

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล
ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก



นาง สุทธิณี วัฒนกุล

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

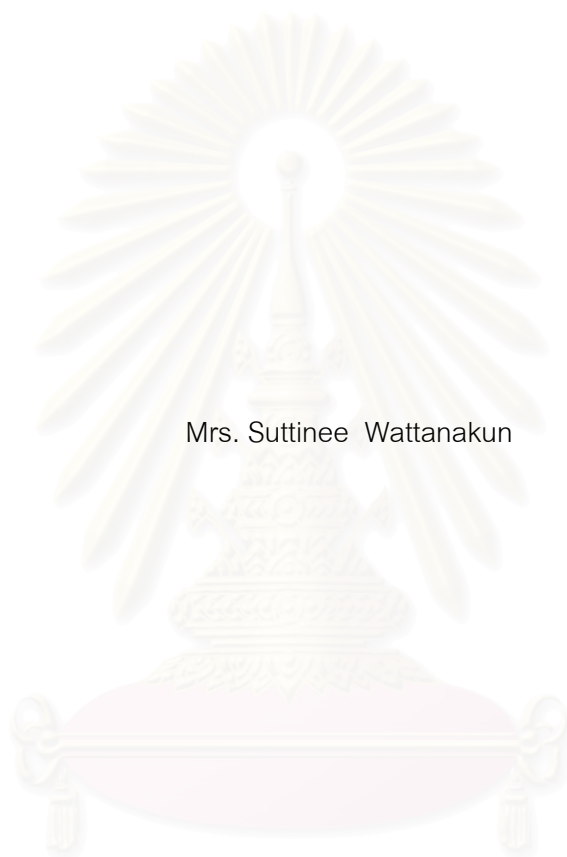
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6138-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION AND VISITATION FACILITATION
PROGRAM ON ANXIETY AMONG FAMILY MEMBERS OF PATIENTS
IN A CRITICAL CARE UNIT



Mrs. Suttinee Wattanakun

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6138-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเขียนอย่างมีแบบแผน
ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
โดย นาง สุทธิณี วัฒนกุล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาชา)

สุทธิณี วัฒนกุล : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION AND VISITATION FACILITATION PROGRAM ON ANXIETY AMONG FAMILY MEMBERS OF PATIENTS IN A CRITICAL CARE UNIT) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 146 หน้า. ISBN 974-17-6138-4

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน และความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทรีบุรี จำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยการจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนกันในด้านเพศกับอายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ แนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983), แนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999), และแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ได้ค่าเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ยเลขคณิต, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2547	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4577615336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS : PREPARATORY INFORMATION AND VISITATION FACILITATION PROGRAM / ANXIETY / FAMILY MEMBER / CRITICAL CARE UNIT

SUTTINEE WATTANAKUN : THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION AND VISITATION FACILITATION PROGRAM ON ANXIETY AMONG FAMILY MEMBERS OF PATIENTS IN A CRITICAL CARE UNIT. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 146 pp. ISBN 974-17-6138-4

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of the preparatory information and visitation facilitation program on anxiety among family members of patients in a critical care unit, Inburi Hospital, Singburi Province. The sample consisted of 40 patient's family members, and were selected into an experimental group and a control group. The two groups were similar in sex, age of family member and severity of illness (APACHE SCORE) of the patient. The experimental group received a preparatory information and visitation facilitation program, while the control group received a routine nursing care. The research instruments were preparatory information and visitation facilitation program developed based on preparatory information concept (Leventhal and Johnson, 1983), visitation facilitation concept (Daly, 1999), and family needs in critical care (Leske, 2002). Instruments used were a demographic data form and the State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 (STAI Form Y-1). The instruments were tested for the content validity by 5 experts. The reliability of the STAI Form Y-1 were .90. The data were analyzed by using Mean, Standard Deviation, and t-test statistic.

Results were as follows:

1. The anxiety of patient's family members receiving the preparatory information and visitation facilitation program at posttest was significantly lower than that of pretest at the .05 level.

2. The anxiety of patient's family members receiving the preparatory information and visitation facilitation program were significantly lower than those who received a routine nursing care at the .05 level.

Field of study	Nursing Science	Student's signature
Academic year	2004	Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญชวิชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาษา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอินทร์บุรี ที่กรุณาอำนวยความสะดวก อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมืออย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอินทร์บุรี ที่สนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต.....	12
ความหมายและประเภทของครอบครัว.....	12
ครอบครัวและการเจ็บป่วยวิกฤต.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	18
ความหมายของความวิตกกังวล.....	18
ประเภทของความวิตกกังวล.....	19
สาเหตุของความวิตกกังวล.....	20
ระดับของความวิตกกังวล.....	21
ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล.....	22
ผลของความวิตกกังวล.....	23
การประเมินระดับความวิตกกังวล.....	25
ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก.....	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมิน การเผชิญความเครียด และการปรับตัว	30
ความเครียด.....	30
การประเมิน.....	36
การเผชิญความเครียด.....	38
การปรับตัว.....	41
การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	43
บทบาทของพยาบาลต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	43
บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การดำเนินการวิจัย.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	91
การอภิปรายผลการวิจัย.....	91
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	95
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	96
รายการอ้างอิง.....	97

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	109
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือใน การทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บข้อมูลวิจัย.....	111
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบขอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	146



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่.....	63
2	จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	80
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่รับใหม่ในหอผู้ป่วยหนัก จำแนกตามเพศ อายุ และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE).....	82
4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	84
5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม....	85
6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	86
7	การแจกแจงของข้อมูลความวิตกกังวล	141
8	เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง, ระยะหลังการทดลองวันที่ 1, ระยะหลังการทดลองวันที่ 2, และระยะหลังการทดลองวันที่ 3 เป็นรายคน.....	142
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองวันที่ 3 และความแตกต่างระหว่างก่อน-หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคน.....	144

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
1	แสดงการเกิดความวิตกกังวล.....	25
2	แสดงขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย.....	77
3	แสดงขั้นตอนการทดลอง.....	78



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว (Hickey, 1993) ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลในระดับสูง โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรก (Tracy, Fowler, and Magarelli, 1999) เนื่องจากเหตุการณ์นี้มักเกิดโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้าจึงไม่มีเวลาในการเตรียมตัว (Leske, 1986) ความวิตกกังวลอาจเกิดจากความไม่แน่นอนในอาการของบุคคลที่ตนรัก ความกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดหรือตาย การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอย สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ไม่คุ้นเคย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และเทคโนโลยีที่ทันสมัย กฎระเบียบต่างๆ ตลอดจนการขาดรายได้และจำนวนค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการที่พยาบาลมุ่งให้ความสนใจในการดูแลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยมากกว่าให้ความสนใจสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จึงนับเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (รุ่งรัตน์ วณิชากิชาติ, 2540; Halm, 1990; Tiiler, Cohen, and Craft, 1991; Leske, 1992; Halm and Alpen, 1993; Hickey, 1993) ดังเช่นการศึกษาของ Jamerson et.al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าในระยะแรกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีความสับสน วิตกกังวล และไม่แน่ใจที่ Jamerson เรียกว่าภาวะเคื่องคว้าง (hovering) และจากอีกหลายการศึกษาที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง (อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538; มยุรี สุขุปัญญารักษ์และคณะ, 2541; Halm, 1990; Reider, 1994) นอกจากนี้ผลการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลมากที่สุด (อุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ, 2532; วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิปานิช, 2535; จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์และคณะ, 2536; อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538; เกลียพันธ์ ชินเมธิพิทักษ์, ปรีศนา วะสี, และยุพเรศ พญาพรหม, 2539; มณฑิพย์ ปฏิทัศน์, 2543)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระดับสูงนี้ นับเป็นการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด ความคุกคาม ร่วมกับการเผชิญความเครียดที่

