

ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

จุรานุช จอมโคกสูง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ จุรานุช จอม โลกสูง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิงชนิดดา แนบเกษร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิมห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ร.อ.หญิงชนิดดา แนบเกษร)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิมห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียวอิสเรศ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิง ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์เวทิส ประทุมศรี ดร.เขมรดี มาสิงบุญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงจนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงปัญญภรณ์ วาฬิปะโคน คณาจารย์ เพื่อนร่วมงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกท่าน ถึงแม้ไม่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนขอกราบขอบพระคุณสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณภาพ และสำเร็จได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อประสิทธิ์ คุณแม่สมทรัพย์ จอมโลกสูง และเพื่อน ๆ รหัส 55 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ ด้วยความรัก ความห่วงใย และคอยช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี นุรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

จุรานุช จอมโลกสูง

55920304: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล/ ความเครียด/ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

จรรยา จอม โคนสูง: ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (EFFECT OF INDIVIDUAL SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY ON STRESS IN FAMILY MEMBERS OF SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนิดคานแบบเกษร, Ph.D., จินห์จู้ชา ชัยเสนา ดาลาส, Ph.D. 109 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นสภาวะวิกฤตด้านจิตใจที่ควรได้รับการดูแลและประคับประคอง การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน นานประมาณ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเครียดภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลนี้มีประสิทธิภาพพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรประยุกต์รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลนี้ไปใช้เพื่อลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่มีลักษณะทำนองเดียวกันนี้

55920304: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)
KEYWORDS: INDIVIDUAL SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY/ STRESS/
FAMILY MEMBERS OF SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS
JURANUD JOMKOKSUNG: EFFECT OF INDIVIDUAL SUPPORTIVE
PSYCHOTHERAPY ON STRESS IN FAMILY MEMBERS OF SURGICAL INTENSIVE
CARE UNIT PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: CHANUDDA NABKASORN, Ph.D.,
JINJUTHA CHAISENA DALLAS, Ph.D. 109 P. 2018.

Stress in family members of crisis patients is a psychological crisis that should be taken care and supported. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of the individual supportive psychotherapy on stress in family members of patients in a surgical intensive care unit. The sample included 20 family members of patients in a surgical intensive care unit, Ramathibodi hospital who met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned into the experimental and the control groups, 10 for each group. The experimental group received routine nursing care and the individual supportive psychotherapy for 5 daily-sessions, each session took about 60 to 90 minutes. The control group received only routine nursing care. Tools for data collection were a demographic questionnaire, and the questionnaire of stress in family members of crisis patients. Descriptive statistics and t-test were employed for data analysis.

The results revealed that after completion of the intervention, the experimental group had significantly lower mean scores of stress than those in the control group ($p < .001$). In the experimental group, the mean score of stress at posttest was significantly lower than those at pretest ($p < .001$).

These findings indicate that this individual supportive psychotherapy is effective. Nurses and related health personnel should apply this individual supportive psychotherapy model to reduce stress among family members of patients with similar crisis.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การเจ็บป่วยภาวะวิกฤต.....	11
ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	16
จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	32
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	39

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	40
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยวิกฤต และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤต	41
ตอนที่ 2 ข้อมูลความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	45
ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	46
5 สรุปและอภิปรายผล	50
สรุปผลการวิจัย	50
การอภิปรายผล	51
ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก	63
ภาคผนวก ก	64
ภาคผนวก ข	66
ภาคผนวก ค	89
ภาคผนวก ง	100
ภาคผนวก จ	106
ประวัติย่อของผู้วิจัย	109

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	41
2	จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล.....	43
3	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการ ทดลองเสร็จสิ้นทันที.....	45
4	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที.....	47
5	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	48
6	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเครียดในแต่ละด้านและโดยรวมของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จ สิ้นทันที.....	49
7	วิธีการวิเคราะห์การแจกแจงแบบ โคลัมโบส คี-สแควร์ คะแนนเฉลี่ยความเครียด (โดยรวม) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
8	วิธีการวิเคราะห์การแจกแจงแบบ โคลัมโบส คี-สแควร์ ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด (โดยรวม) ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	107
9	วิธีการวิเคราะห์การแจกแจงแบบ โคลัมโบส คี-สแควร์ จากคะแนนความแตกต่าง ค่า (d) ของคะแนนเฉลี่ยความเครียด (โดยรวม) และรายด้าน ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	108

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2	ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	38

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต (Crisis illness) เป็นอาการแสดงของสภาวะร่างกายที่เกิดจากการเสียความสมดุล การเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญ การกำเริบของรอยโรคเดิม หรือเกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป มีอาการซับซ้อนไม่คงที่ และยากต่อการปรับตัว ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงในที่สุด เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต และภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในร่างกาย ฯลฯ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2557) ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ จึงต้องมีการพึ่งพาเครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลอย่างใกล้ชิด มีหน่วยงานพิเศษรองรับผู้ป่วยและมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นภาวะคุกคามและอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย นอกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแล้ว บุคคลในครอบครัวก็เป็นบุคคลสำคัญโดยตรงที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเช่นกัน ผลกระทบของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต ครอบครัวจะเผชิญกับความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ระดับสูง โกรธ เศร้าเสียใจ รู้สึกผิด คับข้องใจ และมีความหวัง สถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหนือความคาดหมาย คุกคามต่ออัตมโนทัศน์ (Self-concept) และไม่สามารถจัดการด้วยกลไกการจัดการ (Coping mechanism) ตามปกติได้ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและความกดดัน เกิดภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ เป็นสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว การเผชิญกับระยะวิกฤตโดยปกติจะใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ สามารถปรับตัวได้อย่างสมดุล ในขณะที่เดียวกันหากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) การเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัวมีผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัวของผู้ป่วย ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า การรับข่าวร้ายทำให้สมาชิกครอบครัวใช้กลไกด้านจิตใจเพื่อปรับใจในการเผชิญความเครียด เช่น การปฏิเสธเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความโกรธ การหาเหตุผลต่อรองเพื่อที่จะไม่ยอมรับเหตุการณ์นั้น แต่เมื่อไม่สำเร็จสมาชิกครอบครัวจะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจต่อความจริงนั้น (Kubler-Ross, 1969) ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า สภาวะจิตใจที่อ่อนล้าส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย เช่น สมาชิกครอบครัวจะเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ

ทำให้ร่างกายทรุดโทรมจนส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกายตามมา อาจเจ็บป่วยหรือมีอาการกำเริบของโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังเดิม ผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่สำคัญ คือ ด้านสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตทำให้สมาชิกครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้นจากสภาวะปกติ ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย การทำบทบาทหน้าที่ทดแทนผู้ป่วยในระหว่างที่เจ็บป่วย การดูแลสมาชิกในครอบครัว การหารายได้เพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประคับประคองจิตใจของสมาชิกในครอบครัว (พิกุล เจริญสุข, 2549; Defloor, Grypdonck, & Verhaeghe, 2005; Williams, 1986) จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความทุกข์ทั้งทางกายและทางจิตใจจนส่งผลต่อความเครียด

จากการศึกษาความเครียดของสมาชิกผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงในระยะ 1-4 วัน ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความเครียดของสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับสูง และความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (Gorman, 1989; McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010) ซึ่งระยะการเกิดภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวสามารถเกิดขึ้นได้ภายใน 1-2 วันหลังได้รับข่าวการเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย (Aguilera, 1998) สมาชิกครอบครัวจึงมีความเครียดสูง ซึ่งสาเหตุความเครียดเกิดจากปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ พื้นฐานทางอารมณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่ปลอดภัย ประสบการณ์ในอดีต และความต้องการของบุคคล ส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย กฎระเบียบการเยี่ยม และภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว (Ann, Lennart, & Birgitta, 2008; Kneafsey & Gawthorpe, 2004) จะเห็นได้ว่าความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนไม่ต่างกับการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต

ความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึง ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะใช้กระบวนการความรู้สึกรู้สึกคิด ในการประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ที่จะสามารถเผชิญได้ และส่งผลกระทบต่อความผาสุกของบุคคล เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นต่อความเครียด บุคคลจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) โดยผ่านกระบวนการรู้สึกรู้สึกคิด (Cognitive appraisal) หากพบว่า เกิดความสมดุล บุคคลจะประเมินสถานการณ์ไม่มีผลกับตนเอง (Irrelevant) ส่งผลให้ไม่เกิดความเครียด แต่ถ้าเกิดความไม่สมดุลบุคคลจะประเมินว่าเกิดความเครียด (Stressful) ซึ่งความเครียดแบ่งได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความเครียดที่เป็นสิ่งท้าทาย (Challenge) จะส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดในทางที่มีผลดีต่อตนเอง 2) ความเครียดเป็นสิ่งคุกคาม (Threat) หรือเป็นอันตราย (Harm) จะส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดในทางที่มีผลทำให้เสียหาย

และมีผลกระทบต่อด้านจิตใจโดยตรง ซึ่งการรับรู้ของบุคคลเกิดจากกระบวนการรู้สึกลึกซึ้งคิด ประกอบด้วย การประเมินด้านปฐมภูมิ (Primary appraisal) โดยบุคคลจะประเมินตัดสินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์ ร่วมกับการประเมินด้านทุติยภูมิ (Secondary appraisal) ซึ่งเป็นการค้นหาวิธีทางออกให้กับตนเอง โดยค้นหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และแหล่งประโยชน์เพิ่มเติม เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่หรือให้ความหมายของสถานการณ์ใหม่จะมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal) เพื่อลดความเครียดลง (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman พบว่า สมาชิกครอบครัวมีการประเมินความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยผ่านกระบวนการรู้สึกลึกซึ้งคิด หากพบว่าเกิดความไม่สมดุลสมาชิกครอบครัวจะมีการค้นหาทางเลือกหรือแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อเข้ามาช่วยจัดการความเครียด (สุมามิตา สวัสดิคุณนาท, 2555) ดังนั้นความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องค้นหาและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน รวมถึงการมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอต่อการประคับประคองด้านจิตใจและการเผชิญความเครียด (จิตติมาภรณ์ พรหมรอด, 2555)

ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดจากการเผชิญสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน (Situational crisis) ในระยะวิกฤตสมาชิกครอบครัวเผชิญความเครียดโดยนำประสบการณ์เดิมมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาในระยะแรก หากพบว่าไม่สำเร็จก็จะเข้าสู่ระยะการรับรู้เหตุการณ์ ในระยะนี้สมาชิกครอบครัวมีความเครียด ความวิตกกังวลสูงขึ้นไป มีความคิดหมกมุ่น พยายามจัดการความรู้สึกลึกซึ้งต่าง ๆ ให้หมดไป โดยมองหาที่พึ่งขอความช่วยเหลือ หากแก้ไขปัญหาไม่สำเร็จก็จะเข้าสู่ระยะวิกฤต ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงมากขึ้น เริ่มเสียวัวและขับขี้ใจ จึงรวบรวมพลังของตนเองทั้งหมด ทำการทบทวนและพยายามยอมรับความจริงเพื่อความอยู่รอดและความสมดุลของอารมณ์ หากพบว่ายังคงไม่สำเร็จก็จะดำเนินไปสู่ระยะหลังวิกฤต ซึ่งระยะดังกล่าวเป็นผลมาจากการปรับตัวของระยะวิกฤต หากสมาชิกครอบครัวยังคงไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมผิดปกติ เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมาได้ จะเห็นได้ว่าการรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และการมีกลไกการปรับตัวเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับสมดุลทางอารมณ์ได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2552) การเผชิญสถานการณ์ภาวะวิกฤต บุคคลมีความต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งหากภาวะวิกฤตอยู่ในระดับเล็กน้อยจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้ข้อมูล หากภาวะวิกฤตอยู่ระดับปานกลางจะให้การช่วยเหลือโดยการบำบัด และหากภาวะวิกฤตอยู่ระดับรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูที่ยาวนานขึ้น (จงกรม ทองจันทร์, นิมิตฺตารา แว, อัจฉรา จันเพ็ชร, วราภรณ์ คิวดำรงพงศ์ และนันทรัตน์ บุญประเสริฐ, 2551) สถานการณ์ความเครียดของสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้การช่วยเหลือ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านต่าง ๆ คือ 1) ด้านข้อมูล 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านการปรับตัว 4) ด้านการช่วยเหลือครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การสื่อสารที่ใช้คำพูดเข้าใจง่าย ความต้องการด้านจิตใจ สมาชิกครอบครัวต้องการมีความหวังและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย รอดชีวิต ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการกำลังใจ การได้ระบายความรู้สึก ความต้องการด้านการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือต่าง ๆ กับผู้ป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วย ความดูแลเอาใจใส่และความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ และความต้องการด้านการช่วยเหลือครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม สมาชิกครอบครัวต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน การประคับประคองจิตใจของบุคคลในครอบครัว การมีบุคคลในครอบครัวมาผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย (วารุณี บัวมีรูป, 2551; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005) ในการเผชิญความเครียดสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการความช่วยเหลือ และใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตนเอง หากพบว่าไม่เพียงพอสมาชิกครอบครัวจะมีการค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อเข้ามาจัดการความเครียดในตนเอง

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่จัดว่าเป็นแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการและให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (นิรมนต์ เหลาสภาพ, 2556) มีการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการให้พยาบาลจัดสรรเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูลเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล (รุ่งนภา เขียวข้อ, 2556) และการศึกษาวิธีการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า มีการพัฒนารูปแบบ โปรแกรมการช่วยเหลือใน 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการปรับตัว ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา การให้กำลังใจ การระบายความรู้สึก และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2550; อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, 2550) และ 2) ด้านการจัดการความเครียด ซึ่งเน้นให้สมาชิกครอบครัวรับรู้เหตุการณ์ตามความจริงโดยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล และสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการทำกลุ่มซึ่งนำสมาชิกครอบครัวที่เคยมีประสบการณ์ตรงมาร่วมพูดคุย นอกจากนี้ยังเน้นการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมโดยกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและอยู่เป็นเพื่อน (นิรมนต์ เหลาสภาพ, 2556; สุมามิตา สวัสดิ์ดิณตนาท, 2555)

การศึกษาที่ผ่านมาได้พัฒนาวิธีการจัดการกับความเครียด การปรับตัวและการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้โปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือ แต่ลักษณะของโปรแกรมหังกล่าวยังไม่ได้นั้นกระบวนการการเข้าถึงปรากฏการณ์ความทุกข์ภายใน

จิตใจของสมาชิกครอบครัว การศึกษาของ ปฐมวดี สิงห์คง (2555) ศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า สมาชิกครอบครัวสะท้อนถึงความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย (Uncertainty) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจิตใจ (Suffering) การสับสนกับทางเลือกในการเผชิญภาวะวิกฤต ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานและกลัวการสูญเสีย (Loss) และความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยจากการปรับเปลี่ยนบทบาทและการดำเนินชีวิตในครอบครัว (Insecurity) ความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนเป็นพื้นฐานของความเครียด อาจเกิดจากความกลัวภาวะคุกคามจากสิ่งภายนอก ทำให้ตกอยู่ในภาวะไม่มั่นคงปลอดภัย ไม่แน่ใจว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดความหวาดหวั่น กระทบกระชวย และเกิดความเครียด (Arnold, 1955) ซึ่งภาวะดังกล่าวต้องการกระบวนการบำบัดทางด้านจิตใจที่เน้นการเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อประคับประคอง บรรเทาเบาบางความเครียด และความรู้สึกทุกข์ในจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต (Crisis intervention) มุ่งเน้นการช่วยเหลือและแก้ปัญหา ด้านจิตใจให้กลับสู่ภาวะสมดุล โดยให้การช่วยเหลือในระยะสั้นและในขณะปัจจุบัน ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม การให้การช่วยเหลือทั่วไป การช่วยเหลือบุคคลกลุ่มใหญ่ และการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1-6 ครั้ง เพื่อลดความรุนแรงของความเครียดทางอารมณ์ และช่วยให้สามารถปรับตัวได้ (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; Robert & Ottens, 2005) จากการศึกษาของ นิรมนต์ เหลาสุภาพ (2556) ได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง-สูง และจากการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่กล้าสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ และข้อจำกัดในการเยี่ยมผู้ป่วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความวิตกกังวล และมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความเครียดและให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถกลับสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ ได้อย่างเหมาะสม

จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential) เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความยอมรับ และความเข้าใจ ซึ่งช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการรับรู้ เข้าใจประสบการณ์ เข้าใจตนเอง ทำให้สามารถยอมรับตนเอง และรับผิดชอบต่อตนเอง แก้ไขพัฒนาและขจัดปัญหาจิตใจได้ จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว Rogers (1961 อ้างถึงใน Wilkins, 2016) ได้นำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีหลักการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจ (Congruence and genuineness) การมองทางบวก

และการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข (Unconditional positive regard and acceptance) และการเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Accurate empathic understanding) ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพด้วยบรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตรและมีความเข้าอกเข้าใจ (ดวงมณี จงรักษ์, 2556) ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล ภายใต้กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งเน้นการสนทนาและบำบัดช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น บรรเทาความขัดแย้งในจิตใจ บรรเทาปัญหาในขณะนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง กล้าเผชิญหน้ากับความจริง ลดความรู้สึกปกป้องตนเอง มีความยืดหยุ่น มีเหตุผล เรียนรู้ที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกปลอดภัย ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก อันนำไปสู่การบรรเทาความทุกข์ในด้านอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์ ความเครียดบนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ความเครียดในจิตใจลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในระยะก่อนทดลอง และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคอง รายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยทำการศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี ในระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง สมาชิกครอบครัวที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี โดยมีความสัมพันธ์ในทางกฎหมาย ทางสายเลือด หรืออยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยวิกฤต และเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการดูแล ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวิกฤต มีความรัก ความห่วงใย ต่อผู้ป่วยวิกฤต

จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล หมายถึง กิจกรรมและกระบวนการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยวิธีจิตบำบัดแบบ ประคับประคองรายบุคคล ซึ่งได้นำจิตบำบัดตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential) แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers มาปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ภายใต้กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ซึ่งนำมาใช้เป็นหลักของการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน และ 5 กิจกรรมการบำบัด ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) ระยะเวลาเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย” ขั้นตอนที่ 2) ระยะเวลา: การดำเนินการบำบัด กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 “นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 “สร้างกำลังใจ” ขั้นตอนที่ 3) ระยะสิ้นสุด: การยุติการบำบัด กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 “ยุติการบำบัด” โดยดำเนินกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 วัน วันละ 60-90 นาที/ ครั้ง โดยเริ่มให้โปรแกรมภายใน 1-5 วันแรกที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

ความเครียด หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ประเมินสถานการณ์ ความเครียดจากสภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัวมีผลคุกคามต่อตนเอง จำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อจัดการสถานการณ์ ถ้าพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นเกินกำลังกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะทำให้ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้น ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้มีการนำแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมาใช้ในการ

ประเมินระดับความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยแบบวัดนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของ นิรมนต์ เหล่าสุภาพ (2556) ที่ได้ปรับปรุงพัฒนาแบบวัดความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย ด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้แนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ร่วมกับจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers (1961 อ้างถึงใน Wilkins, 2016)

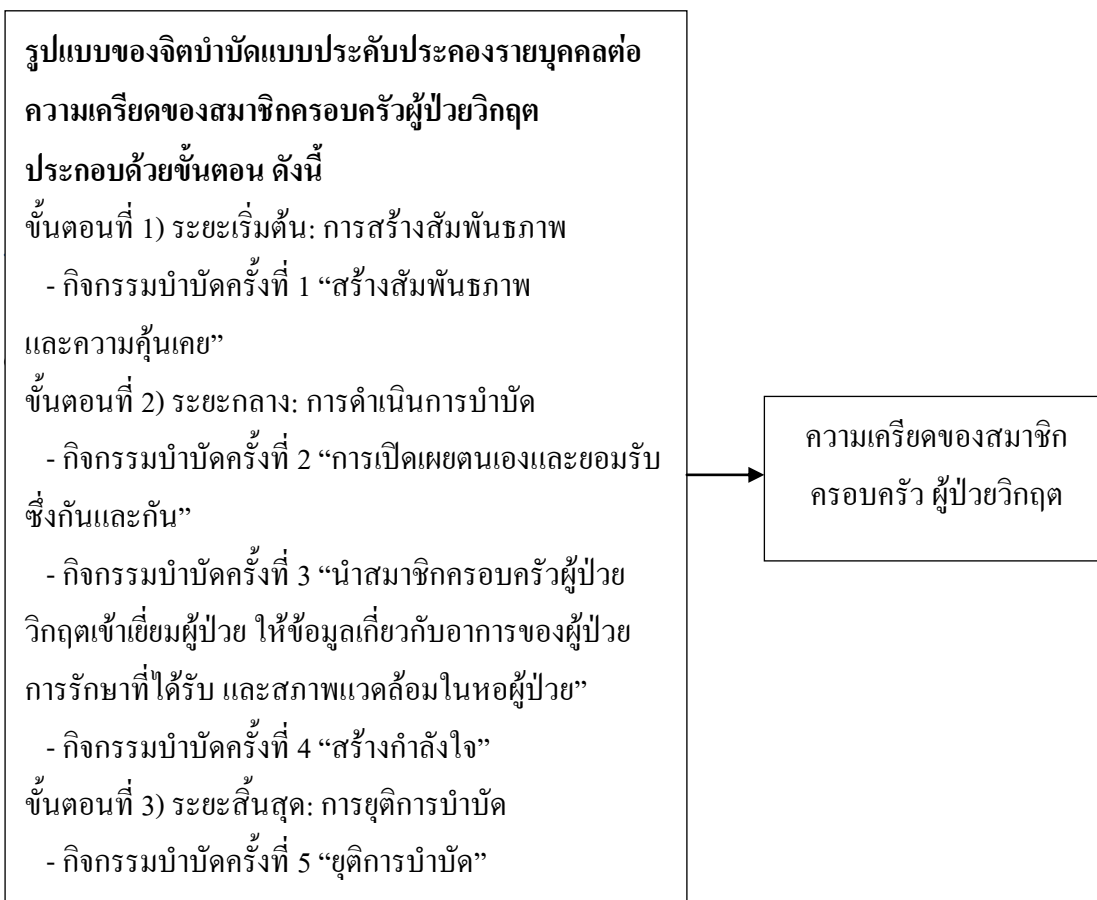
การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝัน ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ ซึ่งเป็นภาวะคุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย สถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหนือความคาดหมายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเผชิญกับความรู้สึกกลัว วิตกกังวลสูง โกรธ เศร้าเสียใจ รู้สึกผิด คับข้องใจ และมีความหวัง สถานการณ์ดังกล่าวคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ และไม่สามารถจัดการด้วยกลไกการจัดการตามปกติได้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความตึงเครียด และมีความกดดัน เกิดภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) ตามแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการรับรู้ โดยจะประเมินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น หากมีผลคุกคามต่อความรู้สึกของตนเองส่งผลให้เกิดความเครียด บุคคลจะค้นหาทางออกและหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตนเอง หากพบว่าเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ บุคคลจะค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเข้ามาให้การช่วยเหลือ ซึ่งการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต มุ่งเน้นการช่วยเหลือและแก้ปัญหาทางด้านจิตใจให้กลับสู่ภาวะสมดุล โดยให้การช่วยเหลือในระยะสั้นและในขณะปัจจุบัน ซึ่งการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล จะใช้ระยะเวลาประมาณ 1-6 ครั้ง เพื่อลดความรุนแรงของความเครียดทางอารมณ์ และช่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการบำบัดรายบุคคล โดยมีพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมที่เข้ามาให้การดูแลแบบจิตบำบัดประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการและให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางของ Rogers (1961 อ้างถึงใน Wilkins, 2016) มีหลักการ คือ ให้ความสำคัญที่ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual) ทุกคนมีศักยภาพในการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นได้สมบูรณ์ (Self-actualization) โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่จริงใจของผู้บำบัดที่มีต่อผู้รับการบำบัด (Congruence) ให้ผู้รับการบำบัดใช้ความสามารถที่แฝงเร้นอยู่ ซึ่งผู้ให้การบำบัดให้ความสำคัญและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) ให้การยอมรับแบบไม่มีข้อจำกัด (Unconditional positive regard) โดยผู้ให้การบำบัดไม่มีบทบาทในการชี้นำ (Non-directive) หรือแสดงความเห็นต่อผู้บำบัด เพียงแต่เป็นผู้ช่วยสะท้อนกลับ (Reflect) ให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าคุณคิดอะไร รู้สึกหรือทำอะไร และช่วยให้มีความเข้าใจอย่างชัดเจนในสิ่งที่ตนเองคิด สิ่งที่ตนเองรู้หรือกระทำ ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดยอมรับตนเองและมีความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจำนวนครั้งในการบำบัดขึ้นอยู่กับ การพิจารณาความเหมาะสมของผู้ให้การบำบัดและอาการของผู้รับการบำบัด ส่วนใหญ่ในการทำ จิตบำบัดระยะสั้นมาก (Brief psychotherapy) ผู้ให้การบำบัดพบกับผู้รับการบำบัดประมาณ 5-30 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที/ ครั้ง ขึ้นอยู่กับกรณีไป (จันทิมา องค์โฆษิต, 2547; Corey, 2013; Norcross & Prochaska, 2010)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคอง รายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยเน้นการสนทนา และการบำบัด ช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน และ 5 กิจกรรมบำบัด ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) ระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย” ขั้นตอนที่ 2) ระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด ประกอบด้วย กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 “นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” และกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 “สร้างกำลังใจ” ขั้นตอนที่ 3) ระยะ สิ้นสุด: การยุติการบำบัด กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 “ยุติการบำบัด” ซึ่งรูปแบบการบำบัดใช้ระยะเวลา 5 ครั้งต่อเนื่องกัน ดำเนินกิจกรรมการบำบัดวันละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยให้โปรแกรมภายใน 1-5 วันแรกที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคอง จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกปลอดภัย กล้าพูดระบายอารมณ์ความรู้สึก ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ที่ท่วมท้นในจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เบาบางลง มีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์ความเครียดบนพื้นฐานของความเป็นจริง และส่งผลให้ความเครียดในจิตใจ ลดลง กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดง ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. การเจ็บป่วยภาวะวิกฤต
2. ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
3. จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยภาวะวิกฤต

ความหมายของผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ซุติมา อรุ โณทยานันท์ (2547) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือป่วยหนักและคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และทันต่อเวลาที่เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้

แสงจันทร์ ทองมาก (2541) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ที่มีอาการหนัก อาการรุนแรง หรือฉุกเฉินซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม ให้มีความชำนาญเฉพาะด้าน โดยใช้หลักการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยต่อภาวะคุกคามต่อชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ และมีสุขภาพดีในระดับสูงต่อไป

สุภาภรณ์ ด้วงแพง (2540) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะล้มเหลวของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างถูกต้อง จับพด้น และซับซ้อน แต่มีโอกาสดับคืนสู่ภาวะปกติได้ หากผู้ให้การช่วยเหลือมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเป็นอย่างดี

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง หรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน อาการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นอันตรายและคุกคามต่อชีวิตจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากหน่วยงานและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตมีระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ โดยอวัยวะต่าง ๆ มีการทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้า มีอาการซับซ้อนไม่คงที่

และยากต่อการปรับตัว เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงในที่สุด (สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ, 2557) ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตในชีวิต ทั้งด้านการเจ็บป่วยหนักของตนเอง สภาพแวดล้อมและบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางกายยังส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว สูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียภาพลักษณ์ และเกิดความเครียด การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) ได้แก่

1. การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เพื่อบรรเทาภาวะการมีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป ภาวะขาดการกระตุ้นความรู้สึก และการนอนหลับไม่เพียงพอ เช่น การกระตุ้นการได้ยินโดยการอธิบายการพยาบาลทุกอย่างแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย คลายความกลัว และความวิตกกังวล การกระตุ้นการมองเห็น โดยจัดนาฬิกาแขวนไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมองเห็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้วันเวลา ควบคุมเสียงที่ไม่จำเป็นให้น้อยที่สุดและจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนให้กับผู้ป่วย
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการลดความกลัวและความวิตกกังวลซึ่งส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยเกิดความเครียด เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การคิดในเชิงบวก และการจินตนาการ
3. การใช้เทคนิคการสัมผัส เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย เช่น การจับมือผู้ป่วย การนวดหลัง การเช็ดตัว

ภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยวิกฤตแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตด้วยเช่นกัน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะเผชิญกับความรู้สึกกลัว วิตกกังวลระดับสูง โกรธ เศร้าเสียใจ รู้สึกผิด กังขาข้องใจ และการมีความหวัง สถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหนือความคาดหมาย คุณภาพต่ออัตมโนทัศน์ (Self-concept) และไม่สามารถจัดการด้วยกลไกการจัดการ (Coping mechanism) ตามปกติได้ ส่งผลให้ก่อให้เกิดความตึงเครียดและความกดดัน เกิดภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ เป็นสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว ในระยะแรกครอบครัวเผชิญภาวะช็อก รู้สึกสับสน โกรธ และสิ้นหวัง ถัดมาจะเริ่มยอมรับและพยายามแก้ไข ความคิดจะสงบลง ไม่สับสน แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้อย่างสมดุล การเผชิญกับระยะวิกฤตโดยปกติจะใช้เวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ สามารถปรับตัวได้อย่างสมดุล ในขณะที่เดียวกันหากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556) การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) ได้แก่

1. การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น ขณะสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพยาบาลควรอยู่ใกล้ ๆ เพื่อให้ข้อมูลที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการทราบด้วยคำอธิบาย

ที่เข้าใจง่าย หากอาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องรายละเอียดของข้อมูลมากขึ้น พยาบาลต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแสดงความรู้สึกได้เต็มที่ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายความเครียด

2. การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลของผู้ป่วย และตัดสินใจปัญหาสำคัญที่เกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นระยะ ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเห็นอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเป็นจริง

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางด้านศัลยกรรมที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อน มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ เป็นอันตรายและคุกคามต่อชีวิต เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดระบบประสาท ผ่าตัดช่องท้องและหลอดเลือด ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีการติดเชื้อในร่างกาย รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน และได้รับการดูแลเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ให้บริการรับผู้ป่วยจำนวน 9 เตียง ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และทีมสุขภาพอื่น ๆ โดยมีทีมแพทย์เฉพาะทางที่คอยดูแลผู้ป่วยทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และทีมพยาบาลให้การดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในลักษณะหมุนเวียน สลับกันดูแลผู้ป่วยตามตารางการมอบหมายงานในแต่ละเวร ซึ่งพยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1-2 คน นอกจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแล้วพยาบาลยังดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปพร้อมกัน โดยการพยาบาลที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับ คือ การให้ข้อมูลในครั้งแรกที่ผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษา ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แผนการรักษา กฎระเบียบของหอผู้ป่วย สำหรับด้านจิตเจ้านั้นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับจากพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตตามสถานการณ์เป็นกรณีไป ซึ่งหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้วันละ 2 ครั้ง ได้แก่ เวลา 11.00 น.-13.00 น. และเวลา 16.30 น.-20.00 น. โดยอนุญาตให้เข้าเยี่ยมได้ครั้งละไม่เกิน 2 คน ให้เวลาในการเยี่ยมครั้งละ 15 นาที และไม่สามารถเยี่ยมได้ตลอดทั้งวัน จากข้อจำกัดต่าง ๆ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความเกรงใจ ไม่กล้าสอบถามอาการของผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์อาการเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยและรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเครียดและทุกข์ทรมานทางใจ เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจากภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์และปรับตัวไม่เหมาะสม

ในสถานการณ์วิกฤตดังกล่าวบุคคลที่จะเข้ามามีบทบาทสำคัญในดูแลผู้ป่วยวิกฤต และตัดสินใจในสถานการณ์สำคัญ คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งนอกจากบทบาทในการดูแลชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตแล้ว ยังมีบทบาทในการดูแลชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน (McAdam & Puntillo, 2009) จะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์วิกฤตของครอบครัวดังกล่าวส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่แตกต่างไปจากสถานการณ์ชีวิตในภาวะปกติเป็นอย่างมาก จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันส่งผลต่อสภาวะอารมณ์และจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และยังส่งผลต่อการทำงานของสภาวะร่างกายร่วมด้วย (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขาดความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและด้านร่างกายจะส่งผลต่อระบบของบทบาทที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะต้องดูแลทั้งหมด (พิกุล เจริญสุข, 2549)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อสมาชิกความครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผลกระทบของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ด้านต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าการรับข่าวร้ายทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่ปลอดภัย ทุกข์ทรมานจิตใจ สับสน (ปฐมวดี สิงห์คง, 2555) โดยมีการใช้กลไกด้านจิตใจเพื่อเผชิญความเครียด คือ การปฏิเสธเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การโกรธ การกลัวหาเหตุผลต่อรองเพื่อที่จะไม่ยอมรับเหตุการณ์นั้น แต่เมื่อไม่สำเร็จสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ มีความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Kubler-Ross, 1969)
2. ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าสภาวะจิตใจที่อ่อนล้าของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่งผลต่อการดูแลสุขภาพร่างกาย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ทำให้สุขภาพทรุดโทรมจนส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกายตามมา อาจเจ็บป่วยหรือมีการกำเริบของโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังเดิม (พิกุล เจริญสุข, 2549; Defloor et al., 2005)
3. ผลกระทบด้านสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีบทบาทหน้าที่เพิ่มมากขึ้นจากสภาวะปกติ ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย การทำบทบาทหน้าที่ทดแทนผู้ป่วยในระหว่างที่เจ็บป่วย การดูแลสมาชิกในครอบครัว การหารายได้เพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประคับประคองจิตใจของสมาชิกในครอบครัว (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556; McAdam et al., 2010)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยมีผลต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างมากไม่น้อยกว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วยเอง ดังนั้นพยาบาลควรให้

ความสำคัญต่อการให้ความช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเช่นเดียวกับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์วิกฤตและได้รับผลกระทบน้อยที่สุด แล้วสามารถปรับตัวกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติอย่างรวดเร็วที่สุด

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยตรง ซึ่งความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม จึงต้องมีการประเมินอย่างรวดเร็วและตรงตามความต้องการจริง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการ ดังนี้

1. ด้านข้อมูล สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลและสิทธิการรักษาที่ครอบคลุม และมีการสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย (รุ่งนภา เขียวช่อ, 2556; วารุณี บัวมีรูป, 2551)

2. ด้านจิตใจ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการมีความหวังและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย รอดชีวิต ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการกำลังใจและได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง (จิตติมาภรณ์ พรหมรอด; 2555; Verhaeghe et al., 2005)

