
C1	4	3.5	4	3.5	4	4	3	3	4	3
C2	4	3.5	3	3	3.5	3.5	4	3	4	3
C3	4	4	3	4	4	4	3	3.5	3	4
C4	3	3	2.5	2.5	3	3	3.5	3	3	2.5
C5	4	4	3.5	3.5	4	4	3.5	4	4	4
C6	4	4	3	2.5	3.5	3.5	2.5	2.5	3	2.5
C7	4	4	3	3	3.5	3.5	2.5	2.5	3	2
C8	4	4	1	1	3.5	3.5	1.5	1.5	4	3
C9	4	4	4	3.5	4	3.5	3.5	3.5	3.5	3
C10	4	4	1	1	3.5	3.5	1.5	1.5	3.5	3
C11	4	3.5	3	3	4	4	4	3	4	3
C12	4	3.5	4	3.5	4	4	3	3	4	3
C13	3	3	2.5	2.5	3	3	3.5	3	3	2.5
C14	4	4	3.5	3.5	4	4	3.5	4	4	4
C15	4	3.5	3	3	3.5	3.5	4	3	4	3
C16	4	4	3	4	4	4	3	3.5	3	4
C17	4	4	4	3.5	4	3.5	3.5	3.5	3.5	3
C18	4	4	1	1	3.5	3.5	1.5	1.5	3.5	3
C19	4	3.5	3	3	4	4	4	3	4	3
C20	4	4	3	2.5	3.5	3.5	2.5	2.5	3	2.5
C21	4	4	3	3	3.5	3.5	2.5	2.5	3	2
C22	4	4	1	1	3.5	3.5	1.5	1.5	4	3

ตารางที่ 13 คะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายคนและรายด้าน
ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	A- pre	A- post	C- pre	C- post	I- pre	I- post	P- pre	P- post	S- pre	S- post
E1	4	3.5	1.5	1.5	3	3	3	3	3	2
E2	3.5	3.5	3	2	4	3	3.5	3	3.5	2.5
E3	4	3.5	3	3	4	3.5	3.5	3	4	3
E4	3.5	3.5	3.5	3	3	3	3.5	3	4	3.5
E5	4	4	2.5	2.5	3.5	3	2.5	2.5	3.5	3
E6	4	4	3.5	3	4	3.5	4	3	4	2.5
E7	4	3.5	3	2.5	4	3.5	4	3.5	3	2.5
E8	4	4	2	2	4	3.5	4	3.5	2	1.5
E9	4	4	4	3	4	3.5	4	2.5	4	3
E10	3	3	2.5	2.5	3	2.5	3	2.5	3.5	2
E11	3	3	4	3	4	3.5	3.5	3	3.5	2.5
E12	4	3.5	1.5	1.5	3	3	3	3	3	2
E13	3.5	3.5	3.5	3	3	3	3.5	3	4	3.5
E14	4	4	2.5	2.5	3.5	3	2.5	2.5	3.5	3
E15	3.5	3.5	3	2	4	3	3.5	3	3.5	2.5
E16	4	3.5	3	3	4	3.5	3.5	3	4	3
E17	4	4	4	3	4	3.5	4	2.5	4	3
E18	3	3	2.5	2.5	3	2.5	3	2.5	3.5	2
E19	3	3	4	3	4	3	3.5	3	3.5	3.5
E20	4	4	3.5	3	4	3.5	4	3	4	2.5
E21	4	3.5	3	2.5	4	3.5	4	3.5	3	2.5
E22	4	4	2	2	4	3.5	4	3.5	2	1.5



● CCFNI(2)

People

● **Jane B Leske**

17 Jun 2013

To me

here is what you need

--

Jane S. Leske PhD, ACNS-BC
Professor
College of Nursing
University of WI-Milwaukee
1921 E. Hartford Avenue
Milwaukee, WI 53201
Phone: 414-229-6234
Fax: 414-229-6474
E-mail: jsl@uwm.edu

2 Attachments | [View all](#) | [Download all](#) ▾

[CCFNI.doc](#)[View](#) | [Download](#) ▾[letter.doc](#)[View](#) | [Download](#) ▾

Reply, Reply all or Forward | More

Dear Researcher,

Please find enclosed a copy of the *Critical Care Family Needs Inventory*. You have my permission to use and/or translate the tool to meet your research needs as long as credit is referenced in your work. The psychometric properties of the instrument are published in Leske, J.S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, *Heart & Lung*, 20, 236-244. Please do not hesitate to contact me if you have any questions. Best wishes for a successful research project.

Sincerely,

Jane S. Leske PhD, RN

● Permission to use CCFNI(3)

People



● **Nancy Molter**

18 Jun 2013 ★

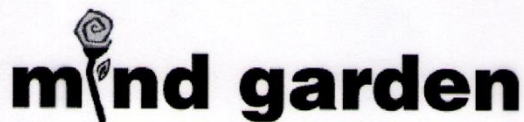
To me

Please feel free to use Critical Care Family Needs Inventory for your research, giving Jane Leske and myself appropriate referencing. You may adapt the tool to meet the needs of your research but it may affect the psychometrics of the tool. Data concerning the psychometrics of the tool can be found in Jane Leske's article published in the May 1991 issue of *Heart & Lung*, Vol 20(3): 236. The tool that is scored by calculating the means for each item. There is no total score. Then rank the items according to their mean. Jane has identified the dimensions of needs and it is easy to discuss them in those terms. Good luck in your research.

> Show message history

Reply, Reply all or Forward | More

For use by Itsari Srisupha-olarn only. Received from Mind Garden, Inc. on October 5, 2014



www.mindgarden.com

To whom it may concern,

This letter is to grant permission for the above named person to use the following copyright material for his/her thesis or dissertation research.

Instrument: ***State-Trait Anxiety Inventory for Adults***

Authors: ***Charles D. Spielberger, in collaboration with R.L. Gorsuch, G.A. Jacobs, R. Lushene, and P.R. Vagg***

Copyright: ***1968, 1977 by Charles D. Spielberger***

Five sample items from this instrument may be reproduced for inclusion in a proposal, thesis, or dissertation.

The entire instrument may not be included or reproduced at any time in any other published material.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Robert Most", with a long horizontal line extending to the right.

Robert Most
Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอิสริย์ ศรีศุภโอบาร เกิดเมื่อปี พ.ศ. 2522 จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปีการศึกษา 2544 และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554 ประสบการณ์การทำงานด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลประจำการ) หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นระยะ เวลา 3 ปี 7 เดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2548 ปัจจุบันเป็นพยาบาลชั่วคราวตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึงปัจจุบัน พยาบาลครูคลินิก (อาจารย์พิเศษ) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-จนถึงปัจจุบัน และพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิกงานปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2555-2557