ไม่เหมาะสม และการมีแหล่งประโยชน์ที่ไม่เพียงพอของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (Lazarus and Folkman, 1984) ความวิตกกังวลทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเอง เช่น เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย รับประทานอาหารนอนหลับและแบบแผนการรับประทานอาหาร ร่างกายทรุดโทรม และอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมา (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2535; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543; Brandt, 1984; Gilliss et.al., 1988; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลง หรือมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) นอกจากนั้นยังมีผลทำให้ทำบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้น้อยลง (Griogo, 1993) และสิ่งสำคัญก็คือ ไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้การปรับตัวและการฟื้นฟูของผู้ป่วยช้าลง หรือไม่เท่าที่ควร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2530; Gaglione, 1984)

ความวิตกกังวลจะรุนแรงและมากขึ้นในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบางคน ทำให้ไม่สามารถปรับตัว หรือเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะวิกฤต (Prevost, 1997) เพิ่มความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เกิดความสับสน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) ไม่สามารถควบคุมความคิดได้ สมาชิกลดลงมีความตั้งใจหรือสนใจกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง และการใช้เหตุผลไม่ถูกต้องเหมาะสม (Lee, 1998) การเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ (Prevost, 1997) และนอกจากนั้นหากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงมากเกินไป จะทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารต่างๆจากทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Reider, 1994) และทำให้การตัดสินใจ และการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร (Mirr, 1991)

การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลที่ผ่านมานั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การให้ข้อมูล/ความรู้ (Chavez and Faber, 1987; Jamerson et.al., 1996; Leske, 1996; Aimin, 1999) การปรับเวลาเยี่ยมให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น (Nicholson et.al., 1993) หรือการจัดกลุ่มให้ความช่วยเหลือ (Sabo et.al., 1989; Halm, 1990) และสำหรับในประเทศไทยพบว่าการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักได้แก่ การเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยมโดยการให้ข้อมูล (พิกุล ตันดิธรรม, 2533; นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535) การใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัว (คณิงนิตย์ บุรีเทศน์, 2540) แต่พบว่างานวิจัยเหล่านี้มีข้อจำกัดที่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และมีการวัดผลตัวแปรตามในทันทีหลังจากได้รับโปรแกรมฯเพียงครั้งเดียว

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลนั้นควรใช้หลายวิธีร่วมกัน กระทำอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผล (ซอลดา ฟันธูเสนา, 2536; Leske, 2002) จึงจะทำให้ได้ผลดีมากที่สุด ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของการศึกษาในครั้งนี้ จึงประกอบไปด้วย 1) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (preparatory information) ตามแนวคิดการเตรียมบุคคลที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะพบสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เตรียมคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า จึงสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ตลอดจนสามารถหาและรวบรวมแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะใช้ในการเผชิญความเครียดดังกล่าวได้มากขึ้นและเพียงพอ (Chavez and Faber, 1987; Sabo et.al., 1989; Halm, 1990 ; Leske, 1996; Aimin, 1999) และ 2) รูปแบบของการเยี่ยมที่จะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการเยี่ยมที่มีคุณภาพ ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยม (visitation facilitation) ของ Daly (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ที่เป็นการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งมีความสำคัญมากในช่วงแรกที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง เพื่อลดความกดดันและความอึดอัดใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่สามารถจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาในเผชิญความเครียดต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Halm, 1990; Nicholson et.al., 1993) องค์ประกอบทั้ง 2 ของโปรแกรมในการศึกษานี้จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวในด้านขวัญและกำลังใจได้ดีขึ้น และส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลดลง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ปัญหาการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่อย่างไร

2. ความวิตกกังวลภายหลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวเป็นเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จะเป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยมีการประเมินว่าเป็นความเครียดอันตราย หรือความทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับสูง (อารีย์ บุญบรรทัดกุล, 2538; มยุรี สุขุบัญญัติรักษ์และคณะ, 2541; Halm, 1990; Reider, 1994) และมีความต้องการในการที่จะลดความวิตกกังวลที่สูงนี้เป็นอย่างมาก (อุไรพร พงศ์พัฒนาดุณี, 2532; วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2535; จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิและคณะ, 2536; อารีย์ บุญบรรทัดกุล, 2538; เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์และคณะ, 2539; มณฑิพย์ ปฏิทัศน์, 2543) ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะส่งผลกระทบต่อตัวสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเอง เช่น เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย รับประทานอาหารนอนหลับและแบบแผนการรับประทานอาหาร ร่างกายทรุดโทรม และยังอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมา (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2535; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543; Brandt, 1984; Gilliss et.al., 1988; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลง หรือมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) นอกจากนั้นยังมีผลให้ท่าบเทาหน้าทีของตนเองในครอบครัวและสังคมได้น้อยลง (Griogo, 1993) และสิ่งที่สำคัญคือจะ ไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้การปรับตัวและการฟื้นฟูของผู้ป่วยช้าลง หรือไม่เท่าที่ควร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2530; Gaglione, 1984)

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียด การเผชิญความเครียด และการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) ที่ประกอบด้วยแนวคิดหลัก ได้แก่ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (event of stressor) การประเมิน (appraisal) การเผชิญความเครียด (coping) และการปรับตัว (adaptation) โดยเริ่มจากการมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) โดยการพิจารณาว่าเกิดอะไรขึ้น มีความสำคัญและรุนแรงต่อความผาสุกของตนเองอย่างไร และประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยทำมาแล้วเพื่อหาวิธีที่ได้ผลในการจัดการกับความเครียด และมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) เมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากการประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้ทำไปแล้ว จากนั้นจึงเกิดเป็นการเผชิญความเครียด (coping) ที่มี 2 แบบคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotional-focused coping) ซึ่งโดยปกติบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธีผสมผสานกันในส่วนที่ไม่เท่ากันตามแต่สถานการณ์ โดยมีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดคือ สุขภาพและพลังงาน (health and energy) ความเชื่อด้านบวก (positive beliefs) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) ทักษะทางสังคม (social skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และทรัพยากรวัตถุ (material resources) จากนั้นจึงเกิดเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการคือ การปรับตัว (adaptation) ซึ่งมี 3 ชนิดคือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning)ขวัญและกำลังใจ (morale) และสุขภาพทางกาย (somatic health) โดยแสดงออกมาใน 2 แบบคือปรับตัวได้ และปรับตัวไม่ได้