3. ด้านการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือต่าง ๆ กับผู้ป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วย และความ เป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556)

4. ด้านการช่วยเหลือครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน การประคับประคองจิตใจของบุคคลในครอบครัว การได้ทำกิจกรรมผ่อนคลายในช่วงเวลาที่ได้พักจากการดูแลผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว (ปฐมาวดี สิงห์คง, 2555; McAdam & Puntillo, 2009)

จะเห็นได้ว่า พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การตอบสนองกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการจะส่งผลให้มีพลังในการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตได้มากขึ้น ลดโอกาสที่สมาชิกในครอบครัวจะสื่อความเครียดของตนให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วยิ่งขึ้น และสมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต

การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤต (Crisis intervention) มุ่งเน้นการช่วยเหลือและแก้ปัญหาทางด้านจิตใจให้กลับสู่ภาวะสมดุล โดยให้การช่วยเหลือในระยะสั้น และในขณะปัจจุบัน มีวิธีการช่วยเหลือ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม การช่วยเหลือทั่วไป การช่วยเหลือบุคคลกลุ่มใหญ่ และการช่วยเหลือเป็นรายบุคคล ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 1-6 ครั้ง เพื่อลดความรุนแรงของความเครียดทางอารมณ์ และช่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตและต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์เพื่อให้กลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ต่อไป (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545; Robert & Ottens, 2005) การเผชิญสถานการณ์ภาวะวิกฤต บุคคลมีความต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งหากภาวะวิกฤตอยู่ในระดับเล็กน้อยจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการให้ข้อมูล หากภาวะวิกฤตอยู่ระดับปานกลางจะให้การช่วยเหลือโดยการบำบัด และหากภาวะวิกฤตอยู่ระดับรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูที่ยาวนานขึ้น (จกรมทองจันทร์ และคณะ, 2551)

ดังนั้นการให้ความดูแลช่วยเหลือและสร้างความพร้อมให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะแรกที่เกิดภาวะวิกฤตของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้ความสนใจและใส่ใจไม่ต่างจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเช่นกัน

ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ความหมายของความเครียด

Caplan (1981 อ้างถึงใน สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่มีความไม่สมดุลหรือความไม่พอดีระหว่างความคาดหวังที่มีต่อบุคคล และความสามารถของบุคคลในการตอบสนอง และความไม่สมดุลนี้มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัย ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลในวันข้างหน้า

Luckman and Sorenson (1987 อ้างใน อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย, 2543) กล่าวว่า ความเครียด เป็นสิ่งที่มาคุกคามหรือพยายามทำลายบุคคลหรือสิ่งที่ทำให้บุคคลประสบความไม่พึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ เป็นสิ่งที่ขัดขวางพัฒนาการด้านร่างกาย และจิตใจของมนุษย์ ทำให้เกิดสภาวะขาดสมดุล

Lazarus and Folkman (1984 อ้างถึงใน ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้ต่อสิ่งเร้า หรืออันตรายที่มาคุกคามต่อตัวบุคคล มีผลทำให้เสียสมดุลและเกิดความตึงเครียด จนผลักดันให้เกิดกลไกการต่อต้านหรือปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะที่สมดุล

กล่าวโดยสรุป ความเครียดเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ซึ่งเรารู้ว่ามีผลคุกคามต่อตนเอง ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ บุคคลจะใช้ความพยายามในการจัดการเพื่อปรับให้สู่ภาวะสมดุล

แนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman

การเผชิญภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัว สมาชิกครอบครัวจะเผชิญกับความวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย (Uncertainty) ความรู้สึกทุกข์ทรมานจิตใจ (Suffering) การสับสนกับทางเลือกในการเผชิญภาวะวิกฤต ความรู้สึกกลัวผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานและกลัวการสูญเสีย (Loss) และความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยจากการปรับเปลี่ยนบทบาทและการดำเนินชีวิตในครอบครัว (Insecurity) (ปฐมวดี สิงห์คง, 2555) รวมทั้งความเครียดจากสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจึงประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นก่อให้เกิดความเครียด

ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวไว้ว่า ความเครียดคือ สภาวะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นต่อความเครียด บุคคลจะรับรู้ว่าจะเกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) โดยผ่านกระบวนการรู้สึกรู้สีก่อนคิดในการประเมินสถานการณ์นั้น (Cognitive appraisal) หากพบว่าเกิดความสมดุล บุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่มีผลกับตนเอง (Irrelevant) หรือมีผลในทางที่ดี (Benign-positive) ส่งผลให้บุคคลไม่เกิดความเครียด แต่ถ้าความต้องการและแหล่งประโยชน์ไม่สมดุลกัน บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด (Stressful) ซึ่งถ้าประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งท้าทาย (Challenge) ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดในทางที่มีผลดีต่อตนเองซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการมีกำลังใจที่ดีในการเผชิญสถานการณ์นั้น แต่หากบุคคลประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งคุกคาม (Threat) อันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดในทางที่มีผลทำให้ตนเองเสียหายและมีผลกระทบต่อด้านจิตใจโดยตรง ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะประเมินจากกระบวนการรู้สึกรู้สีก่อนคิด (Cognitive appraisal) โดยแบ่งออกเป็นขั้นตอนของการประเมินด้านปฐมภูมิ (Primary appraisal) ซึ่งบุคคลประเมินตัดสินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์ โดยนำปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์มาใช้เป็นเหตุผลในการตัดสินว่าสถานการณ์ดังกล่าวมีผลต่อตนเองหรือไม่ ประกอบกับการประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) โดยบุคคลพยายามหาทางออกให้กับตนเอง ด้วยการหาข้อมูล วิธีการต่าง ๆ และค้นหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หากพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ จึงค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเข้ามาให้การช่วยเหลือ และสุดท้ายมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal) เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่หรือให้ความหมายของสถานการณ์ใหม่ทำให้ความเครียดลดลง

เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัว สมาชิกครอบครัวประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) ตัดสินใจความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ โดยนำปัจจัยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความผูกพันกับผู้ป่วย และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ และระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ มาใช้ประกอบในการตัดสินว่าสถานการณ์ดังกล่าวมีผลต่อตนเองหรือไม่มีผลอย่างไร หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตประเมินว่ามีผลคุกคามต่อความรู้สึก ทำให้เกิดความเครียด ร่วมกับการประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพยายามหาทางออกให้กับตนเอง หาข้อมูล ค้นหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ พลังของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหาและทักษะในสังคม หากพบว่าเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ จึงค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเข้ามาให้การช่วยเหลือ จากการศึกษาพบว่าพยาบาลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถตอบสนองความต้องการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้มาก และสุดท้ายจึงประเมินซ้ำ (Reappraisal) เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับข้อมูลใหม่หรือให้ความหมายของสถานการณ์ใหม่เพื่อลดความเครียด

สรุปได้ว่า ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกิดจากการรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของบุคคลในครอบครัว เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะพยายามค้นหาข้อมูล วิธีการ และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อหาทางออกให้กับตนเอง แต่เมื่อค้นพบว่าความเครียดนั้นเกินกำลังความสามารถที่มีอยู่ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีการค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อเข้ามาช่วยในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรับรู้แนวทางวิธีการจัดการใหม่ จะมีการประเมินอีกครั้ง เพื่อให้ระดับความเครียดลดลง ซึ่งจะส่งผลในทางที่ดีต่อการมีความพร้อมของสภาวะจิตใจในการปรับตัว และการเผชิญความเครียด รวมทั้งส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและดูแลสมาชิกในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสะท้อนความรู้สึกวิตกกังวลต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย รู้สึกทุกข์ทรมานจิตใจ การสับสนกับทางเลือกในการเผชิญภาวะวิกฤต กลัวผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานและกลัวการสูญเสีย และรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยจากการปรับเปลี่ยนบทบาทและการดำเนินชีวิตในครอบครัว (Insecurity) (ปฐมวดี สิงห์คง, 2555) จะเห็นได้ว่าการสะท้อนประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น มีการศึกษาเพิ่มเติม พบว่าความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงในระยะ 1-4 วันของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับสูงและความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (Gorman, 1989; McAdam et al., 2010) จากสถานการณ์ความเครียด

ดังกล่าว จึงเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อจัดการกับสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างใกล้ชิด (นิรมนต์ เหลลาสุภาพ, 2556) การศึกษาของ รุ่งนภา เขียวช่อ (2556) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการให้พยาบาลจัดสรรเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูลเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล การศึกษารูปแบบของโปรแกรมการช่วยเหลือใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการปรับตัว การศึกษาของ เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2550) และการศึกษาของ อรุณรัตน์ โยธินวิฒนบำรุง (2550) ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา การให้กำลังใจ โดยให้ระบายความรู้สึก และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ด้านการจัดการความเครียด การศึกษาของ นิรมนต์ เหลลาสุภาพ (2556) และการศึกษาของ สุมามิตา สวัสดิ์ดิณณาท (2555) ซึ่งเน้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้เหตุการณ์ตามความจริง โดยการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล และสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการทำกลุ่มซึ่งนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตครอบครัวอื่นที่เคยมีประสบการณ์ตรงมาร่วมพูดคุย นอกจากนี้ยังเน้นการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและอยู่เป็นเพื่อน

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาวิธีการจัดการกับความเครียด การปรับตัว และการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจนถึงขั้นพัฒนาเป็น โปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงในการช่วยเหลือ และมีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังคงอยู่ในระดับปานกลาง-สูง ดังนั้นการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรค้นหาวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดความเครียดและช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถกลับสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทางอารมณ์ ลดความเครียด ประคับประคองจิตใจ และเตรียมความพร้อมของสภาวะจิตใจให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ความหมายของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล

จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) หมายถึง การทำจิตบำบัดที่เน้นการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม ปรับตัวต่อชีวิตของตนเองได้ การทำงานของจิตใจดีขึ้น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด (ถวิล นภาพงศ์สุริยา, 2557)

จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) หมายถึง การบำบัดที่ผู้ให้การบำบัดให้การบำบัดต่อการบำบัดต่อผู้รับการบำบัดเป็นรายบุคคล ด้วยการพูดคุยสนทนาตัวต่อตัวระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถเผชิญหน้า (Confront) และแก้ไขปัญหของตนเอง (Resolve) โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบวิชาชีพ ยึดแนวคิดความรู้พื้นฐานทฤษฎีทางจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ จำนวนครั้งในการบำบัดขึ้นอยู่กับพิจารณาความเหมาะสมของผู้ให้การบำบัดและอาการของผู้รับการบำบัด ส่วนใหญ่ในการทำจิตบำบัดระยะสั้นมาก (Brief psychotherapy) ผู้ให้การบำบัดพบผู้รับการบำบัดประมาณ 5-30 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที/ ครั้ง ขึ้นอยู่กับกรณีไป (จันทิมา องค์ไฉยมิตร, 2547)

กล่าวได้ว่า จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล หมายถึง การทำจิตบำบัดแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด โดยวิธีการพูดคุยสนทนา เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ลดความวิตกกังวล มีการใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมในการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติโดยเร็ว พึงพาตนเองได้มากที่สุด ซึ่งจำนวนครั้งและระยะเวลาในการบำบัดขึ้นอยู่กับพิจารณาความเหมาะสมของผู้ให้การบำบัดและอาการของผู้รับการบำบัดเป็นกรณีไป

จิตบำบัดประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม

ทฤษฎีจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential) เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความยอมรับ และความเข้าใจ ซึ่งเป็นจุดที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการรับรู้ เข้าใจประสบการณ์ต่าง ๆ รู้สึกเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ทำให้สามารถยอมรับตนเองและรับผิดชอบต่อตนเอง แก้ไขพัฒนาและขจัดปัญหาจิตใจ จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว Rogers (1961 อ้างถึงใน Wilkins, 2016) ได้นำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งให้ความสำคัญที่ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual) ทุกคนมีศักยภาพในการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นได้สมบูรณ์ (Self-actualization) โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่จริงใจของผู้บำบัดที่มีต่อผู้รับการบำบัด (Congruence) ให้ผู้รับการบำบัดใช้ความสามารถที่แฝงอยู่ โดยผู้ให้การบำบัดให้ความสำคัญและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) ให้การยอมรับแบบไม่มีข้อจำกัด (Unconditional positive regard) โดยผู้ให้การบำบัดไม่มีบทบาทในการชี้นำ (Non-directive) หรือแสดงความเห็นต่อผู้บำบัด เพียงแต่เป็นผู้ช่วยสะท้อนกลับ (Reflect) ให้ผู้บำบัดรับรู้ว่าตนเองนั้น คิดอะไร รู้สึกหรือทำอะไร และช่วยให้มีความเข้าใจอย่างกระจ่างชัดในสิ่งที่ตนคิด รู้หรือกระทำ ทำให้ผู้บำบัดยอมรับตนเองและมีความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้

ความเป็นมาของทฤษฎี

Rogers (1961) ได้พัฒนาทฤษฎี โดยมีหลักการว่ามนุษย์มีความสามารถที่จะพัฒนาตนเอง ผู้ให้การบำบัดจะต้องพยายามเข้าใจความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของผู้รับการบำบัด และได้เขียนตำราชื่อ “Counseling and psychotherapy” เผยแพร่วิธีการบำบัดโดยเน้นความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์และการมองโลกของผู้รับการบำบัด ได้ทำวิจัยและให้การอบรมเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มแบบเผชิญหน้า และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยพัฒนาการบำบัดทั้งหมด 4 ยุค ดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา, 2557)

1. ยุคที่ 1 การให้การบำบัดแบบไม่นำทาง (The nondirective period)
2. ยุคที่ 2 การให้การบำบัดแบบผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (The client-centered period)
3. ยุคที่ 3 การให้การบำบัดที่ผู้ให้การบำบัดเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้รับการบำบัดมากขึ้น (The third period of active counselor involvement)
4. ยุคที่ 4 ยุคบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered approach)

หลักการสำคัญของทฤษฎี

หลักการของทฤษฎีการบำบัดแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้ (Norcross & Prochaska, 2010; Wilkins, 2016)

1. ความสอดคล้องและความจริงใจ (Congruence or genuineness) ประสบการณ์ภายในของผู้ให้การบำบัดและการแสดงออกภายนอกของผู้ให้การบำบัดจะตรงกัน ผู้ให้การบำบัดสามารถแสดงความรู้สึกและเจตคติอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา ใช้การสื่อสารอย่างซื่อสัตย์ แต่พึงระมัดระวังกระทบอารมณ์ของผู้รับการบำบัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพได้ ผู้ให้การบำบัดมีความใส่ใจต่อการระบายปัญหาของผู้รับการบำบัด มีความจริงใจต่อผู้รับการบำบัด

2. การมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขและการยอมรับ (Unconditional positive regard and acceptance) เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกตนเองมีคุณค่า จากการแสดงความห่วงใยและให้การยอมรับจากผู้ให้การบำบัด โดยผู้ให้การบำบัดจะต้องมีความเต็มใจที่จะรับสัมผัสอารมณ์ในทุกขณะของผู้รับการบำบัด และต้องมีความห่วงใยต่อสภาพที่ผู้รับการบำบัดเป็นอยู่ โดยไม่นำประเด็นความเหมาะสมหรือความถูกต้องของการแสดงอารมณ์มาเป็นเงื่อนไข สื่อสารด้วยความเต็มใจ

3. การเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Accurate empathic understanding) เป็นกระบวนการที่ผู้ให้การบำบัดพยายามเข้าถึงความเข้าใจที่แท้จริงของผู้รับการบำบัด เสมือนเข้าใจตนเอง ผลของการเอาใจเขามาใส่ใจเราก่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้รับ

การบำบัด โดยผู้ให้การบำบัดจะไม่ประเมินตัดสินประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

กระบวนการของทฤษฎี มีดังนี้

กระบวนการบำบัดแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

(วัชรวิ ทรัพย์มี, 2556; Sharf, 2012)

1. ขั้นตอนระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะเริ่มต้นของการให้การบำบัด จะมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัด โดยผู้ให้การบำบัดจะมีการสร้างบรรยากาศการสนทนาที่ผ่อนคลายและมีความเป็นกันเองผ่านการแสดงออกในลักษณะการใช้คำพูดและท่าทางที่เป็นมิตร บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความรู้สึกยอมรับ และความอบอุ่นใจ

2. ขั้นตอนระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด หลังจากที่ผู้ให้การบำบัดสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการบำบัด ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดกล้าเปิดใจระบายอารมณ์ความรู้สึก ขั้นตอนนี้ผู้ให้การบำบัดสามารถกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัด ได้สำรวจตนเอง โดยการให้พูดระบายอารมณ์และความรู้สึกออกมาอย่างเฉพาะเจาะจง และผู้ให้การบำบัดจะมีการแสดงออกต่อผู้รับการบำบัดด้วยความจริงใจ ซึ่งความจริงใจที่ผู้ให้การบำบัดแสดงออกจะส่งผลให้ผู้รับการบำบัด มีความเชื่อใจและกล้าเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น

3. ขั้นตอนระยะสิ้นสุด: การยุติการให้การบำบัด เป็นการสิ้นสุดการบำบัดแต่ละราย โดยการบำบัดควรมีการกำหนดระยะเวลาให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมในการให้การบำบัดแต่ละครั้ง ควรมีระยะเวลา 45-90 นาที ขึ้นอยู่กับการพิจารณาความเหมาะสมของผู้ให้บำบัด ซึ่งในการบำบัดแต่ละครั้งจะมีการสรุปเนื้อหาการสนทนา สอบถามอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการบำบัด แล้วนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป และเมื่อการบำบัดดำเนินมาถึงครั้งสุดท้าย จะมีการยุติการบำบัดระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด

การบำบัดแบบจิตบำบัดประคับประคองระยะสั้น (Brief psychotherapy) เป็นการบำบัดให้กับผู้รับการบำบัดที่มีความเครียดหรือความกดดันเฉพาะเรื่อง (Specific stressor) เพื่อแก้ปัญหาในระยะสั้น โดยผู้ให้การบำบัดจะพบผู้รับการบำบัดประมาณ 5-30 ครั้ง ควรมีระยะเวลา 45-90 นาที ในแต่ละครั้งที่รับการบำบัด ซึ่งจำนวนครั้งและระยะเวลาของการบำบัดขึ้นอยู่กับ การพิจารณาของผู้ให้การบำบัดและอาการของผู้รับการบำบัดเป็นกรณีไป (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2547)

เทคนิคที่นำมาใช้ในทฤษฎี

เทคนิคที่นำมาใช้ มีดังนี้ (ดวงมณี จงรักษ์, 2556; Berecz, 2009)

1. การฟัง (Listening) การฟังอย่างลึกซึ้ง คือการฟังไปมากกว่าถ้อยคำ ฟังถึงอวจนภาษา ท่าทาง อารมณ์ ความรู้สึกทั้งหมด ฟังแม้ในสิ่งที่ไม่ได้พูด ผู้ให้การบำบัดจะเป็นพื้นที่แห่งการฟัง

เป็นพื้นที่ปลอดภัยที่ให้ผู้รับการบำบัดพูด (จินต์ณัฐ พรหมนุรักษ์, 2559)

2. การตั้งคำถาม (Questioning) ใช้คำถามที่กระตุ้นให้ระบายความในใจออกมาให้มากที่สุด หรือใช้คำถามจูงใจให้เกิดความรู้สึกกระจ่างขึ้นในปัญหา เพื่อให้เกิดการรับรู้และยอมรับความรู้สึกหรืออารมณ์ที่ซ่อนเร้นอยู่ในปัญหานั้น ๆ

3. เทคนิคการสะท้อน (Reflecting) เป็นการสื่อสารให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักว่าผู้ให้การบำบัดรับรู้ความรู้สึกภายในของผู้รับการบำบัด โดยการรับรู้อย่างแท้จริงประกอบด้วยเทคนิคการสะท้อนมี 3 ด้าน ได้แก่ การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting feeling) การสะท้อนประสบการณ์ (Reflecting experience) และการสะท้อนเนื้อหา (Reflecting content)

4. เทคนิคการสรุปความ (Summarizing) ช่วยเน้นความคิดที่กระจัดกระจายให้มีความชัดเจนมากขึ้น ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง เกิดความมั่นใจและอบอุ่นใจว่าผู้ให้การบำบัดให้ความใส่ใจและให้ความสำคัญ

5. การใช้ความเงียบ เนื่องจากทั้งผู้ให้การบำบัดและผู้รับการบำบัดต่างกำลังคำนึงอยู่กับสิ่งที่กล่าวออกไป ผู้ให้การบำบัดเข้าใจและรอคอยเพราะเชื่อว่าผู้รับการบำบัดมีความสามารถที่จะจัดการ หรือต้องการเวลาที่จะจัดการ ผู้รับการบำบัดรับรู้ว่าตนเองไม่ถูกควบคุมกำกับ

6. การแสดงความเข้าใจ (Empathy) ความเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้รับการบำบัดอย่างแท้จริง เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดให้ความร่วมมือและยอมรับผู้บำบัด

7. ลดการบิดเบือนความเป็นจริง (Distortion of reality) ช่วยให้เห็นความคิดที่บิดเบือนได้เห็นผลของความคิดที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ โดยเอาชนะความกลัว ความวิตกกังวล สร้างความรู้สึกมั่นใจ และความรู้สึกที่ดีกับตนเอง

8. การเผชิญหน้ากับความจริง (Confronting reality) การยอมรับจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดลดความรู้สึกปกป้องตนเอง ได้รับการยืดหยุ่นและมีเหตุผล เรียนรู้และปรับตัวได้

9. กลไกป้องกันจิตใจ (Defenses) ผู้รับการบำบัดควรพิจารณาถึงกลไกป้องกันจิตใจในแง่ของการปรับตัว ส่งเสริมให้กลไกทางจิตสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10. ความผิดพลาดในการรับรู้ (Errors of perception) ผู้ให้การบำบัดชี้ให้ผู้รับการบำบัดเห็นสิ่งที่คัดค้านความคิดของผู้รับการบำบัดเอง เพื่อให้เห็นความผิดพลาดในการรับรู้

11. เข้าใจต่อความรู้สึกเจ็บปวด (Painful feelings) ให้การช่วยเหลือผู้รับการบำบัดด้วยความเข้าใจ โดยให้กำลังใจและคาดว่าความรู้สึกจะทุเลาลง ไม่เรงรัดหรือกดดัน

12. การให้กำลังใจ (Encouragement) เป็นการให้ความมั่นใจ แสดงความเห็นใจและการชมเชย เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีกำลังใจและกล้าที่จะทำการเปลี่ยนแปลง

13. การสนับสนุน (Support) เมื่อผู้รับการบำบัดเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอน สนับสนุนโดยให้ความเข้าใจ เห็นใจ เกิดแรงจูงใจ มีกำลังใจ มีพลังที่จะเผชิญปัญหา

14. เพิ่มการรู้สึกรู้ค่า (Enhancement of self esteem) โดยให้ความสนใจ ให้เกียรติ ชมเชย สนับสนุนความคิดและการกระทำที่ดี ปลอดภัย ให้ความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับความกลัว ความไม่เชื่อมั่น และลดความรู้สึกผิด

สรุปได้ว่า ทฤษฎีจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงหลักการและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการบำบัดด้วยบรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร เต็มไปด้วยความเข้าใจและการให้เกียรติ ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย กล้าเปิดใจระบายอารมณ์ความรู้สึก ได้สำรวจตนเอง และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง นำไปสู่การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

วิกฤต

ผู้วิจัยได้บูรณาการจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers มาปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นรายบุคคล โดยมีหลักการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจ การมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข และการยอมรับ และการเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพด้วยบรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร และมีความเข้าอกเข้าใจ เน้นการสนทนาและบำบัดช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น บรรเทาความขัดแย้งในจิตใจ บรรเทาปัญหาในขณะนั้น เกิดความเข้าใจตนเอง กระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกปลอดภัย รู้สึกไม่ถูกคุกคาม เกิดความไว้วางใจ เปิดใจระบายอารมณ์และความรู้สึก ได้ทบทวนเหตุการณ์ที่เผชิญ อันนำไปสู่การบรรเทาความทุกข์ในด้านอารมณ์และจิตใจ มีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์ความเครียดบนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้สภาวะจิตใจมีความพร้อมในการเผชิญสถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดและพัฒนาในรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดความเครียดจากสถานการณ์ภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัว โดยมีการประยุกต์ขั้นตอนและหลักการการบำบัดตามแนวคิดของ Rogers ซึ่งเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ 2) ขั้นตอนระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด และ 3) ขั้นตอนระยะสิ้นสุด: การยุติการบำบัด โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ขั้นตอนของการบำบัดทั้ง 3 ขั้นตอนและจัดเป็นกิจกรรมการบำบัดรายบุคคล ทั้งหมด 5 ครั้ง ในระยะเวลาต่อเนื่องกัน 5 วัน โดยในแต่ละวันดำเนินกิจกรรมการบำบัดวันละครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 60-90 นาที และเริ่มกิจกรรมการบำบัดภายใน 1-5 วันแรกที่ผู้ป่วย

นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีขั้นตอนและกิจกรรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย” วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย โดยทำกิจกรรมการสนทนาทำความรู้จักสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการจัดสถานที่การสนทนาให้เป็นส่วนตัว และสร้างบรรยากาศการสนทนาให้อบอุ่น ผ่อนคลาย บนพื้นฐานของความเข้าใจ และความรู้สึกยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

ขั้นตอนที่ 2 ระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด ประกอบด้วย

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกล้าเปิดเผยตนเอง ได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก ได้รับความรู้สึกของตนเอง รับรู้สถานการณ์ที่เกิดตามความเป็นจริง โดยทำกิจกรรมการสนทนา ซึ่งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบายความรู้สึกกลัว วิตกกังวล บอกถึงความต้องการ โดยมีผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนรับฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และเอาใจใส่ เข้าใจความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตามความเป็นจริงและตามความเหมาะสมของสภาวะจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ในขณะนั้น ร่วมกับการให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามที่ต้องการ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 คือ “นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” วัตถุประสงค์ เพื่อลดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการได้เผชิญกับความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตพร้อมสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ รวมถึงบอกแนวทางการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ข้อมูลถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย และอุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้ป่วยได้รับ สาธิตวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น การเขียนกระดาษ หรือข้อความที่จำเป็น หรือใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากผู้ป่วย รวมถึงเทคนิคการสัมผัส และเปิดโอกาสให้ช่วยเหลือกิจกรรม โดยมีผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อน คอยรับฟังอย่างเข้าใจ และให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการด้วยความจริงใจ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 คือ “สร้างกำลังใจ” วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างพลังกำลังใจให้กับครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์วิกฤตร่วมกัน รับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง โดยมีการสนทนา ร่วมกันระหว่างคนในครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยนำสมาชิกในครอบครัวที่มีความต้องการและสมัครใจอยากเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดในครั้งนี้

จำนวน 1 คน เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และหาแนวทางร่วมกันในการค้นหาทางออกของสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจ ให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามความเป็นจริง และช่วยเหลือค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการด้วยความจริงใจ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุด: การยุติการบำบัด ประกอบด้วย

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 คือ “ยุติการบำบัด” วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สำรวจความคิดความรู้สึกของตนเอง ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เตรียมความพร้อมสภาวะจิตใจ สร้างกำลังใจ การมีความหวัง ในการเผชิญสถานการณ์ และเพื่อยุติการบำบัด โดยทำกิจกรรมการสนทนากับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึก ความคิด การรับรู้ของตนเองหลังจากดำเนินสถานการณ์วิกฤตใน 4 วันที่ผ่านมา สอบถามถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการ และสิ่งที่ทำให้สามารถดำเนินสถานการณ์ผ่านมาได้ สอบถามถึงความมุ่งหวัง กำลังใจ และการเตรียมความพร้อมในจิตใจของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ต่อไป ร่วมกับการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงตามสถานการณ์ของสภาวะจิตใจในขณะสนทนา สรุปประเด็นการพูดคุยทั้งหมด และขอยุติการทำกิจกรรม

สรุปได้ว่า จิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ประยุกต์จิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยมแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยใช้ขั้นตอนการบำบัด 3 ขั้นตอน ซึ่งมีการจัดเป็นกิจกรรมการบำบัดรายบุคคลทั้งหมด 5 กิจกรรมการบำบัด ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย 2) การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน 3) นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย 4) สร้างกำลังใจ 5) ยุติการบำบัด เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้สึกปลอดภัย ได้รับความรู้ ความรู้สึก ส่งผลให้ความรู้สึกทุกข์ที่ท่วมท้นในจิตใจได้เบาบางลง มีการรับรู้ตามความเป็นจริง และมีความเครียดในจิตใจลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ครอบครัวละ 1 คน ถ้าในครอบครัวมีสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสมัครใจเข้าร่วมมากกว่า 1 คน ผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตัดสินใจคัดเลือกตัวแทนของครอบครัวจำนวน 1 คน เข้าร่วมการศึกษา โดยสมาชิกครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษานี้ เป็นบุคคลที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยวิกฤตทางกฎหมาย หรือทางสายเลือด เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามเณร ภรรยา ลูก หลาน ปู่ ย่า ตา และยาย ซึ่งอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงนาม ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 20 คน
2. มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป หรือมีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 1.01 คะแนนขึ้นไป จากแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้วิจัยได้คัดแปลงมาจาก นิรมนต์ เหลาสุภาพ (2556) ถ้ามีระดับความเครียดมาก หรือมีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 2.01 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยทำการประเมินความพร้อมของสภาพจิต โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพจิตพร้อมสามารถเข้าร่วมการศึกษานี้ได้
3. มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถพูด อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

การวิจัยครั้งนี้กำหนดการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ 5 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างทำการวิจัย ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือสมาชิกในครอบครัวลงความเห็นว่า ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ปฏิเสธการช่วยเหลือให้ฟื้นคืนชีพ (No Resuscitation [NR]) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขอปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีลักษณะของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับงานวิจัย คือ การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ของ สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท (2555) แล้วนำมาคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect size) โดยใช้สูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) สำหรับสถิติ Independent *t*-test ดังนี้

$$\text{Glass's } g' = (X_{\text{Experiment}} - X_{\text{control}}) / S_{\text{control}}$$

$$\text{Glass's } g' = \text{ขนาดอิทธิพล โดยใช้สูตรของ Glass}$$

$$X_{\text{Experiment}} = \text{ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามกลุ่มทดลอง (29.64)}$$

$$X_{\text{control}} = \text{ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามกลุ่มควบคุม (47.13)}$$

$$S_{\text{control}} = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุม (19.57)}$$

$$\text{Glass's } g' = (29.64 - 47.13) / 19.57$$

$$\text{Glass's } g' = 0.89$$

ขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 0.89 (Large effect size) หลังจากนั้นเปิดตาราง *t*-test (Munro, 2001 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ทิศทางการทดสอบสมมติฐานทางเดียว (One-tailed test) ใช้กำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง = 20 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจาก โรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้แบบประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป หรือมีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 1.01 คะแนนขึ้นไป คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ขอความร่วมมือจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้คัดเลือกไว้ ในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน จากนั้นผู้วิจัยทำบัญชีรายชื่อและใส่หมายเลข 1-20

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้คัดเลือกไว้ จำนวน 20 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Random assignment) โดยฉลากเลขคู่เข้ากลุ่มทดลอง และฉลากเลขคี่เข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ผู้วิจัยประเมินคะแนนความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Pre-test) ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง แล้วจึงทำการศึกษาทดลองต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ โรค ระยะเวลาที่นอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้

1.2 แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ใช้วัดระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ นิรมนต์ เหล่าสุภาพ (2556) ซึ่งได้ปรับปรุงพัฒนารูปแบบของแบบวัดตามแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามในแบบวัด เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยข้อคำถามทั้งหมดมี 50 ข้อ ผู้วิจัยปรับข้อคำถามเพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ ง่ายต่อความเข้าใจ และเหมาะสมกับสภาวะความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่กำลังเผชิญ ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ด้านสาขาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสมของแบบวัด และนำมาคำนวณหาค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ ขอมรับได้มีค่า 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) และทำการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำ แบบประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคที่อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้มีค่าความเที่ยง 0.7 ขึ้นไป (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วย วิกฤต แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย 2) ความเครียดด้านจิตใจของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 3) ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม 4) ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม

แบบวัดความเครียดมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณ 4 ค่า (Rating scale)

โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-3 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน คือ ไม่มีความเครียด หมายถึง สถานการณ์นั้นไม่ทำให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจ

1 คะแนน คือ มีความเครียดเล็กน้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจเล็กน้อย

2 คะแนน คือ มีความเครียดปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจปานกลาง

3 คะแนน คือ มีความเครียดมาก หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจมาก

คะแนนที่ได้จะนำมาพิจารณาความเครียดแต่ละด้านแยกจากกันและความเครียดโดยรวม ซึ่งรวมคะแนนทั้งหมดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best (1977 อ้างถึงใน นิรมนต์ เหลาสุภาพ, 2556) ซึ่งกำหนด ค่าคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนระหว่าง 0.01-1.00 หมายถึง อยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย

ค่าคะแนนระหว่าง 1.01-2.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับมาก

การแปลคะแนนในการศึกษาครั้งนี้ รวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึง มีความเครียดมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งได้นำจิตบำบัดแบบประคับประคองตาม แนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers มาปรับใช้ในการดูแล สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษาจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers และกระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคองเกี่ยวกับ รูปแบบการบำบัดแบบรายบุคคล กระบวนการ ขั้นตอน และเทคนิค จากตำราเอกสารและบทความ ที่เกี่ยวข้อง

2.2 ผู้วิจัยใช้รูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers (1961 อ้างถึงใน Wilkins, 2016) ซึ่งเน้นด้านการระบาย อารมณ์และความรู้สึก โดยให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัด กับผู้รับการบำบัดด้วยบรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร ประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ คือ ความสอดคล้อง และความจริงใจ การมองทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไขและการยอมรับ และการเข้าใจอย่างถูกต้องใน ลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา ร่วมกับกระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งเน้นการสนทนา และบำบัดช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น บรรเทาความขัดแย้งในจิตใจ บรรเทาปัญหา ในขณะนั้น เกิดความเข้าใจตนเอง ซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เกิดความรู้สึกไม่ถูกคุกคาม มีความไว้วางใจต่อผู้วิจัยส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กล้าเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และมีการพิจารณาเหตุการณ์อย่างตรงตามความเป็นจริง อันนำไปสู่การเตรียมความพร้อมของสภาวะจิตใจให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งรูปแบบ การบำบัดใช้ระยะเวลา 5 ครั้งต่อเนื่องกัน ดำเนินกิจกรรมการบำบัดวันละครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที/ ครั้ง โดยให้โปรแกรมภายใน 1-5 วันแรกที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน และ 5 กิจกรรมการบำบัด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย” วัตถุประสงค์ เพื่อให้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อ ผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกล้าเปิดเผยตนเอง ได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก ได้รับความรู้สึกของตนเอง รับรู้สถานการณ์ที่เกิดตามความเป็นจริง