การเจ็บป่วยรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ที่มากกระตุ้นทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการประเมินว่าเป็นความเครียด อาจทำให้เกิดอันตราย ความทุกข์หรือเกิดการสูญเสียต่อตนเองและบุคคลที่ตนรัก และเมื่อพิจารณาแหล่งประโยชน์และการเผชิญความเครียดที่ตนเองมีอยู่พบว่า มีไม่เพียงพอในการที่จะควบคุมหรือแก้ไขปัญหาได้ เกิดการรบกวนความสมดุล และเมื่อมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวได้ไม่ดี จึงเกิดเป็นความวิตกกังวลขึ้น

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในด้านการประเมินสถานการณ์ โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยม ตามแนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูล (preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ประกอบด้วยการให้ข้อมูล ด้านกระบวนการ (procedure information) ได้แก่ สภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบ ข้อควรปฏิบัติต่างๆในหอผู้ป่วยหนัก การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensation information) ได้แก่ การบอก อธิบายถึงเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ตกใจ ความรู้สึกผิด หมดหนทาง ไร้คุณค่า ความกลัว กังวลเป็นห่วง และการเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งจะสามารถช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถที่จะประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และทำให้มีเวลาในการเตรียมตัวก่อนจะพบกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนเตรียมคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (พิภูล ตันติธรรม,2533; นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535; Chavez and Faber,1987; Leske,1996; Gou Amin,1999)

ส่วนในด้านการใช้การเผชิญความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ด้วยการจัดให้มีรูปแบบการเยี่ยมที่มีคุณภาพ และส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยม (visitation facillitation) ของ Daly (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ด้วยการแนะนำตนเองและพัฒนาความไว้วางใจในตัวพยาบาลก่อน แล้วจึงจัดการสนับสนุนการเยี่ยม ซึ่งประกอบไปด้วย การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (proximity) ด้วยการอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเยี่ยมได้บ่อยๆ เยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อจำเป็นโดยไม่จำกัดระยะเวลา อายุของผู้เยี่ยม การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (assurance) ด้วยการแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้จักแพทย์/พยาบาลที่ให้การรักษาดูแลผู้ป่วย ให้คำยืนยันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล นุ่มนวล เอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อนพูดคุยและตรวจสอบความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (participate) ด้วยการเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นการเช็ดหน้า หวีผม การสัมผัส และการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (support) ด้วยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆที่เกิดขึ้น เป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจและยอมรับการแสดงออก ตลอดจนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจะส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกตึงเครียดหรือความกดดันลดลง และทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้

สามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (คีนิงนิต บุรีเทศน์, 2540; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; Halm, 1990; Nicholson et.al., 1993)

สำหรับในด้านการมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นและเพียงพอ ด้วยการให้แหล่งประโยชน์ (providing resources) โดยการให้คำแนะนำ และข้อชี้แนะแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีอยู่และสามารถหาได้ในโรงพยาบาล หรือในองค์กรอื่นๆในชุมชน ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถรวบรวมและหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้มากขึ้น และเพียงพอเพื่อใช้ในการเผชิญความเครียด ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (มารยาท วัชรเกียรติ, 2536; Sabo et.al., 1989; Halm, 1990)

จากองค์ประกอบทั้งหมดของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนนี้ จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง และเป็นจริง มีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่มากเพียงพอ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจในทางที่ดีขึ้น และมีความวิตกกังวลลดลง

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้ คือ

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนจะมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน จะมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 40 คน

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน
2. ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ พัฒนาความไว้วางใจในตัวพยาบาล และให้ข้อมูลกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตามแนวคิดการเตรียมบุคคลที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) และแนวคิดความวิตกกังวลและความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (procedure information) ในเรื่องสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่างๆ ในหอผู้ป่วยหนัก และ 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensation information) ได้แก่การบอกและอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว กังวล เป็นห่วง ความรู้สึกผิด หมดหนทาง ไร้คุณค่า และ 3) การให้แหล่งประโยชน์ (providing resources) ได้แก่การคำแนะนำ ข้อชี้แนะ การหาและรวบรวมแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมี หรือสามารถหาได้จากหน่วยงานในโรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นๆในชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และเจ้าของห้องพักให้เช่า

1.2 การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่การอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าไปดู/เยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ และได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็นโดยไม่จำกัดระยะเวลาและอายุของผู้เยี่ยม

1.3 การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999)

และแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่การแนะนำแพทย์/พยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้จัก ให้คำยืนยันแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล นุ่มนวลและเอาใจใส่ การอยู่เป็นเพื่อนและสอบถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย

1.4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้น สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันง่ายๆ และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่ การช่วยเช็ดหน้า/ทาแป้ง หวีผม ออกกำลังมือและเท้าให้แก่ผู้ป่วย การสัมผัสผู้ป่วย และการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย

1.5 การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่เปิดโอกาส และกระตุ้น ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพื่อลดความอึดอัดหรือไม่สบายใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้นให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา และช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หมายถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่งต่อไปนี้คือ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้ป่วยมีอายุ 18-59 ปี ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด โดยเป็นผู้ที่รู้ปัญหาของผู้ป่วย หรือให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งได้จากการให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกันเอง

3. ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น คุกคาม ตึงเครียด สับสน เป็นทุกข์ ไม่ปลอดภัย และพักไม่ได้ ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่มีอยู่ขณะนั้น ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะเป็นอย่างอื่นอันตรายคุกคามสามารถวัดได้จากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983 อ้างถึงใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) ที่ชื่อ State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา

4. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่มารดาในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนักในช่วง 1-3 วันแรกของการเข้ารับการรักษา ที่กระทำ

โดยพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยการอธิบายอาการของผู้ป่วย กฎระเบียบ
ของหอผู้ป่วยหนัก, เวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย, การตอบคำถามหรือข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยตามทักษะของแต่ละบุคคล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ในการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วยหนักเพื่อลดความวิตกกังวล
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการให้การพยาบาลที่มี
ประสิทธิภาพแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต

1.1 ความหมายและประเภทของครอบครัว

1.2 ครอบครัวและการเจ็บป่วยวิกฤต

1.2.1 ความหมายของภาวะวิกฤต

1.2.2 ระยะเวลาของภาวะวิกฤต

1.2.3 ชนิดของภาวะวิกฤต

1.2.4 การตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยวิกฤต

1.2.5 ผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

2.2 ประเภทของความวิตกกังวล

2.3 สาเหตุของความวิตกกังวล

2.4 ระดับของความวิตกกังวล

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

2.6 ผลของความวิตกกังวล

2.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล

2.8 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมิน การเผชิญความเครียด และการปรับตัว