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 “นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” วัตถุประสงค์ เพื่อลดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการได้เผชิญกับความเป็นจริง

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 คือ “สร้างกำลังใจ” วัตถุประสงค์เพื่อสร้างพลังกำลังใจให้กับครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์วิกฤตร่วมกัน รับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุด: การยุติการบำบัด

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 “ยุติการบำบัด” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สำรวจความคิดความรู้สึกของตนเอง ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เตรียมความพร้อมสภาวะจิตใจ สร้างกำลังใจ การมีความหวัง ในการเผชิญสถานการณ์ และเพื่อยุติการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบค่าความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential) แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสม โดยผู้วิจัยทำการปรับปรุงข้อคำถามในแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ ง่ายต่อความเข้าใจ และเหมาะสมกับสภาวะความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่กำลังเผชิญ และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

สำหรับรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการพิจารณาเช่นเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัย นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้วนำรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ภาษา วิธีการดำเนินการ ความชัดเจนของเนื้อหา ขั้นตอนและกิจกรรม การบำบัด ก่อนนำไปดำเนินการทดลองในการวิจัย

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งได้ปรับปรุง และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมา วิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ และเข้ารับการพิจารณา จริยธรรมตามระเบียบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย โดยให้หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ช่วยแนะนำกลุ่มตัวอย่างให้แก่ผู้วิจัย รวมถึงแนะนำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้รู้จักกัน โดยผู้วิจัยแนะนำ ตนเอง แนะนำผู้ช่วยวิจัย อธิบายรายละเอียดของการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทราบ ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธหรือถอนตัว ในการเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยรักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และทำลายข้อมูลที่ได้จากการวิจัย นำเสนอในเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การให้ข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอย่างใดทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือ จึงให้ลงนามในใบยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 หลังจากโครงการงานวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมตามระเบียบของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เพื่อแนะนำตนเองและแนะนำผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย โดยจัดห้องที่ใช้สำหรับการบำบัดในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลรามาธิบดี ให้มีความเหมาะสม โดยไม่มีสิ่งรบกวนการพูดคุย อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงดังรบกวน

1.4 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมการบำบัดในรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential) แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers โดยศึกษาจากตำรา เรียนรู้หลักการและแนวทางการบำบัด รวมทั้งผู้วิจัยได้เข้ารับการฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง จากผู้เชี่ยวชาญในกิจกรรมชุมชนแห่งการฟังมาแล้ว และจากประสบการณ์การได้ฝึกปฏิบัติในวิชา 106505 (การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง) รวมทั้งการฝึกฝนตนเองในการปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลรามาธิบดี

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลประจำการที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมาแล้ว 2 ปี เพื่อลดอคติในการตอบแบบประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา รายละเอียดของแบบสอบถาม ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยถามข้อสงสัย

หากมีข้อสงสัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยสังเกตการณ์ในการเก็บข้อมูลแบบประเมินความเครียดของผู้วิจัย และให้เก็บข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง เพื่อความตรงในการเก็บข้อมูล

1.6 การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการทดลอง โดยใช้ระยะเวลาการทดลอง 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 วัน วันละ 60-90 นาที

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย” วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย โดยมีการจัดสถานที่ในห้องสำหรับการสนทนาให้เป็นส่วนตัว บรรยากาศถ่ายเทได้สะดวก และสร้างบรรยากาศการสนทนาให้เป็นที่คุ้นเคย อบอุ่นเป็นมิตรอย่างไม่มีเงื่อนไข เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ผ่อนคลาย บนพื้นฐานของความเข้าใจ ซึ่งเน้นการสนทนาในด้านการทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพ โดยมีการสนทนาสอบถามถึงข้อมูลทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย และเมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพร้อมที่จะเล่าเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเล่าเหตุการณ์อย่างอิสระตามความต้องการ และได้ระบายความรู้สึก โดยมีผู้วิจัยคอยรับฟังอย่างเข้าใจ มีความจริงใจ และอยู่เป็นเพื่อน ร่วมกันใช้เทคนิคการสนทนา และเทคนิคการสัมผัสในการสื่อความหมายของความห่วงใยตามความเหมาะสมของสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลากลาง: การดำเนินการบำบัด

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกล้าเปิดเผยตนเอง ได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก รับรู้ความรู้สึกของตนเอง รับรู้สถานการณ์ที่เกิดตามความเป็นจริง โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบายความรู้สึกกลัว วิตกกังวล บอกถึงความต้องการ โดยมีผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนรับฟังอย่างเข้าใจ ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข และจริงใจเอาใจใส่ต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตามความเป็นจริง และตามความเหมาะสมของสภาวะจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในขณะนั้น โดยสื่อสารด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ที่สมาชิก

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 คือ “นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” วัตถุประสงค์ เพื่อลดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการได้เผชิญกับความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตพร้อมสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นระยะรวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ข้อมูลถึงสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย และอุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้ป่วยได้รับ สาธิตวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยในกรณีที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น การเขียนกระดาษ หรือข้อความที่จำเป็น หรือใช้วิธีการอ่านจากริมฝีปากผู้ป่วย รวมถึงเทคนิคการสัมผัส และเปิดโอกาสให้ช่วยเหลือกิจกรรม เช่น การเช็ดหน้า หวีผม ป้อนอาหาร โดยมีผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อน คอยรับฟังอย่างเข้าใจ และให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดเมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการด้วยความจริงใจ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 คือ “สร้างกำลังใจ” วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างพลังกำลังใจให้กับครอบครัวในการเผชิญสถานการณ์วิกฤตร่วมกัน รับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง โดยมีการสนทนาร่วมกันระหว่างคนในครอบครัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนำสมาชิกในครอบครัวที่มีความต้องและสมัครใจอยากเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดในครั้งนี้ได้อีก 1 คน เข้ามาร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งหาแนวทางร่วมกันในการค้นหาทางออกของสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว โดยผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจ ให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามความเป็นจริง และช่วยเหลือค้นหาแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการด้วยความจริงใจ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุด: การยุติการบำบัด

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 คือ “ยุติการบำบัด” วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เตรียมความพร้อมสภาวะจิตใจ สร้างกำลังใจ มีความหวังในการเผชิญสถานการณ์ และเพื่อยุติการบำบัด โดยทำกิจกรรมการสนทนากับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตบอกถึงความรู้สึก ความคิด การรับรู้ของตนเองหลังจากดำเนินสถานการณ์วิกฤตใน 4 วันที่ผ่านมา สอบถามถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการ และสิ่งที่จะทำให้สามารถดำเนินสถานการณ์ผ่านมาได้ สอบถามถึงความมุ่งมั่น ใจกล้าใจ และเตรียมความพร้อมในจิตใจของตนเอง ในการเผชิญกับสถานการณ์ต่อไป ร่วมกับการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงตามสถานการณ์

ของสภาวะจิตใจในขณะสนทนา สรุปประเด็นการสนทนาทั้งหมด และขอยุติการทำกิจกรรม

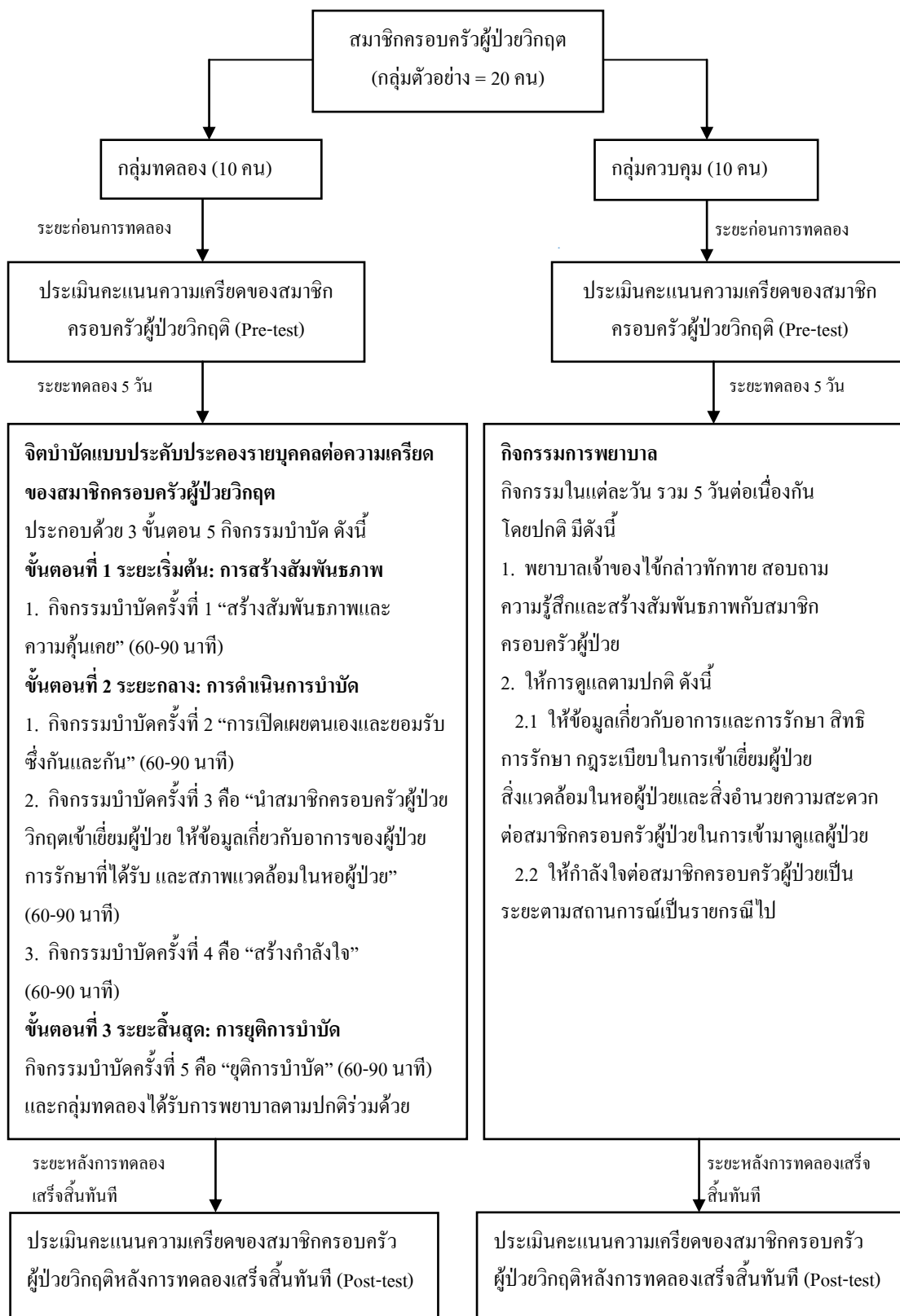
หลังการทดลอง

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้ช่วยวิจัยประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
 วิกฤต ด้วยการให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตอบแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองในสถานที่
 ที่ได้จัดเตรียมไว้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์

กลุ่มควบคุม

กิจกรรมกลุ่มควบคุม มีดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ประเมินความเครียดก่อนให้การพยาบาลตามปกติ
 ในสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์
2. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
 อาการและการรักษา สิทธิการรักษา กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย
 และสิ่งอำนวยความสะดวกต่อญาติในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้กำลังใจต่อสมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะตามสถานการณ์เป็นรายกรณีไป
3. หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้ช่วยวิจัยประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยวิกฤตด้วยการให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตอบแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
 ในสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดแต่ละข้อมูล
2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยรวมและแต่ละด้านระหว่างก่อนและหลังได้รับจิตบำบัดแบบประคับประคองภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีคู่ (Paired *t*-test) และถ้าการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็น โคนึงปกติ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทีคู่ (Paired *t*-test) จะใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หลังได้รับจิตบำบัดแบบประคับประคองในกลุ่มทดลองและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t*-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤต และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤต

ตอนที่ 2 ข้อมูลความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยวิกฤต และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤต

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 20$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		X^2	p-value
	(n = 10)		(n = 10)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.27 ⁺	1.000
ชาย	3	30.00	2	20.00		
หญิง	7	70.00	8	80.00		
อายุ					1.14 ⁺⁺	.565
≤ 29 ปี	0	00.00	1	10.00		
30-59 ปี	6	60.00	6	60.00		
≥ 60 ปี	4	40.00	3	30.00		
สถานภาพ					4.48 ⁺⁺	.107
โสด	0	00.00	3	30.00		
คู่	9	90.00	5	50.00		
หม้าย	1	10.00	2	20.00		
ระดับการศึกษา					4.33 ⁺⁺	.502
ไม่ได้เรียน	1	10.00	0	00.00		
ประถมศึกษา	3	30.00	1	10.00		
มัธยมศึกษา	1	10.00	2	20.00		
อนุปริญญา	0	00.00	2	20.00		
ปริญญาตรี	4	40.00	4	40.00		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	10.00	1	10.00		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					5.62 ⁺⁺	.132
บิดา/ มารดา	2	20.00	0	00.00		
บุตร	2	20.00	6	60.00		
คู่สมรส	5	50.00	2	20.00		
พี่/ น้อง/ หลาน	1	10.00	2	20.00		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					1.40 ⁺⁺	.497
≤ 10,000	3	30.00	1	10.00		
10,001-20,000	3	30.00	3	30.00		
> 20,000	4	40.00	6	60.00		

⁺ Fisher's exact test, ⁺⁺ Cramer's V

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 30-59 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 40 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 50 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน > 20,000 บาท ร้อยละ 40

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 30-59 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 40 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 60 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน > 20,000 บาท ร้อยละ 60

เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 20$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		X^2	<i>p</i> -value
	$(n = 10)$		$(n = 10)$			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.00	1.000
ชาย	5	50.00	5	50.00		
หญิง	5	50.00	5	50.00		
อายุ					2.93 ⁺⁺	.231
≤ 29 ปี	2	20.00	0	00.00		
30-59 ปี	2	20.00	1	10.00		
≥ 60 ปี	6	60.00	9	90.00		
สถานภาพ					5.33 ⁺⁺	.069
โสด	4	40.00	0	00.00		
คู่	5	50.00	7	70.00		
หม้าย	1	10.00	3	30.00		
ระดับการศึกษา					2.53 ⁺⁺	.639
ไม่ได้เรียน	1	10.00	0	00.00		
ประถมศึกษา	2	20.00	4	40.00		
มัธยมศึกษา	4	40.00	2	20.00		
อนุปริญญา	1	10.00	1	10.00		
ปริญญาตรี	2	20.00	3	30.00		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					1.83 ⁺⁺	.400
≤ 10,000	3	30.00	6	60.00		
10,001-20,000	2	20.00	1	10.00		
> 20,000	5	50.00	3	30.00		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	โรค					
ระบบประสาท	3	30.00	4	40.00		
ระบบทางเดินปัสสาวะ	0	00.00	2	20.00		
มะเร็ง	4	40.00	3	30.00		
ระบบทางเดินหายใจ	1	10.00	0	00.00		
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	2	20.00	1	10.00		
ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ นอนพักรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤต					0.00 ⁺	1.000
1-3 วัน	7	70.00	7	70.00		
4-5 วัน	3	30.00	3	30.00		

⁺Fisher's exact test, ⁺⁺Cramer's V

จากตารางที่ 2 พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิง
เท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ระดับการศึกษา
มัธยมศึกษา ร้อยละ 40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $> 20,000$ บาท ร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ
40 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 1-3 วัน ร้อยละ 70

กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ
90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 $\leq 10,000$ ร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคทางระบบประสาท ร้อยละ 40 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย
ที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 1-3 วัน ร้อยละ 70

เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรค
และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2 ข้อมูลความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ความเครียด	คะแนนความเครียด					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	(n = 10)			(n = 10)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย						
ก่อนการทดลอง	1.75	0.41	ปานกลาง	1.81	0.42	ปานกลาง
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	0.31	0.18	เล็กน้อย	1.13	0.36	ปานกลาง
ด้านจิตใจ						
ก่อนการทดลอง	1.79	0.39	ปานกลาง	1.75	0.40	ปานกลาง
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	0.37	0.21	เล็กน้อย	1.05	0.37	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม						
ก่อนการทดลอง	0.83	0.68	เล็กน้อย	0.54	0.32	เล็กน้อย
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	0.12	0.25	เล็กน้อย	0.25	0.15	เล็กน้อย
ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม						
ก่อนการทดลอง	1.58	0.65	ปานกลาง	0.82	0.81	เล็กน้อย
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	0.38	0.42	เล็กน้อย	0.50	0.54	เล็กน้อย
ความเครียด (โดยรวม)						
ก่อนการทดลอง	1.54	0.43	ปานกลาง	1.39	0.27	ปานกลาง
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	0.29	0.17	เล็กน้อย	0.84	0.26	เล็กน้อย

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียด ในแต่ละด้านและ โดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ของกลุ่มทดลอง ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง

เป็น 1.75 ($SD = 0.41$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.31 ($SD = 0.18$) อยู่ในระดับเล็กน้อย ความเครียดด้านจิตใจในระยะก่อนการทดลองเป็น 1.79 ($SD = 0.39$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.37 ($SD = 0.21$) อยู่ในระดับเล็กน้อย ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมในระยะก่อนการทดลองเป็น 0.83 ($SD = 0.68$) อยู่ในระดับเล็กน้อย ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.12 ($SD = 0.25$) อยู่ในระดับเล็กน้อย ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมในระยะก่อนการทดลองเป็น 1.58 ($SD = 0.65$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.38 ($SD = 0.42$) อยู่ในระดับเล็กน้อย และความเครียด (โดยรวม) ในระยะก่อนการทดลองเป็น 1.54 ($SD = 0.43$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.29 ($SD = 0.17$) อยู่ในระดับเล็กน้อย

สำหรับกลุ่มควบคุม ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลองเป็น 1.81 ($SD = 0.42$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 1.13 ($SD = 0.36$) อยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดด้านจิตใจในระยะก่อนการทดลองเป็น 1.75 ($SD = 0.40$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 1.05 ($SD = 0.37$) อยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมในระยะก่อนการทดลองเป็น 0.54 ($SD = 0.32$) อยู่ในระดับเล็กน้อย หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.25 ($SD = 0.15$) อยู่ในระดับเล็กน้อย ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมในระยะก่อนการทดลองเป็น 0.82 ($SD = 0.81$) อยู่ในระดับเล็กน้อย หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.50 ($SD = 0.54$) อยู่ในระดับเล็กน้อย และความเครียด (โดยรวม) ในระยะก่อนการทดลองเป็น 1.39 ($SD = 0.27$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเป็น 0.84 ($SD = 0.26$) อยู่ในระดับเล็กน้อย

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ระยะการทดลอง	จำนวน	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	10	1.54	.43	-.905	18	.377
กลุ่มควบคุม	10	1.39	.27			
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที						
กลุ่มทดลอง	10	.29	.17	5.505	18	< .001**
กลุ่มควบคุม	10	.84	.26			

** $p < .001$

จากตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ซึ่งใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilks พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Independent *t*-test ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{18} = -.905, p = .377$) สำหรับในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{18} = 5.505, p = < .001$)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
 วิกฤตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระหว่างกลุ่มทดลอง
 และกลุ่มควบคุม

ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{d}	$SD_{\bar{d}}$	t	df	p -value
	M	SD	M	SD					
กลุ่มทดลอง ($n = 10$)	1.54	.43	.29	.17	1.25	.33	-5.176	18	< .001**
กลุ่มควบคุม ($n = 10$)	1.39	.27	.84	.26	.55	.26			

** $p < .001$

จากตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด
 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ซึ่งใช้สถิติ
 Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilks พบว่า มีการแจกแจงแบบ โค้งปกติ จึงใช้สถิติ
 Independent t -test และพบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของสมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยวิกฤตในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในกลุ่มทดลองลดลง
 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{18} = -5.176, p = < .001$)

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเครียดในแต่ละด้านและโดยรวมของสมาชิก
 ครอบครัวยุโรปวัยวิกฤตในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น
 ทันทัน

ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย	1.75	0.41	0.31	0.18	13.619	9	< .001**
ด้านจิตใจ	1.79	0.39	0.37	0.21	11.402	9	< .001**
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.82	0.68	0.11	0.25	-2.810 ⁺	9	< .01*
ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	1.58	0.65	0.38	0.42	7.216	9	< .001**
ความเครียด (โดยรวม)	1.54	0.43	0.29	0.17	11.854	9	< .001**

* $p < .01$, ** $p < .001$, ⁺ = *Z* (Wilcoxon Signed Ranks test)

จากตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมและแต่ละด้าน
 ของสมาชิกครอบครัวยุโรปวัยวิกฤตในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น
 ทันทัน โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ซึ่งใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilks
 พบว่า ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และความเครียด
 (โดยรวม) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired *t*-test สำหรับความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม
 มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ในการ
 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านนี้ ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย
 ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะ
 หลังการทดลองเสร็จสิ้นที่ลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 .01 ($t_9 = 13.619, p = < .001$), ($t_9 = 11.402, p = < .001$), ($z_9 = -2.810, p = < .01$), ($t_9 = 7.216, p =$
 $< .001$) ตามลำดับ และความเครียด (โดยรวม) มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลอง
 เสร็จสิ้นที่ลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_9 = 11.854,$
 $p = < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคอง รายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ ดำเนินการทดลองในระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และช่วยอำนวยความสะดวก ในการทำจิตบำบัด บันทึกข้อมูล สังเกตพฤติกรรมการทำจิตบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการ วิจัยด้วยตนเอง โดยทำจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ณ ห้องที่ได้จัดเตรียมไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้ระยะเวลาในการ ทดลองทั้งหมด 5 วัน สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ตามรูปแบบการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ หลังจากนั้นเมื่อครบ 5 วัน ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ เิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t -test

สรุปผลการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไป คล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรค และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความเครียดโดยรวมในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมลดลงกว่ากลุ่มควบคุม จึงเป็นผลมาจากการที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลครั้งนี้ขึ้นตามแนวคิด

ทฤษฎีมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential) โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของ Rogers (1961 อ้างถึงใน Wilkins, 2016) ซึ่งกระบวนการบำบัดครั้งนี้สามารถลดความเครียดได้ รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลได้เน้นการเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึกและความคิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก ได้รับรู้และเข้าใจตนเอง ตลอดจนใช้ศักยภาพของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม หลักการบำบัดที่สำคัญของรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล คือ การให้ความสำคัญที่ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual) บุคคลทุกคนมีศักยภาพในการพัฒนาเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นได้ (Self-actualization) โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่จริงใจของผู้บำบัดที่มีต่อผู้รับบริการบำบัด (Congruence) ซึ่งผู้บำบัดจะให้ความสำคัญและความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) ให้การยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard) ไม่มีบทบาทชี้นำ (Non-directive) แต่จะสะท้อนกลับ (Reflect) ให้ผู้รับบริการบำบัดรับรู้ความคิด ความรู้สึกของตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง และใช้ศักยภาพความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยได้ออกแบบรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลให้สอดคล้องกับสถานการณ์วิกฤตที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกำลัง เผชิญอยู่ ตามหลักการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยมี 5 กิจกรรมของการบำบัด ให้การบำบัดวันละ 1 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 60-90 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการทำจิตบำบัดตามรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล เริ่มด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ (วันที่ 1)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและสร้างความคุ้นเคย” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้บำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีปฏิสัมพันธ์กัน เข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งจะเล่าสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเล่าเหตุการณ์และระบายความรู้สึกอย่างอิสระ ดังตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายหนึ่ง กล่าวว่า “รู้สึกเสียใจที่ลูกป่วยเป็นแบบนี้ ถ้าเลือกได้ ขอป่วยเองแทนลูก สงสารลูก อายุแก่งน้อย ตอนนี้อย่าทำอะไรไม่ถูก ไม่รู้จะทำอะไร รอลูกอยากให้ลูกตื่นมาเจอหน้ากัน” สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพูดด้วยน้ำเสียงสั่นคลอน สีหน้าเศร้าหมอง ผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ จริงใจ และอยู่เป็นเพื่อน ซึ่งในขั้นตอนนี้ได้นำเทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) การเห็นอกเห็นใจ (Empathy) มาใช้ในการบำบัดเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายความรู้สึก เกิดความไว้วางใจ และเกิดความเชื่อมั่นในการเก็บรักษา

ความลับในเรื่องที่สนทนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มรรยาท รุจิวิชญ์ (2556) พบว่า ในระยะเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความเอาใจใส่ และทำทีที่เป็นมิตรของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ และศรัทธาในตัวของพยาบาล และจะส่งผลดีต่อการสร้างสัมพันธภาพในระยะต่อไป หลังจากทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 แล้ว ผู้วิจัยนำเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 ระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด (วันที่ 2-4)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเอง ระบายอารมณ์และความรู้สึก และได้รับความรู้สึกของตนเอง รับรู้สถานการณ์ที่เกิดตามความเป็นจริง รวมทั้งใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบายความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และบอกถึงความต้องการของตนเองได้อย่างอิสระ ดังตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายหนึ่งกล่าวว่า “ก่อนหน้าที่อยู่บ้านเคยได้ทำกายภาพให้แม่ แม่เขาเจ็บ แล้วเขาก็บ่นบ้าง คำว่าบ้าง ครั้งหนึ่ง โมโหมากและตบหน้าแม่ไป ตอนนั้นรู้สึกเสียใจมาก เราไม่น่าตบหน้าแม่เลย หลังตบไปเราก็อหุด ห้างออกมา แม่เขาก็อหุดพุด และก็เงียบไป รู้สึกผิดมาก ต่อไปจะไม่ทำพฤติกรรมแบบนี้กับแม่อีก” ขณะเล่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีน้ำตาคลอ ใบหน้าเศร้าหมอง ผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจ จริงใจ ยอมรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างไม่มีเงื่อนไข และอยู่เป็นเพื่อน ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) การเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การค้นหา (Exploring) การสะท้อนความรู้สึก (Reflecting) การทวนความ (Restating) การทำให้กระจ่าง (Clarifying) การแปลความ (Interpretation) และการสรุปความ (Summarizing) มาใช้เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ปลดปล่อยความรู้สึก ได้รับความคิด ความรู้สึกของตนเอง เข้าใจตนเอง และยอมรับตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งการที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สำรวจตนเอง ได้พูดระบายอารมณ์และความรู้สึกออกมาอย่างเฉพาะเจาะจง และได้แสดงความจริงใจต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเชื่อใจและกล้าเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น (ถวิล นภาพงศ์สุริยา, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบนจุมภรณ์ วงษ์ไกร (2550) พบว่า การได้พูดคุย การได้มีปฏิสัมพันธ์ และการแสดงออกถึงความปรารถนาดีของพยาบาลที่มีต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถพูดระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ความเครียดลดลงและมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น หลังจากทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 ผู้วิจัยนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าสู่กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 ผู้วิจัยนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริงและกำหนดเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านอาการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ก่อนนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันตามความเป็นจริง และนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยมีผู้วิจัยคอยให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ดังตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายหนึ่ง ที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตพร้อมผู้วิจัย ได้กล่าวว่า “ลูกต้องเจาะคอ หายใจเองไม่ได้ ลูกเจ็บเวลาดูดเสมหะ ยิ่งเวลาลูกสื่อสารลำบาก ลูกจะหงุดหงิด แม่รู้สึกเจ็บปวดใจ รู้สึกสงสารลูกมาก” สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนำตาไหล จับมือผู้ป่วย และยื่นมองตัวเลขที่หน้าจอเครื่องวัดสัญญาณชีพ ผู้วิจัยประเมินอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ และความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยอยู่เป็นเพื่อน คอยรับฟังอย่างเข้าใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษา และอุปกรณ์เครื่องมือที่ได้รับ รวมถึงสาธิตวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ดูแลผู้ป่วย และมีผู้วิจัยคอยให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ซึ่งในขั้นตอนนี้ได้เพิ่มเติมเทคนิคการเผชิญหน้ากับความจริง (Confronting reality) การเข้าใจต่อความรู้สึกเจ็บปวด (Painful feelings) การสนับสนุน (Supporting) และการให้กำลังใจ (Reassurance) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และการประคับประคองจิตใจ รวมถึงการได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตลดความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล ได้เผชิญหน้ากับความจริงและใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความเครียดรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนความเครียดลดลงมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ข้อที่ 1 ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อที่ 2 ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ กลัวผู้ป่วยพิการ และข้อที่ 3 กลัวผู้ป่วยตาย มีระดับความเครียดลดลงจากระดับมากในระยะก่อนการทดลองมาสู่ระดับน้อยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ โยชินวัฒน์บำรุง (2550) พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจในการต่อสู้กับความเครียดเพิ่มมากขึ้น และทำให้มีความเครียดลดลง หลังจากได้ทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3

แล้ว ผู้วิจัยนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าสู่กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 “สร้างกำลังใจ” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีกำลังใจในการเผชิญสถานการณ์วิกฤตร่วมกัน ได้ช่วยเหลือกัน ประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนำสมาชิกในครอบครัวที่มีความต้องการและสมัครใจอยากเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดในครั้งนี้ได้อีก 1 คน เพื่อร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งหาแนวทางการร่วมกันในการค้นหาทางออกของสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว ดังตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตครอบครัวหนึ่งซึ่งกำลังเผชิญสถานการณ์เจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วยและเผชิญการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวอีกคนพร้อมกัน โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้เล่าว่า “วันนี้ลูกเลี้ยงคนโตเสียชีวิต รู้สึกเสียใจที่ไม่ได้ส่งเขาตอนสุดท้าย ได้แต่บอกสามี คือ พ่อเขาว่าให้อยู่ข้าง ๆ เขานะ ครั้งก่อนที่คุยกัน เขาพูดจาดูเป็นห่วงเรา ปกติเขาเป็นคนไม่ค่อยพูด วันนี้เขาจากไป รู้สึกใจหาย เลี้ยงเขามาแต่เด็ก รักเสมือนเป็นลูกแท้ ๆ ของเรา แต่เราต้องมาดูแลลูกคนเล็กของเราเองที่กำลังป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตนี้” ขณะเล่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตร้องไห้ ใบหน้าเศร้าหมอง ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอีกคนหนึ่งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดในครั้งนี้กล่าวให้กำลังใจ ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอีกคนหนึ่งได้กล่าวว่า “แม่อยู่ตรงนี้ แม่ดูแลน้องที่ป่วยแม่ทำหน้าที่ของแม่ดีแล้ว ส่วนเรื่องของพี่ชาย หนูและพ่อจะจัดการเอง หนูจะดูแลพ่อให้เองนะแม่แม่ไม่ต้องเป็นห่วงนะ เราจะเดินไปพร้อม ๆ กันนะแม่” และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งสองคนได้จับมือกัน กอดกัน และร้องไห้ ผู้วิจัยรับรู้ถึงความรู้สึกเสียใจ ความรู้สึกทุกข์ใจ รวมทั้งรับรู้ถึงการส่งกำลังใจให้กันและกันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เน้นเทคนิคการให้กำลังใจ (Reassurance) การสนับสนุน (Supporting) และการสะท้อนความรู้สึก (Reflecting) เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการศึกษาของปทุมวดี สิงห์คง (2554) พบว่า การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก สนับสนุนให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือกัน เผชิญปัญหาร่วมกัน และให้กำลังใจกัน โดยการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาาร่วมกันได้อย่างเหมาะสม ลดผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว หลังจากทำกิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 แล้วผู้วิจัยนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตดำเนินการเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นกิจกรรมบำบัดครั้งสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุด: การยุติการบำบัด (วันที่ 5)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 “ยุติการบำบัด” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถสรุปเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจงโดยใช้ศักยภาพของตนเอง ได้เตรียม

ความพร้อมสภาวะจิตใจ และสร้างกำลังใจในการเผชิญปัญหาครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ประเมินการจัดการภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคและวิธีการจัดการ รวมถึงสร้างกำลังใจ และการมีความหวังที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริง ดังตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรายหนึ่ง กล่าวสรุปหลังทำกิจกรรมในครั้งสุดท้ายนี้ว่า “กิจกรรมนี้ช่วยให้ลุงได้ผ่อนคลาย ได้ระบายความรู้สึก ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของป้ามากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามทุกอย่างมันเป็นเรื่องของธรรมชาติ หากวันหนึ่งมาถึงเราก็ต้องยอมรับกับความจริง สำหรับตอนนี้ป้า ยังอยู่ ป้ายังมีลมหายใจ ลุงจะขอดูแลป้าให้ดีที่สุด” และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอบรม แวดตาเป็นประกายเปี่ยมไปด้วยกำลังใจและมีความหวัง ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เน้นเทคนิคการให้กำลังใจ (Reassurance) การสนับสนุน (Supporting) การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Enhancement of self esteem) และการสรุปความ (Summarizing) เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ทบทวนตนเอง ให้กำลังใจตนเอง สร้างความหวังขึ้นมาให้ตรงกับความเป็นจริง และเตรียมความพร้อมให้กับตนเองเพื่อเผชิญสถานการณ์วิกฤตนี้ให้ผ่านพ้นต่อไป

จากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมจิตบำบัดแบบระดับประคองรายบุคคล ทั้งหมด 3 ขั้นตอน และ 5 กิจกรรมบำบัด กระบวนการดังกล่าวช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความไว้วางใจ ได้เปิดใจ ระบายอารมณ์และความรู้สึก โดยทบทวนสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น และสำรวจความรู้สึกของตนเอง ส่งผลให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของความเป็นจริง โดยใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เน้นการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการสร้างกำลังใจ และการมีความหวังตามความเป็นจริงอันนำไปสู่การบรรเทาความทุกข์ในด้านอารมณ์และจิตใจ ส่งผลให้สภาวะจิตใจมีความพร้อมในการเผชิญสถานการณ์วิกฤต จากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมจิตบำบัดแบบระดับประคองรายบุคคลในครั้งนี้ จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฑนาท (2555) ที่ศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะเวลาวิกฤต พบว่า ความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ตามรูปแบบการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับในระหว่างที่ผู้ป่วยวิกฤตนอนพักรักษา

ในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา สิทธิการรักษา กฎระเบียบ ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย และสิ่งอำนวยความสะดวกต่อสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้กำลังใจต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะ ตามสถานการณ์เป็นรายกรณีไป จากผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่ลดลงต่ำกว่าใน ระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และเมื่อศึกษา เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที พบว่า ในกลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเครียดโดยรวมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลตามปกติช่วยจัดการ ความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ แต่อาจจะยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการเผชิญสถานการณ์ความเครียดขณะนั้น ดังนั้นการเสริม กระบวนการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยรูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ร่วมกับรูปแบบการพยาบาลตามปกติจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สามารถเผชิญสถานการณ์ความเครียดได้เหมาะสมยิ่งขึ้น จากการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง เสร็จสิ้นทันทีที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมจิตบำบัดแบบประคับประคอง รายบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมและรายด้านลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับจิตบำบัดแบบประคับประคอง รายบุคคลทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวม และรายด้านลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรมนต์ เหลาสุภาพ (2556) ที่ศึกษาโปรแกรมการ จัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ความเครียดหลังได้รับ โปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษารั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล ต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ส่งผลให้ความเครียดสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการอบรม จิตบำบัดแบบประคับประคอง สามารถนำรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล

ครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤต

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถ
นำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจให้กับสมาชิกครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความเครียดให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับนักวิชาการและนักวิจัยทางการพยาบาล สามารถ
นำผลวิจัยครั้งนี้ ไปพัฒนารูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล เพื่อลดความเครียดของ
สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วย
วิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. ควรมีการประเมินความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายโดยใช้
ดัชนีชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker) ร่วมด้วย เช่น การวัดชีพจร การวัดความดันโลหิต เพื่อประเมิน
ความเครียดให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- จกกรม ทองจันทร์, นิรมิตศุรา แว, อัจฉรา จันเพ็ชร, วราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์ และนันทรัตน์ บุญประเสริฐ.
(2551). การประเมิน โครงการจัดตั้งศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิต ประจำโรงพยาบาล
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ยะลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา.
- จันทิมา องค์โหมยิต. (2547). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
ยูเนี่ยน คลีเอชั่น.
- จิณณ์ณัฐ พรหมนุรักษ์. (2559). *คู่มือไดอะล็อก*. กรุงเทพฯ: Learning Hub Thailand.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS
(พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี:
ยูทริเน็ทการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 1*. กรุงเทพฯ:
ธนาเพรส.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*.
กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชุติมา อรุโณทยานันท์. (2547). *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด. (2555). การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียด
ของญาติก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(1), 75-89.
- ดวงมณี จงรักษ์. (2556). *ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- ถวิล นภาพงศ์สุริยา. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วย
ระยะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิรมนต์ เหล่าสุภาพ. (2556). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อ
ความเครียดของญาติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2550). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 86-97.
- ปฐมวดี สิงห์คง. (2554). การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต: มุมมองจากญาติผู้ป่วย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(3), 17-32.
- ปฐมวดี สิงห์คง. (2555). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 18(3), 404-417.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา และวิไลลักษณ์ พงษ์โสภา. (2557). *ทฤษฎีและเทคนิคการให้บริการปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2556). *ผลของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความหวัง ระดับความวิตกกังวล และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งนภา เขียวช่อ. (2556). *ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 24-34.
- วัชร ทรัพย์มี. (2556). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี สุทธิรัมย์. (2556). *ประเด็นจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตทางจิตใจ*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(2), 47-54.
- วารุณี บัวมีรูป. (2551). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุภาภรณ์ คิ้วแพง. (2540). *การพยาบาลผู้ใหญ่ 2*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุมาลีตา สวัสดิ์ดิโนฤทธ. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะเวลาวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2541). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ยุทธินทร์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. (2550). *ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 98-111.
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8th ed.). St. Louis: C. V. Mosby.
- Ann, C. F., Lennart, V. W., & Birgitta, K. (2008). Informational needs in families after their child's mild head injury. *Patient Education and Counseling*, 70, 251-255.
- Arnold, E. (1995). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Berecz, J. M. (2009). *Theories of personality*. Englewood Cliffs, NJ: Pearson Education.
- Corey, G. (2013). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Defloor, S., Grypdonck, M., & Verhaeghe, S. (2005). Stress and coping among families of patient with traumatic brain injury: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 1004-1012.
- Gorman, L. M. (1989). *Psychosocial nursing handbook for the nonpsychiatric nurse*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kneafsey, R., & Gawthorpe, D. (2004). Head injury; long-term consequences for patients and families and implication for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 601-608.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

- McAdam, J. L., & Puntillo, K. L. (2009). Symptom experiences by family members of patients in intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 18*(3), 200-210.
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. L. (2010). Symptom experiences of family members of intensive care unit patient at high risk for dying. *Critical Care Medicine, 38*(4), 1078-1085.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (2010). *System of psychotherapy a transtheoretical analysis*. Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5*(4), 329-339.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sharf, R. S. (2012). *Theories of psychotherapy and counseling concepts and cases*. Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adults patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 501-509.
- Wilkins, P. (2016). *Person-centred and experiential therapies: Contemporary approaches and issues in practice*. California: SAGE.
- Williams, R. A. (1986). *Clinical practice in psychosocial nursing: Assessment and intervention*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี แพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาจิตเวช
โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ข

เครื่องมือ

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

คำชี้แจง

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อ
ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ “ผู้ป่วยวิกฤต”

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ “สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต”

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยข้อมูลในแบบสอบถามจะนำไปใช้
ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ “ผู้ป่วยวิกฤต”

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย / ลง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง ที่ตรงกับผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย

.....

.....

.....

.....

.....

7. ระยะเวลาที่นอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤต.....วัน

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ “สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต”

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมาย / ลง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริง
ที่ตรงกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย

.....

.....

.....

.....

.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ใช้วัดระดับความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก นิรมนต์ เหลาสุภาพ (2556) โดยแบบวัดนี้ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) นิรมนต์ เหลาสุภาพได้นำไปใช้ทดลองวัดระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 ราย ได้กำหนดหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.91 และได้นำไปใช้ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 50 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย
- 2) ความเครียดด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
- 3) ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม
- 4) ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมและชัดเจนเพื่อใช้วัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งยังคงข้อคำถามไว้ 50 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน และในแต่ละด้านมีจำนวนข้อคำถามคงเดิม ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสมของแบบวัด และนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และทำการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วย

ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย มีจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-18

ความเครียดด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19-33

ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 34-44

ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 45-50

แบบวัดความเครียดมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณ 4 ค่า (Rating scale)

โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-3 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน คือ ไม่มีความเครียด หมายถึง สถานการณ์นั้นไม่ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจ

1 คะแนน คือ มีความเครียดเล็กน้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจเล็กน้อย

2 คะแนน คือ มีความเครียดปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจปานกลาง

3 คะแนน คือ มีความเครียดมาก หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจมาก

การคำนวณคะแนนความเครียดโดยรวมและรายด้าน

$$\text{คะแนนความเครียดโดยรวม} = \frac{\text{คะแนนความเครียดทั้งหมด}}{50}$$

$$\text{คะแนนความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย} = \frac{\text{คะแนนความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย}}{18}$$

$$\text{คะแนนความเครียดด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย} = \frac{\text{คะแนนความเครียดด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวล}}{15}$$

$$\text{คะแนนความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม} = \frac{\text{คะแนนความด้านสิ่งแวดล้อม}}{11}$$

$$\text{คะแนนความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม} = \frac{\text{คะแนนความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม}}{6}$$

คะแนนที่ได้จะนำมาพิจารณาความเครียดโดยรวมและรายด้าน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิตกกังวล การประเมินค่าคะแนน นิรมนต์ เหลาสุภาพ (2556) ใช้เกณฑ์ของ Best (1977 อ้างถึงใน นิรมนต์ เหลาสุภาพ, 2556) ซึ่งกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนระหว่าง 0.01-1.00 หมายถึง อยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย

ค่าคะแนนระหว่าง 1.01-2.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับมาก

การแปลคะแนนในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คะแนนรวม โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อคะแนนมาก หมายถึง มีความเครียดมาก

แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง แบบวัดนี้ต้องการทราบถึงความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

ไม่ทำให้เกิดความเครียด	หมายถึงสถานการณ์นั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ
ทำให้เกิดความเครียดเล็กน้อย	หมายถึงสถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจเล็กน้อย
ทำให้เกิดความเครียดปานกลาง	หมายถึงสถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจปานกลาง
ทำให้เกิดความเครียดมาก	หมายถึงสถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจมาก

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด	ไม่ทำให้เกิดความเครียด	ทำให้เกิดความเครียด		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
ความเครียดด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย				
1. ความเจ็บปวดของผู้ป่วย เช่น ปวดแผลผ่าตัด ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ				
.....				
.....				
.....				
.....				
9. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ				
.....				
.....				
.....				
13. ผู้ป่วยคาท่อระบายต่าง ๆ เช่น ท่อระบายทรวงอก ท่อระบายจากแผลผ่าตัด สายสวนปัสสาวะ สายระบาย ทางจมูก				
.....				
ความเครียดด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต				
19. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย				
20. กลัวผู้ป่วยตาย				
.....				
.....				
.....				
24. กลัวผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้				
.....				
.....				
.....				
.....				

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด	ไม่ทำให้เกิดความเครียด	ทำให้เกิดความเครียด		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม				
34. เสียงดังจากการพูดคุยกันของเจ้าหน้าที่				
35. เสียงดังจากเครื่องมือ/ อุปกรณ์ต่าง ๆ				
.....				
37. สภาพบรรยากาศในหอผู้ป่วย				
.....				
.....				
.....				
.....				
ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม				
45. ภาระที่ต้องรับผิดชอบในการมาดูแลผู้ป่วย				
46. สภาวะบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป				
.....				
.....				
.....				
50. รายได้ของครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล				

รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียด ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

บทนำ

การสร้างรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นกระบวนการบำบัดทางด้านจิตใจที่เน้นการเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยบูรณาการจิตบำบัดแบบประคับประคองตาม แนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม (Humanistic-existential) แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Rogers (1961 อ้างถึงใน Wilkins, 2016) มาปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองความรู้สึก บรรเทาความเครียด และลดความทุกข์ในจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

หลักการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรม (Aguilera & Messick, 1994; Caplan, 1964; Flannery & Everly, 2000 อ้างถึงใน วันดี สุทธิรังษี, 2556) ผู้วิจัยได้นำหลักการช่วยเหลือที่เหมาะสม สำหรับบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตใจ มาประยุกต์ใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

1. การช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สำรวจหรือตรวจสอบความรู้สึกของตนเองที่อาจไปมีส่วนขัดขวางการปรับตัว และช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตระหนักถึงสถานการณ์ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและความเป็นไปได้ในการปรับตัวรวมทั้งการพัฒนาตนเองต่อไป
2. การให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตระหนักและยอมรับว่าการขอความช่วยเหลือเป็นเรื่องปกติ ซึ่งอาจจะพบได้ว่าทำได้ยากในบุคคลที่มีความเป็นตัวของตัวเองหรือพึ่งพาตัวเองสูง
3. การกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เช่น การระบายความรู้สึก การใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบก้าวหน้า หรือเทคนิคผ่อนคลายเพื่อการนอนหลับ
4. การช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหันมาสนใจหรือเน้นที่ปัญหา และกำหนดเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ใช้ศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา และสร้างความหวังที่เป็นไปได้

รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกเครียด ความทุกข์
ในจิตใจ รับรู้สถานการณ์ความเครียดตามความเป็นจริง ได้สำรวจปัญหาและความต้องการของ
ตนเอง เข้าใจตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เตรียมความพร้อมของสภาวะจิตใจ
กล้าเผชิญหน้ากับความจริง เข้าใจปัญหาและกำหนดเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง
ใช้ศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม
4. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประคับประคองจิตใจ มีกำลังใจ
มีแนวทางในการเผชิญปัญหาลงครั้งต่อไป และลดความเครียดในจิตใจ

ระยะเวลา

รูปแบบจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน และ 5 กิจกรรมการบำบัด ซึ่งรูปแบบจิตบำบัดแบบ
ประคับประคองนี้ใช้ระยะเวลา 5 วันต่อเนื่องกัน โดยดำเนินกิจกรรมการบำบัดวันละ 1 ครั้ง
ครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการบำบัดภายใน 1-5 วันแรกที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรม

รูปแบบของกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ (วันที่ 1)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและสร้างความคุ้นเคย” (วันที่ 1)

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมการสนทนาเพื่อทำความรู้จักกันระหว่างผู้วิจัย
และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยมีการจัดสถานที่การสนทนาให้เป็นส่วนตัว และสร้าง
บรรยากาศการสนทนาที่อบอุ่น ผ่อนคลาย บนพื้นฐานของความเข้าใจ และความรู้สึกยอมรับ
อย่างไม่มีเงื่อนไข โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลา
ของการบำบัด เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไว้วางใจพร้อมที่จะเล่าสถานการณ์วิกฤต
ที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ระยะกลาง: การดำเนินการบำบัด (วันที่ 2-4)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2 “การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน” (วันที่ 2)

การเปิดเผยตนเองและการยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดประเมินความเครียด ความทุกข์ใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งประเมินอารมณ์ ความรู้สึก และปฏิกิริยาของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3 “นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” (วันที่ 3)

นำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตพร้อมสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยมเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และหันมาสนใจหรือเน้นที่ปัญหา กำหนดเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตผู้วิจัยจะทำการประเมินการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้านอาการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันตามความเป็นจริง

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4 “สร้างกำลังใจ” (วันที่ 4)

กิจกรรมสร้างกำลังใจ เป็นกิจกรรมการสนทนาร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดมนุษยนิยม-อัตถิภาวนิยม โดยผู้วิจัยจะให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนำสมาชิกในครอบครัวที่มีความต้องการอยากเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดในครั้งนี้อีก 1 คน เข้ามาร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งหาแนวทางร่วมกันในการค้นหาทางออกของสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุด: การยุติการบำบัด (วันที่ 5)

กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 5 “ยุติการบำบัด” (วันที่ 5)

การยุติการบำบัด เป็นกิจกรรมการสนทนากับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งสุดท้ายของโปรแกรมฯ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สรุปเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยใช้ศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหา มีความพร้อมและแนวทางในการเผชิญปัญหาครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทบทวนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การจัดการภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับตนเอง

และครอบครัวที่ได้มีการวางแผนไว้ในครั้งก่อน สิ่งที่เป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการ
การเตรียมความพร้อมสภาวะจิตใจ สร้างกำลังใจ การมีความหวัง ในการเผชิญสถานการณ์ต่อไป

รูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น: การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ/ เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
<p>กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 1</p> <p>“สร้างสัมพันธภาพและสร้างความคุ้นเคย”</p> <p>(วันที่ 1)</p> <p>ระยะเวลา 60-90 นาที</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต</p> <p>สร้างความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>หลักการ</p> <p>ตามระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในระยะที่ 1 และ 2 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะเริ่มมีความวิตกกังวลและมีความรู้สึกเครียดเกิดขึ้น เนื่องจากพยายามปรับตัวจากสถานการณ์ภาวะวิกฤตที่เผชิญ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>เทคนิค</p> <p>1. การแสดงการระลึกได้ จำได้ (Giving recognition)</p> <p>2. การฟังอย่างตั้งใจ (Attentive Listening)</p> <p>3. การสบตา (Use of eye contact)</p> <p>4. การยอมรับ (Accepting)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแสดงความไว้วางใจ กล้าสนทนา</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ /เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
		<p>วิธีดำเนินการ</p> <p>1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้วิจัยได้จัดเตรียมสถานที่สำหรับการสนทนาในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สำรวจหรือตรวจสอบความรู้สึกของตนเองในขณะปัจจุบัน.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป</p>	

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลา: การดำเนินการบำบัด

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ/ เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
<p>กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 2</p> <p>“การเปิดเผยตนเองและยอมรับซึ่งกันและกัน”</p> <p>(วันที่ 2)</p> <p>ระยะเวลา 60-90 นาที</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้สมาชิก</p> <p>ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมี</p> <p>ความไว้วางใจ กล้าเปิดเผย</p> <p>ตนเอง ได้ระบายอารมณ์</p> <p>และความรู้สึก.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>หลักการ</p> <p>ตามระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในระยะที่ 1 และ 2 สมาชิก</p> <p>ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลและมีความรู้สึกเครียดสูงขึ้น มี</p> <p>ความคิดหมกมุ่น ขาดความเป็นตัวของตัวเอง.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>เทคนิค</p> <p>1. การแสดงการระลึกได้ จำได้ (Giving recognition)</p> <p>2. การฟังอย่างตั้งใจ (Attentive listening)</p> <p>3. การสบตา (Use of eye contact)</p> <p>4. การยอมรับ (Accepting)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>1. สมาชิกครอบครัว</p> <p>ผู้ป่วยวิกฤตแสดงความ</p> <p>ไว้วางใจ กล้าสนทนา</p> <p>ระบายอารมณ์ความรู้สึก</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ/ เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
		<p>วิธีดำเนินการ</p> <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดครั้งนี้.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>4. ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อสถานการณ์ภาวะวิกฤตที่เผชิญ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวการสนทนาประเมินการรับรู้ ความคิดและความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ/ เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
<p>กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 3</p> <p>“นำสมาชิกรอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย” (วันที่ 3)</p> <p>ระยะเวลา 60-90 นาที</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อลดความรู้สึกกลัววิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>หลักการ</p> <p>ตามระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในระยะที่ 3 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงมากขึ้น เริ่มเสียขวัญและขับข้องใจ จึงรวบรวมพลังของตนเองทั้งหมด ทำการทบทวนยอมรับความจริงเพื่อความอยู่รอดและความสมดุลของอารมณ์ เริ่มมองหาแหล่งช่วยเหลือ หลักการช่วยเหลือ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>เทคนิค</p> <p>1. การแสดงการระลึกได้ จำได้ (Giving recognition)</p> <p>2. การฟังอย่างตั้งใจ (Attentive Listening)</p> <p>3. การสบตา (Use of eye contact)</p> <p>4. การยอมรับ(Accepting)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกล้าเผชิญหน้ากับความเป็นจริง</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ/ เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
		<p>วิธีดำเนินการ</p> <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดครั้งนี้ และทบทวนประเด็นสำคัญของการสนทนาในครั้งก่อน.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>4. ผู้วิจัยนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้สึก ความคิดและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยม.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>6. ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตร่วมกันสรุปผลของกิจกรรมนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ/ เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
<p>กิจกรรมบำบัดครั้งที่ 4</p> <p>“สร้างกำลังใจ”</p> <p>(วันที่ 4)</p> <p>ระยะเวลา 60-90 นาที</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อสร้างกำลังใจให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>หลักการ</p> <p>ตามระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในระยะที่ 3 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงมากขึ้น จึงมีการทบทวนยอมรับความจริงเพื่อความอยู่รอดและความสมดุลของอารมณ์ เริ่มมองหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>เทคนิค</p> <p>1. การแสดงการระลึกได้ จำได้ (Giving recognition)</p> <p>2. การฟังอย่างตั้งใจ (Attentive listening)</p> <p>3. การสบตา (Use of eye contact)</p> <p>4. การยอมรับ (Accepting)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>การประเมินผล</p> <p>1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถค้นหาแนวทางในการเผชิญปัญหา.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

กิจกรรมบำบัด	วัตถุประสงค์	หลักการ/ เทคนิค/ วิธีดำเนินการ	การประเมินผล
		<p>วิธีดำเนินการ</p> <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดครั้งนี้ ทบทวนประเด็นสำคัญของการสนทนาและสอบถามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังทำกิจกรรมในครั้งก่อน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ทบทวนสิ่งที่ได้จากการบำบัดใน 5 วันที่ผ่านมา บอกถึงเป้าหมาย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และกล่าวยุติการบำบัด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย และใบอนุญาตเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
Effect of Individual Supportive Psychotherapy on Stress in Family Members of Surgical Intensive Care Unit
Patients

ชื่อนิสิต นางสาวจรรยา จอม โคนสูง

รหัสประจำตัวนิสิต 55920304

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 05 - 2560
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่มีอายุ 18
ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 20 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี

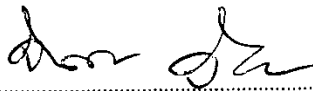
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 3 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560

ลงนาม.....