3.1 ความเครียด

3.1.1 ความหมายของความเครียด

3.1.2 ประเภทของความเครียด

3.1.3 การตอบสนองต่อความเครียด

3.1.4 แหล่งประโยชน์ในการต้านความเครียด

3.2 การประเมิน

3.2.1 ความหมายของการประเมิน

3.2.2 ประเภทของการประเมิน

3.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมิน

3.3 การเผชิญความเครียด

3.3.1 ความหมายของการเผชิญความเครียด

3.3.2 ประเภทของการเผชิญความเครียด

3.3.3 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

3.4 การปรับตัว

3.4.1 ความหมายของการปรับตัว

3.4.2 ประเภทของการปรับตัว

4. การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

4.1 บทบาทของพยาบาลต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

4.2 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

4.2.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (preparatory information)

4.2.2 การสนับสนุนการเยี่ยม (visitation facilitation)

4.2.3 โปรแกรมการให้ความรู้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต

ครอบครัว เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญยิ่ง (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) เป็นสถาบันที่มีผลอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายถึงความล้มเหลว หรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Friedman, 1986)

1.1 ความหมายและประเภทของครอบครัว

ได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายประการ ดังนี้

Burgess (cited in Friedman, 1986) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่ร่วมกัน

ครัวเรือนเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น เป็นบิดา เป็นสามี เป็นมารดา เป็นภรรยา เป็นบุตร ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของครอบครัวร่วมกัน

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ให้คำนิยามของครอบครัว (วันเพ็ญ ปันราช, 2532) ในเชิงสหสาขาวิทยาการว่า

- 1) ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต
- 2) ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันแม้ว่าจะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน
- 3) ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยไม่จำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน
- 4) ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับหมายถึงครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกันและสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) กล่าวว่าครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

- 1) ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป
- 2) สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย
- 3) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ
- 4) สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

ความหมายของครอบครัวส่วนใหญ่จะมีผู้ให้ความหมายคล้ายคลึงกัน คือ หมายถึงกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบเชื้อสายโลหิตหรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินซึ่งหามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน รักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง มีบทบาทตามที่สังคมให้ความหมายและมีหน้าที่ตามบทบาทนั้นๆ

ครอบครัวสามารถจำแนกตามโครงสร้างของครอบครัว โดยพิจารณาประเภทของสมาชิกในครอบครัว ได้ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

- 1) ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร ซึ่งกรณีที่มีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygramy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรณานั้นพร้อมบุตรด้วย

2) ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวรวมทั้งญาติด้านสามีหรือภรรยาที่ร่วมอยู่ด้วยกันในครอบครัวด้วย

1.2 ครอบครัวและการเจ็บป่วยวิกฤต

ความเจ็บป่วยวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง (สมพันธ์ ทัศนียะระนันท์, 2541) เป็นอันตรายหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวโดยไม่คำนึงถึงทักษะการเผชิญปัญหา (coping) ของครอบครัว (Rapoport, 1969 อ้างถึงใน Hickey, 1993)

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยวิกฤต นับเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีผลต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วยด้วย (Roberts, 1976; Backer and Nieswiadomy, 1988) โดยผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย ส่วนครอบครัวผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ (Robert, 1986 cited in Quinn, Redmond, and Begley , 1996)

1.2.1 ความหมายของภาวะวิกฤต

มีผู้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตไว้ ดังต่อไปนี้

Aquilera and Messick (1982) กล่าวว่าภาวะวิกฤตอาจหมายถึง “ภาวะอันตราย” และอาจหมายถึง “โอกาส” เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญในชีวิต โดยจะเห็นได้ว่าในภาษาจีนคำว่าวิกฤตใช้อักษรตัวเดียวกันกับตัวอักษรที่แปลว่าอันตรายหรือโอกาสก็ได้

Caplan (1964 อ้างถึงใน Hickey, 1993) ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่า เป็นสิ่งที่ไม่คาดคิด เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับอุปสรรคที่คุกคามต่อเป้าหมายชีวิต และไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาปกติ นอกจากนี้ภาวะวิกฤตยังเป็นผลของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสภาพแวดล้อม 3 อย่างคือ เหตุการณ์อันตรายซึ่งคุกคามบุคคลหรือครอบครัว เหตุการณ์อันตรายที่บุคคลหรือครอบครัวรับรู้ว่าคล้ายกับเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง และกลไกการเผชิญปัญหาปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับภาวะคุกคามนี้

จะเห็นได้ว่า ความหมายของภาวะวิกฤตเน้นผลกระทบของสถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นจนทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงจนเสียสมดุลทางอารมณ์ และไม่สามารถแก้ปัญหาดังเช่นในเวลาปกติได้

1.2.2 ระยะของภาวะวิกฤต

Caplan (1964 อ้างถึงในรุจา ภูไพบูลย์, 2537) แบ่งระยะของภาวะวิกฤตเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีความกดดันเกิดขึ้น แต่บุคคลสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหาปกติแก้ไขได้จนเป็นปกติ ผ่านพันธุกรรมไปได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่แรงกดดันมากขึ้น และบุคคลพยายามใช้กลไกในการเผชิญปัญหาปกติแก้ไข แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้รู้สึกมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีแรงกดดันเพิ่มมากขึ้น จนผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวรุนแรง จนไม่สามารถใช้การเผชิญปัญหาตามปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป เป็นระยะที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางการปัญหาให้แตกต่างไปจากเดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2.3 ชนิดของภาวะวิกฤต

Aquilara and Messick (1982) แบ่งภาวะวิกฤตได้ ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ (Maturation crisis) อาจเกิดขึ้นในระยะต่างๆของพัฒนาการชีวิตของบุคคลหรือครอบครัว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะ ระยะของการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการที่บุคคลหรือครอบครัวที่กำลังอยู่ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้

2) ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ (Situation crisis) เป็นภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า โดยแบ่งสาเหตุได้เป็น 3 ประเภท คือ

2.1) เกิดจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

2.2) เกิดจากสิ่งแวดล้อม

2.3) เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม

1.2.4 การตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยวิกฤต

Aquilara and Messick (1982) และ Leavitt (1982 อ้างถึงในรุจา ภูไพบูลย์, 2537) ได้แบ่งระยะการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤตเป็น 4 ระยะตามลำดับดังนี้ คือ

1) ระยะช็อคหรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อค ไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาทีก่อน หรือบางคนมีอาการหลายชั่วโมง

2) ระยะถอยหลังหรือระยะสับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง มีทั้งความรู้สึกโกรธและสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง อาจมีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3) ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยเริ่มยอมรับและหาทางแก้ไขปัญหา ความคิดสงบลงไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งในระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4) ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ในระยะเวลาที่ครอบครัวผู้ป่วยจะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

1.2.5 ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลคนหนึ่งในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวด้วยเสมอ (Gilliss et.al., 1988) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ความเจ็บป่วยวิกฤต จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดแก่ครอบครัวผู้ป่วยอย่างมาก และก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจขึ้นได้ หากครอบครัวผู้ป่วยมองว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง (Meisel, 1991) การเผชิญกับสถานการณ์ของปัญหาซึ่งไม่สามารถจะแก้ไขได้ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ (Parad, 1965 cited in Meisel, 1991) เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย วิตกกังวล ซึ่งในภาวะที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลนี้ ครอบครัวผู้ป่วยจะไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลย้อนกลับมาให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอีก (Cobb, 1976 cited in Meisel, 1991) และยังอาจส่งผ่านความวิตกกังวลนี้ไปสู่ผู้ป่วยได้อีกด้วย (Leith, 1998) ซึ่งผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยในด้านต่างๆจากการทบทวนวรรณกรรม พอจะสรุปได้ ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลม คลื่นไส้ ท้องเสีย (Epperson, 1977) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร (Halm et.al, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (58%) การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง (50%) ร่างกายทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Meisel, 1991)

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ โดยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (พิกุล ตันติธรรม, 2533; มยุรี สุขุบัญญัติรักษ์และคณะ, 2541; Halm, 1990; Reider, 1994) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอีกหลายการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในการลดความวิตกกังวลมากที่สุด (อุไรพร พงศ์พัฒน์นาวุฒิ, 2532; วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช, 2535; จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์และคณะ, 2536; อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538; เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์และคณะ, 2539; มณฑิพย์ ปฏิทัศน์, 2543) ดังการศึกษาของอารีย์ บุญบรรรัตนกุล (2538) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในช่วง 31-77 มีค่าเฉลี่ยเป็น 59.69 แสดงให้เห็นว่า

ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง และให้ความสำคัญในความต้องการลดความวิตกกังวลมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.64 นอกจากนี้ครอบครัวผู้ป่วยยังมีอาการกระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2537; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543; Gilliss, Higriley, Roberts, and Martinson, 1988; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลงและเกิดความเครียดสูงหรือมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson et.al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตพบว่าครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะเคื่องคว้าง (hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึกคือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร

3) ผลกระทบด้านสังคม ครอบครัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Craven and Sharp, 1972; Griogo, 1993) มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วณิชชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et.al., 1985;) นอกจากนี้แล้วความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่างๆในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วยเนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ดังการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง (56%) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อน การสวมมรด์อ่อนนวยพรพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วย และการขับรถเพื่อเดินทางมากขึ้น และใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปโบสถ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง และการศึกษาของ Titler, Cohen, and Craft (1991) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงผลกระทบของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพและกิจวัตรประจำวันภายในครอบครัว และคับข้องใจจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงและมีการสูญเสยรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาด้านการเงินซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ครอบครัว (Bernstein, 1990) ดังการศึกษาของรุ่งรัตน์ วณิชชาติ (2540) ที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุกรรมและศัลยกรรม พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ (57.8%) ประเมินตัดสินว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียด และก่อให้เกิดความวิตกกังวล และการศึกษาของ Eberly et.al.

(1985) ที่ศึกษามารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้

จากการศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยนั้น จะเห็นได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ คือเกิดความวิตกกังวล ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงก็จะไม่สามารถรับรู้ เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและให้กำลังใจให้แก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลควรจะเข้าใจและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งเกิดได้กับบุคคลในทุก ระยะของวงจรชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย เป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่บอกเตือนให้ทราบว่ามีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจแล้ว จำเป็นที่บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์เอาไว้ (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527; Johnson, 1993)

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้มากมาย ดังนี้

Spieberger (1972) มีความเห็นว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคามหรือ ทำให้เกิดอันตราย

Gorman, Sultan, and Raines (1996) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น มีความตึงเครียด สับสนโดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ จะมีการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เป็นสัญญาณสัญญาณเตือนว่ามีสิ่งหนึ่ง สิ่งใดเข้ามาคุกคามความมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งจะมีจริงหรือไม่ก็ได้ ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ เพื่อลดภาวะนั้น

NANDA nursing diagnosis category (cited in Barry, 2002) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความขัดแย้งของจิตใจที่สำคัญในเรื่องเกี่ยวกับคุณค่า ความหมาย หรือเป้าหมายของชีวิต เช่น ความเป็นตัวเอง (self-concept) ความตาย (death) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ (role functioning) การเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิต (situational / maturational crisis) การที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs)

คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) มีความเห็นว่าความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้น ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

รัตนา อยู่เปล่า (2543) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น หรือไม่สบายใจที่มีอยู่ในขณะนั้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะเป็อันตรายคุกคามต่อชีวิต

จากความหมายที่รวบรวมมา สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลหมายถึงความรู้สึกส่วนบุคคล (subjective) ที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ ซึ่งเกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าก็ได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม (objective) แตกต่างกันไปตามระดับของความรูสึกนั้น

2.2 ประเภทของความวิตกกังวล

มีผู้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกได้หลายแบบแตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปมักจะแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท (Spielbger, 1970) ดังนี้

1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย มีการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลแฝง และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2) ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือจะเป็นตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบวิตกกังวลแฝงค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กัน คือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงอยู่ เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตรายความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงขึ้น

2.3 สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการ อาจเป็นภัยอันตรายที่เกิดจากภายนอกหรือความรู้สึกภายในของบุคคล โดยที่บุคคลนั้นรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพ ทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ บางครั้งบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลก็ไม่สามารถจะบอกได้ว่าอะไรคือสาเหตุของความวิตกกังวล

Burd and Marshall (1969 อ้างถึงในมารยาท วิชาเกียรติ, 2536) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1) เป็นการคุกคามที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิด (Gorman, Sultan, and Raines, 1996; Kneisl, 1996) ดังนี้

1.1) มีสิ่งคุกคามต่อร่างกาย (threats to biologic integrity) ได้แก่สิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม ความอบอุ่น ความเจ็บป่วย หรือพัฒนาการในวัยต่างๆที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

1.2) มีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัย และควมมีคุณค่าในตนเอง (threats to self -security or self-esteem) เป็นสิ่งที่จะรบกวนความปลอดภัยและเป็นตัวตนของตนเอง แนวคิด ค่านิยม ความคาดหวัง ความต้องการที่แต่ละคนยึดถือไว้ รวมถึงความต้องการเพื่อศักดิ์ศรี สถานภาพ และการเคารพนับถือ

2) ความวิตกกังวลสามารถสื่อสารกันได้ระหว่างบุคคล เมื่อผู้ใดเกิดความกังวลขึ้นแล้วสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ที่ตนเองติดต่อสื่อสารด้วย ดังนั้นถ้าครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก็สามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลนั้นไปสู่ผู้ป่วยได้เช่นกัน ดังในการศึกษาของ Frederickson (1989) ที่พบว่าทั้งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักสามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลไปสู่ผู้ป่วยได้ โดยที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดได้มากกว่าพยาบาล

Lader et al. (1971) ได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A Model of normal anxiety) ซึ่งสังเคราะห์โดย Spielberger ดังนี้

องค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวล คือ 1) กรรมพันธุ์ 2) ประสบการณ์ในอดีต และ 3) สถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงความคิด ความต้องการ และความรู้สึกในขณะนั้น โดยทั้ง 3 อย่างนี้จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และก่อให้เกิดความไม่สบายใจที่จะมีความวิตกกังวลแบบแฝงตลอดไป นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 แล้วยังมีปฏิสัมพันธ์กับจุดอื่นๆ เป็นลูกโซ่ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญเมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเข้ามาและถูกรับรู้ว่าเป็นอันตราย คุกคามร่วมกับอิทธิพลที่ได้รับจากความวิตกกังวลแฝง โดยจะมีการแสดงออก 3 อย่างเกิดขึ้นคือ