(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๕๙๑

ชื่อโครงการ	ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๘ - ๖๐ - ๕๑ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวจรรยา นุชจอมโคกสูง
สถานศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
 เสด็จจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาศเจริญ)

วันที่รับรอง ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐
 ระยะเวลาในการศึกษา ๑ ปี



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No MURA2017/591

Title of Project	Effect of Individual Supportive Psychotherapy on Stress In Family Members of Surgical Intensive Care Unit Patients
Protocol Number	ID 08 – 60 – 51
Principal Investigator	Miss Juranud Jomkoksung
Education Institute	Faculty of Nursing Burapha University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects



 Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.

Date of Approval

October 2, 2017

Duration of Study

1 Year



ID 08-60-51 3
COA NO. MURA2017/591
วันที่รับรอง 2 ตุลาคม 2560

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุรานุช จอมโคกสูง

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SIC) โรงพยาบาลรามารับดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัย นางสาวจุรานุช จอมโคกสูง โทรศัพท์ 092-7724443

ผู้ช่วยวิจัย นางสาวธนัทพร ชวงศ์ตระกูล โทรศัพท์ 085-9074375

แพทย์/ผู้ดูแลโครงการ

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.รช.หญิง ชนิดดา แนบเกษร โทรศัพท์ 081-6341156

แพทย์ที่ปรึกษา นพ.เวทิส ประทุมศรี โทรศัพท์ 081-3447960

แพทย์ที่ปรึกษา ผศ.พญ.ปัญจกรณ์ วาฬิปะโคน โทรศัพท์ 081-6881619

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นอาการแสดงของสภาวะร่างกายที่เกิดจากการเสียความสมดุล การเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ การกำเริบของโรคเดิม หรือเกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป มีอาการซับซ้อนไม่คงที่และยากต่อการปรับตัว ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่สุดในที่สุด ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วย และมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง นอกเหนือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแล้ว บุคคลในครอบครัวก็เป็นบุคคลสำคัญโดยตรงที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเช่นกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต ครอบครัวจะเผชิญกับความรู้สึกล้มเหลว วิตกกังวลระดับสูง โกรธ เศร้าเสียใจ รู้สึกผิด คับข้องใจ และมีความหวัง สถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหนือความคาดหมาย และไม่สามารถจัดการด้วยกลไกการจัดการตามปกติได้ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและความกดดัน เกิดภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ เป็นสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว การเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัวมีผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความทุกข์ทั้งทางกายและทางจิตใจจนส่งผลต่อความเครียด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความเครียดและให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถกลับสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

จิตบำบัดแบบประคับประคองเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความยอมรับ และความเข้าใจ ซึ่งช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการรับรู้เข้าใจประสบการณ์ เข้าใจตนเอง ทำให้สามารถยอมรับตนเองและรับผิดชอบต่อตนเอง แก้ไขพัฒนาและขจัดปัญหาจิตใจได้ จากแนวคิดดังกล่าวได้นำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีหลักการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจ การมองทางบวกและการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข และการเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพด้วยบรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตรและมีความเข้าอกเข้าใจ

ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล ภายใต้กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งเน้นการสนทนาและการบำบัดช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น บรรเทาความขัดแย้งในจิตใจ บรรเทาปัญหาในขณะนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง กล้าเผชิญหน้ากับความจริง ลดความรู้สึกปกป้องตนเอง มีความยืดหยุ่น มีเหตุผล เรียนรู้ที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกปลอดภัย ได้รับความรู้ความเข้าใจ อันนำไปสู่การบรรเทาความทุกข์ในด้านอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์ความเครียดบนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ความเครียดในจิตใจลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ของท่านมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 10 ราย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 5 วัน เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที และท่านจะได้เข้าร่วมกิจกรรมจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยกิจกรรมจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้มีทั้งหมด 5 ครั้งต่อเนื่องกัน ภายใน 1-5 วันแรกที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยดำเนินกิจกรรมจิตบำบัดวันละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที/ ครั้ง หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมจิตบำบัดในครั้งสุดท้ายผู้ช่วยวิจัยจะติดตามและประเมินผลโดยใช้แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ : ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการดูแลตามรูปแบบของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลเพื่อลดความเครียด ได้เตรียมความพร้อมของสถานะจิตใจในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี และผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความเครียดในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัวต่อไป

ผลข้างเคียง : ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น อาจพบความไม่สบายใจหรือความเครียดมากขึ้น แต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบรายงานความไม่สบายใจหรือความเครียดมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะมีการประเมิน ติดตาม เฝ้าระวังเป็นระยะ หากพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความไม่สบายใจหรือมีความเครียดมากขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการเข้าร่วมกิจกรรมจิตบำบัดทันที และจะให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลพร้อมทั้งประเมินความเครียดหลังให้คำปรึกษา ถ้าพบว่าความเครียดไม่ลดลง ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพบแพทย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยต่อไป

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชัน และสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลกรวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เบอร์โทร 02-201-1544



ID OS-60-S1 1
COA NO. MURA2017-591
วันที่รับรอง 2 ตุลาคม 2560

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุรานุช จอม โลกสูง

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (SIC) โรงพยาบาลรามธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัย นางสาวจุรานุช จอม โลกสูง โทรศัพท์ 092-7724443

ผู้ช่วยวิจัย นางสาวธนัทพร ชวงศ์ตระกูล โทรศัพท์ 085-9074375

แพทย์/ผู้ดูแล โครงการ

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.ร.อ.หญิง ชนิดดา แนบเกษร โทรศัพท์ 081-6341156

แพทย์ที่ปรึกษา นพ.เวทิส ประทุมศรี โทรศัพท์ 081-3447960

แพทย์ที่ปรึกษา ผศ.พญ.ปัญจภรณ์ วาสิปะ โคน โทรศัพท์ 081-6881619

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นอาการแสดงของสภาวะร่างกายที่เกิดจากการเสียความสมดุล การเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ การกำเริบของโรคเดิม หรือเกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป มีอาการรบกวนจิตใจและยากต่อการปรับตัว ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่สุดในที่สุด ผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วย และมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง นอกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแล้ว บุคคลในครอบครัวก็เป็นบุคคลสำคัญโดยตรงที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตเช่นกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต ครอบครัวจะเผชิญกับความรู้สึกล้มเหลว วิตกกังวลระดับสูง โกรธ เศร้าเสียใจ รู้สึกผิด คับข้องใจ และมีความหวัง สถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหนือความคาดหมาย และไม่สามารถจัดการด้วยกลไกการจัดการตามปกติได้ ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและความกดดัน เกิดภาวะไม่สมดุลทางอารมณ์ เป็นสถานการณ์วิกฤตในครอบครัว การเจ็บป่วยวิกฤตของบุคคลในครอบครัวมีผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสังคม ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความทุกข์ทั้งทางกายและทางจิตใจจนส่งผลต่อความเครียด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความเครียดและให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถกลับสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

จิตบำบัดแบบประคับประคองเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความยอมรับ และความเข้าใจ ซึ่งช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการรับรู้ เข้าใจประสบการณ์ เข้าใจตนเอง ทำให้สามารถยอมรับตนเองและรับผิดชอบต่อตนเอง แก้ไขพัฒนาและขจัดปัญหาจิตใจได้ จากแนวคิดดังกล่าวได้นำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีหลักการ คือ ความสอดคล้องและความจริงใจ การมองทางบวกและการยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข และการเข้าใจอย่างถูกต้องในลักษณะเอาใจเขามาใส่ใจเรา ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพด้วยบรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตรและมีความเข้าใจ

ผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาปรับใช้ในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล ภายใต้กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งเน้นการสนทนาและการบำบัดช่วยเหลือประคับประคองจิตใจเบื้องต้น บรรเทาความขัดแย้งในจิตใจ บรรเทาปัญหาในขณะนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง กล้าเผชิญหน้ากับความจริง ลดความรู้สึกปกป้องตนเอง มีความยืดหยุ่น มีเหตุผล เรียนรู้ที่จะสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ กระบวนการจิตบำบัดแบบประคับประคองนี้น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกปลอดภัย ไร้ภาระ อารมณ์ความรู้สึก อันนำไปสู่การบรรเทาความทุกข์ในด้านอารมณ์และจิตใจ รวมถึงมีความเข้าใจตนเองและสถานการณ์ความเครียดบนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ความเครียดในจิตใจลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดไว้ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ของท่านมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 10 ราย เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 15-20 นาที และท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษา สิทธิการรักษา กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย รวมถึงให้กำลังใจต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะตามสถานการณ์เป็นกรณีไป ซึ่งท่านจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลรวมทั้งหมด 5 วันต่อเนื่องกัน

หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วในวันที่ 5 ผู้ช่วยวิจัยจะติดตามและประเมินผลโดยใช้แบบวัดความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ : ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบของการดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

ผลข้างเคียง : ไม่มี

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อใดๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เบอร์โทร 02-201-1544



ID 08-60-51 1
COA NO. MURA2017/591
วันที่รับรอง 2 ตุลาคม 2560

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่
เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจรรยา จอม โคนสูง

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
ปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัย
เกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มี
ผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและ
จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเมื่อรับทราบในการให้
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ง

จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย/ จดหมายขออนุมัติทำการวิจัย
จดหมายขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
และเพื่อดำเนินการวิจัย
จดหมายอนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์



คณะพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครปฐม
มหาวิทยาลัยบูรพา	00302
ที่	107.พ.60 (จด/ศธ.ธรรมศาสตร์)
วันที่	11.11.60
เวลา	11.11.60

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ณ พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
 โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔
 - อทพจ.อ.อ.อ.อ.อ.

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๑๐๐๗/๕๐
 วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๐
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖ /๑๐๐๓ ลงวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า
 ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวจรรยา จอมโคกสูง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: "ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม" โดยมี ผศ.ดร.ร.อ.หญิงชนิดดา แนบเกษร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
 เครื่องมือวิจัยที่ใช้: แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤต
 เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นางสาวนิรมนต์ เหล่าสุภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ ๒๕๕๖ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ" ซึ่งมี ผศ.ดร.สุปรัดดา มั่นคง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ นางสาวจรรยา จอมโคกสูง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบ มาพร้อมนี้) และต้องชำระค่าบริการการขอใช้

...../๒๐.

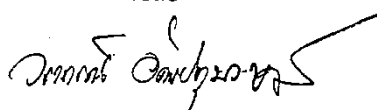
- ๒ -

เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร
ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี "หลักสูตรการศึกษายาบาลปริญญาโทรามธิบดี"
เลขที่บัญชี ๐๒๖-๔-๓๕๑๘๓-๗ ประเภทออมทรัพย์ และแนบหลักฐานการโอนเงินมาพร้อมกับกรอกแบบ บพร. ๑๕,
บพร.๑๖ ส่งมาที่...

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๘ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๑๖๗๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.

เรียน คณบดี

ด้วยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ตอบอนุญาต
ให้นางสาวจรรยา จอมโคกสูง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต ใช้เครื่องมือวิจัย คือ ผลของจิตบำบัดแบบ
ระดับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการ
รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม" ของนางสาวนิรมนต์ เหลลาสุภาพ ดังรายละเอียด
ข้างต้นได้

๑. จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ
 ๒. เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ (รศ.ดร.วรรณิ)
- งานบัณฑิตฯ ประธานหลักสูตรฯ สุขภาพจิตฯ (ผศ.ดร.ภรภัทร)ทราบ
และอาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.ร.หญิงชนิดดา) เพื่อแจ้งนิสิต (นางสาวจรรยา จอมโคกสูง)
ทราบต่อไป

รศ/คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รศ

๑๐ ก.พ. ๖๐

ฯลนี้/ ๑๐ ก.พ. ๖๐

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๓ ๙๙



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
 ๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

เรียน ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจรรยา นุชจอมโคกสูง รหัสประจำตัว ๕๕๕๒๐๓๐๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความ
 ประสงค์จะทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยและการทดลองในมนุษย์เรื่อง “ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคล
 ต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (Effect of
 Individual Supportive Psychotherapy on Stress in Family Members of Surgical Intensive Care
 Unit Patients)” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รศ.หญิงชนิดดา แนบเกษร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคุณค่า ความถูกต้อง และประโยชน์ (Relevant and Scientific
 Merit) เพื่อเข้ารับพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องของระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
 ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) กลุ่มงานบริการการศึกษาและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๐๘

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๙-๒๗๗๒-๔๔๔๓



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๓๒๖๖

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย
เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวจรรยา จอมโคกสูง รหัสประจำตัว ๕๕๕๒๐๓๐๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้า
โครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนิดดา
แบบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป
ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (ICU) โรงพยาบาลรามธิบดี โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๒๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม -
๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๐
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๒๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๘
กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๒ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/๑๒๕๕๐

วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ศธ ๖๒๐๖/๑๓๒๓ ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวจรรยา จอมโคกสูง รหัสประจำตัว ๕๕๙๒๐๓๐๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของจิตบำบัดแบบประคับประคองรายบุคคลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิงชนิดดา แนบเกษร เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องยินดีให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ฝ่ายการพยาบาลศัลยกรรมศาสตร์ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย ปฏิบัติหน้าที่แทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ ตีตนออกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ภาคผนวก จ

วิธีการวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 7 วิธีการวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติ คะแนนเฉลี่ยความเครียด (โดยรวม)
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-wilk		
	statistic	df	sig	statistic	df	sig
ความเครียด (โดยรวม) ระยะก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	.253	10	.068*	.873	10	.109*
กลุ่มควบคุม	.161	10	.200*	.935	10	.495*
ความเครียด (โดยรวม) ระยะหลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	.181	10	.200*	.909	10	.276*
กลุ่มควบคุม	.163	10	.200*	.975	10	.932*

* = การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (ค่า sig ของ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-wilk $\geq .05$) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

ตารางที่ 8 วิธีการวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติ ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียด
(โดยรวม) ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-wilk		
	statistic	df	sig	statistic	df	sig
ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	.132	10	.200*	.954	10	.717*
กลุ่มควบคุม	.169	10	.200*	.955	10	.733*

* = การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (ค่า sig ของ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-wilk $\geq .05$) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

ตารางที่ 9 วิธีการวิเคราะห์การแจกแจงแบบโค้งปกติ จากคะแนนความแตกต่าง ค่า (d) ของคะแนนเฉลี่ยความเครียด (โดยรวม) และรายด้าน ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-wilk		
	statistic	df	sig	statistic	df	sig
ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วย	.146	10	.200*	.941	10	.569*
ด้านจิตใจ	.153	10	.200*	.920	10	.360*
ด้านสิ่งแวดล้อม	.322	10	.004**	.749	10	.003**
ด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม	.184	10	.200*	.949	10	.656*
ความเครียด (โดยรวม)	.132	10	.200*	.954	10	.717*

* = การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ (ค่า sig ของ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-wilk $\geq .05$) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

** = การแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติ (ค่า sig ของ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-wilk $< .05$) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)