- 1) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว
- 2) เกิดความรู้สึกวิตกกังวลขณะเผชิญ
- 3) มีการใช้กลไกทางจิต (Coping Mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล และกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวลออกไป

การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และมีการป้อนกลับทำให้มีการกระตุ้นเพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ จะเกิดการประเมินการรับรู้ใหม่ ทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลแล้ว จึงพยายามหาทางลดความรู้สึกนั้นโดยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นภาวะคุกคาม (Threat) หรือประเมินภาวะคุกคามโดยใช้ความคิดนั้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสรีระนั้นใหม่โดยวิธีการของตัวเองหรือโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) การเรียนรู้ถึงปฏิกิริยาการตอบโต้ที่เหมาะสม ทำให้มีการประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเร้าใหม่เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

2.4 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นกับสิ่งที่มากระตุ้นความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ (สุวณีย์ ตันติพัฒ นานันท์, 2522; Beare and Myers, 1994; Gorman, Sultan, and Raines, 1996) คือ

- 1) ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัวมากขึ้นว่าควรทำอะไรต่อไปในทางที่ดีขึ้น จะมีการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ อย่างขึ้น ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือมีความระแวงระวัง ตื่นตัว การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจดีขึ้น รับรู้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย

- 2) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่ แต่การรับรู้จะแคบลง จะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไปและมุ่งเน้นความสำคัญไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวล ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อน มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งให้ความสนใจอยู่จะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำในขณะนั้น โดยใส่ใจกับสิ่งอื่นน้อยลงในขณะที่นั้น

- 3) ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมีการรับรู้ความรู้สึกลดลงเป็นอย่างมาก โดยจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ

มีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆลดลง มีสมาธิลดลง ไม่สามารถทำตามคำแนะนำของคนอื่นได้ การสรุปลงความเห็นในเรื่องนั้นๆได้ไม่ดี เนื่องจากความสามารถในการรวบรวมข้อมูลลดลง เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่เข้ามากระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวล ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้นทำให้ชีพจรและการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการหลั่งเอปิเนฟริน(epinephrine) เพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว อุณหภูมิของร่างกายเปลี่ยนแปลงได้

4) ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic) ในระดับนี้การรับรู้จะหยุดชะงัก ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือ อาจบอกไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเอง เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ แสดงพฤติกรรมต่างๆโดยไม่ผ่านการไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย ขุนเขี้ยวง่าย อาจวิงวอนหรือต่อสู้อย่างรุนแรง

Gomez, Gomez, and Otto, 1984 กล่าวว่า ผลของความวิตกกังวลนั้นอาจเป็นไปได้ทั้งในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง ซึ่งความวิตกกังวลสามารถช่วยให้มีชีวิตอยู่ได้ กระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการของแต่ละบุคคล และทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม แต่สามารถเกิดผลกระทบในทางตรงกันข้ามในด้านของพัฒนาการและการปรับตัวของบุคคลอื่น

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

1) ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น บุคลิกภาพคนๆนั้น ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล และความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนาหรือแรงขับ ซึ่งรวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง (สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522) ซึ่งLader et.al. (1971) ได้ทำการสำรวจพบว่า เพศ อายุ ธรรมเนียม ประสพการณ์ในอดีต และขนบธรรมเนียมประเพณี มีผลต่อระดับความวิตกกังวลดังต่อไปนี้

1.1) เพศพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจากว่าเมื่อเพศหญิงมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยก็มาพบแพทย์แล้ว ในขณะที่เพศชายจะมาพบแพทย์เมื่อมีความวิตกกังวลอย่างมาก

1.2) อายุ พบว่า มีความวิตกกังวลขณะเผชิญในช่วงผู้ใหญ่วัยต้นมาก เฉลี่ยประมาณอายุ 25 ปี ส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 16-40 ปี

1.3) กรรมพันธุ์ พบว่า มีความวิตกกังวลขณะเผชิญในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวล (Anxiety Neurosis) คิดเป็นร้อยละ 15 ในขณะที่ครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลพบเพียงร้อยละ 0-5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้แฝดที่มาจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลทั้งคู่มากกว่าผู้แฝดที่มาจากไขคนละใบ

1.4) ประสบการณ์ในอดีต พบว่ามีหลายรูปแบบที่ไม่แน่นอนทั้งที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่ดีหรือเป็นลูกกำพร้า หรือทั้งแต่งงานแล้วและหย่าร้าง และในกลุ่มพวกนี้ความฉลาดและการศึกษาอยู่ในระดับปกติ

2) ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากกระทบ การรู้ล่วงหน้า สิ่งที่เคยกระทบมาก่อน ความเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน โดยสุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522) ได้กล่าวถึงสิ่งที่มากระตุ้นว่า ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ความหมายของเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่คุกคามต่อสภาพจิตใจที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจ และเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร

2.6 ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการที่สมองส่วน Cerebrum กระตุ้น Pituitary gland และ Hypothalamus ทำให้เกิดผลขึ้น 2 ประการ คือ (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522)

1) Pituitary gland จะหลั่ง ACTH Hormone ไปกระตุ้นส่วน Cortex ของ Adrenal gland เกิดการหลั่งของ Cortical Hormone มีผลให้ร่างกายทนต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

2) Hypothalamus จะส่งกระแสไปตาม Autonomic Nervous System ไปที่ Medulla ของ Adrenal gland ทำให้หลั่ง Epinephrine ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดรัดตัว เกร็ง ต่อกู้หรือหนี จากผลของการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆของร่างกาย ความวิตกกังวลยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี โดย Epinephrine, Nor-epinephrine, และ Adreno-Cortical Hormone จะถูกขับออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

2) ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยการเปลี่ยนแปลงมีดังนี้ หัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจ

จะลึกและเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกาย ความดันโลหิต และประจำเดือน มีปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนัง ชีตเย็น ม่านตาขยายใหญ่ น้ำตาลถูกขับออกจากตับมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวลั่น

3) ผลต่อความสามารถในการสังเกต ได้แก่ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะลดน้อยลงตามระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น

4) ผลต่อสมาธิและความจำ ความวิตกกังวลเล็กน้อยและปานกลางจะมีผลให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงจะมีสมาธิและความจำลดลง

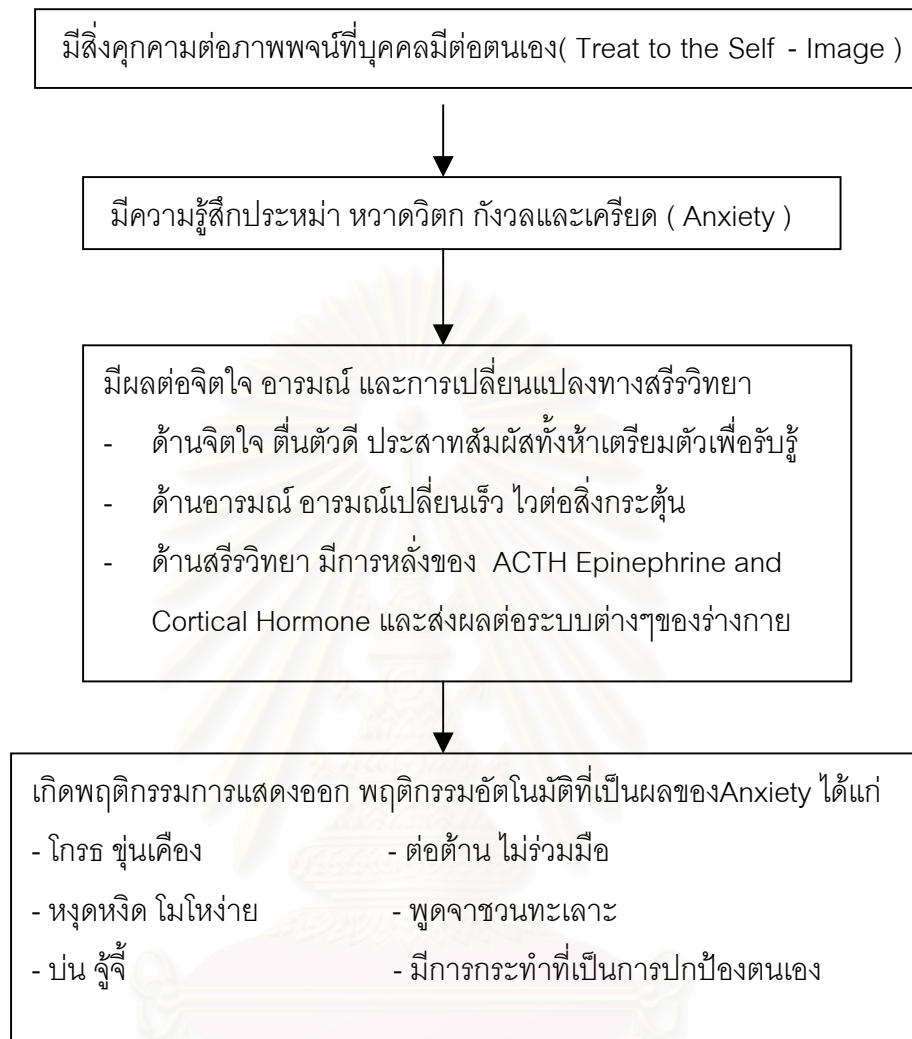
5) ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธอาจมีอารมณ์เศร้า เพราะความรู้สึกที่ว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้

6) ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงพฤติกรรมออกได้ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่ายหรือนิ่งเฉยๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าว ร้องไห้ พุดหรือถามซ้ำๆในเรื่องเดิม หลบตาหรือกอดอกตาไปมา ไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่างๆทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะความวิตกกังวล ซึ่งจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นกับระดับความวิตกกังวล และจะเกิดขึ้นในช่วงสั้นๆหรือนานก็ขึ้นกับการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งก็ขึ้นกับประสบการณ์ เหตุการณ์ ความสามารถ และกำลังใจที่บุคคลนี้ได้รับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1 แสดงการเกิดความวิตกกังวล



ที่มา : สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์, 2522 : 123

2.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล

เนื่องจากเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล จะแสดงออกได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้สามารถประเมินความวิตกกังวลได้ทั้งทางสรีรวิทยา การประเมินด้วยตนเอง และการประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา (Grimm, 1997; Barry, 2002) ดังนี้

1) การประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ การวัดความดันโลหิตตัวบน (Chavez and Faber, 1987) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure, MAP) (Leske, 1996) อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร (Chavez and Faber, 1987) ปริมาณเหงื่อที่ออกที่มือ (palmar sweat) ระดับแคทีโคลามีนในพลาสมาและปัสสาวะ ระดับคอริติซอลในพลาสมา การตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า และการตอบสนองโดยการสั่นของเส้นเสียง

(vocal vibrations) (Frederickson, 1989) การวัดทางสรีรวิทยานี้ อาจทำได้ลำบากเนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรืออารมณ์ในลักษณะต่างๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2) การประเมินด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตัวบุคคลคนนั้นเอง ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น มาตรการวัดความวิตกกังวล (visual analogue scale) หรือเป็นแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report questionnaire) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันเป็นส่วนมาก เช่น Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), The Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor MAS), และ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

แบบสอบถามที่ใช้กันแพร่หลายได้แก่ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form-X ที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งแบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

2.1) แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A – State) ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ

2.2) แบบวัดความวิตกกังวลแบบเทรท หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A –Trait) ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

โดยแต่ละชนิดของความวิตกกังวลจะประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้จาก 4 คำตอบ นับจากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลากหลายกลุ่ม มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และยังไม่พบปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม

3) การประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรม หรืออาการที่แสดงออก ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกลอน พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือแหลอม การกอดอก ร้องไห้ ถอนหายใจ และผ่นร้าย เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเน้นถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญของครอบครัวผู้ป่วย จึงเลือกใช้เพียงแบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญในการประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

2.8 ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในปัจจุบัน มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยในการ

เรียนรู้ แก้ปัญหา (Reider, 1994) การปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย และการให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) ความวิตกกังวลมักเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยเมื่อพยาบาลให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยในระยะวิกฤต (Halm, 1990)

ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตนั้นไม่เพียงเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย (Roberts, 1976; Backer and Nieswiadomy, 1988) ความเจ็บป่วยวิกฤตนับเป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน มีเวลาน้อยหรือไม่มีเวลาเลยในการเตรียมตัวที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Halm, 1990)

Hudak, Gallo, and Morton (1998) กล่าวถึงสภาวะการณ์ต่างๆที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ มีดังนี้

- 1) เหตุการณ์ที่เป็นความเครียดเกิดขึ้น และคุกคามจนกระทั่งครอบครัวผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง
- 2) วิธีการที่เคยใช้ในการแก้ปัญหาตามปกติไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป ทำให้ครอบครัวไม่สามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็วเช่นเดิม
- 3) ภาวะเสียสมดุลของครอบครัวผู้ป่วยเกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยปรับตัวและสภาวะสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยดีขึ้นได้ หรือลดการปรับตัวที่ดีของครอบครัวผู้ป่วย และเพิ่มความไวต่อวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น

Rapoport (1969 อ้างถึงใน Hickey, 1993) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยขั้นวิกฤตเป็นอันตรายอันหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว โดยไม่คำนึงถึงทักษะการเผชิญปัญหา (coping) ของครอบครัว เมื่อสมาชิกของครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยถึงขั้นวิกฤตจะส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความคิดได้อย่างมากมาย โดยที่ครอบครัวอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช่ลักษณะปกติของครอบครัวนั้นๆออกมา เช่นการตอบสนองในระยะแรกครอบครัวผู้ป่วยอาจหยุดนิ่ง มีอาการช็อก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือไม่เชื่อ (Solursh, 1990) ครอบครัวผู้ป่วยมักจะรู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิต (Hudak, Gallo, and Morton, 1998) หรือกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย กลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว (Prevost, 1997) รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบ รู้สึกผิดหรือโกรธกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Meijs, 1989)

การอยู่โรงพยาบาลของสมาชิกที่เจ็บป่วยขั้นวิกฤต เป็นสถานการณ์วิกฤตที่มีผลทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (Halm, 1990) จากการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงลักษณะส่วนตัวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Tracy, Fowler,

and Magarelli, 1999) โดย Halm (1990) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกสถานการณ์ (universal emotion) เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของชีวิต (life crisis) สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างสูงให้กับครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ได้แก่ 1) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่คาดคิดมาก่อน 2) การพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน 3) ความกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดมากหรือมีเจ็บปวดเป็นเวลานาน กลัวความพิการที่อาจจะหลงเหลืออยู่ หรือกลัวความตาย 4) การขาดความเป็นส่วนตัว และ 5) สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต

ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระยะแรกนั้นเป็นความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์อย่างหนึ่ง (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Reider, 1994) และความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นเมื่อครอบครัวผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลแล้วไม่สามารถพบผู้ป่วยได้ทันที ไม่ทราบว่ามีอาการเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้ อีกทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Halm, 1990) ผู้ป่วยอาจได้รับการใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะวิกฤตต่างๆมากมาย เสี่ยงจากเครื่องมือหรือการที่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าในการดูแลผู้ป่วย ล้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Rukholm, Bailey, and Coutu-Wakulczyk, 1991; Hickey, 1993) จากการศึกษานี้ของ Kleiber et.al. (1994 cited in Hudak, Gallo, and Morton, 1998) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย โดยมักจะเกิดขึ้นในช่วงวันแรกถึงสองวันแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตนี้ สาเหตุของความวิตกกังวลได้แก่ การไม่ทราบกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ไม่ทราบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การเข้าพบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (Gaw-Ens, 1994) การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) การจำกัดเวลาในการเยี่ยม (Hopkins, 1994) ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษา และค่าใช้จ่ายต่างๆ (Prevost, 1997) Gardner and Stewart (1978 อ้างถึงใน Hickey, 1993) กล่าวว่าครอบครัวผู้ป่วยจะมองตัวเองว่าหมดหนทาง (helpless) และไม่มีอำนาจ ไม่สามารถที่จะช่วยสมาชิกที่ป่วยได้ ในช่วงเวลานี้ครอบครัวผู้ป่วยจะไว้วางใจในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยบ่อยๆ แต่ถ้าเกิดการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวผู้ป่วยแล้วก็จะทำให้เกิดความยากลำบาก (distress) แก่ครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้แก่

Epperson (1977) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤต พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องผ่านระยะ 6 ระยะ ก่อนที่จะสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะที่มีความวิตกกังวลสูง (high anxiety) เป็นลักษณะของความวิตกกังวลทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน เช่น อาการกระสับกระส่าย เป็นลม การตั้งของกล้ามเนื้อและระบบการย่อยอาหารผิดปกติ โดยอาจใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีจนถึงหลายชั่วโมง

ระยะที่ 2 ระยะปฏิเสธ (Denial) เป็นพฤติกรรมกรรมการจัดการ (coping) ต่อข่าวร้ายที่ได้รับ ระยะนี้กินเวลาจนถึงเวลาที่ครอบครัวได้เห็นผู้ป่วย

ระยะ 3 ระยะโกรธ (Anger)

ระยะ 4 ระยะเสียใจและสงสาร (Guilt and Sorrow) ครอบครัวจะรู้สึกเสียใจที่ไม่ได้ทำอะไรบางอย่างเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตนี้

ระยะ 5 ระยะเศร้าโศก (Grief) เมื่อครอบครัวรู้สึกว่าจะต้องสูญเสียสมาชิก เนื่องจากการเจ็บป่วยภาวะวิกฤต

ระยะที่ 6 ระยะกลับคืนสู่สภาพปกติ (Reconciliation) หลังจากครอบครัวได้ผ่านระยะแรกๆมาแล้ว และพร้อมที่จะจัดการและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตนั้น

Halm (1990) กล่าวว่าตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมากต่อครอบครัวเมื่อสมาชิกครอบครัวต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต คือ 1) ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่คาดคิดมาก่อน 2) ความไม่แน่นอนของความก้าวหน้าของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 3) ความกลัวของครอบครัวผู้ป่วยต่อความรู้สึกที่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดมากขึ้นหรือมีระยะเวลาที่ยาวนาน 4) การขาดความเป็นส่วนตัว และ 5) การที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้

การศึกษาของ Tracy, Fowler, and Magarelli (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมีความวิตกกังวลระดับสูงใน 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาของ Reider (1994) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตคือ วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว อายุของครอบครัวผู้ป่วยและอายุและประเภทหรือชนิดของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การศึกษาของ Artinian (1991) ในเรื่องเกี่ยวกับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและวิตกกังวลของคู่สมรสที่เป็นผู้หญิงของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล คือการขาดข้อมูลในเรื่องของผู้ป่วย การรักษา และนโยบายการเยี่ยมผู้ป่วย โดยที่คู่สมรสไม่สามารถพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับความก้าวหน้าในอาการของผู้ป่วย ไม่รู้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการกระทำอะไรต่อไป ไม่สามารถเห็นผู้ป่วยได้บ่อยเท่าที่ต้องการ ไม่รู้ว่าจะหาข้อมูลได้จากใคร และเฟอร์นิเจอร์ในห้องรอเยี่ยมไม่สะดวกสบาย

การศึกษาของ Rukholm, Bailey, and Coutu-Wakulczyk (1991) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Chartier and Coutu-Wakulczyk (1989) พบว่า สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง โดยอายุและเพศของครอบครัวผู้ป่วย สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต และอาการและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมิน การเผชิญความเครียด และการปรับตัว

3.1 ความเครียด

ความเครียดเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจจากหลายสาขาอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา เศรษฐกิจ การเมืองและสุขภาพ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าน่าจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนเกิดความเครียดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตให้อยู่รอดและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (Lazarus and Folkman, 1984)

3.1.1 ความหมาย

Miller (1953 cited in Lazarus and Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากการกระตุ้นจากภาวะคุกคามที่รุนแรงหนักหน่วงหรือผิดปกติ

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความหมายของความเครียดสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) ความหมายด้านการตอบสนองและการกระตุ้น (Stimulus and response definition) ซึ่งความหมายด้านการกระตุ้นเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นเหตุการณ์หรือเป็นตัวก่อความเครียด และความหมายด้านการตอบสนองเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นการตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม หรือเป็นตัวรบกวนสมดุล หรือกล่าวได้ว่าความเครียดชนิดนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีตัวกระตุ้นหรือมีตัวก่อความเครียดได้แก่ ความต้องการ อันตราย ภาวะคุกคามหรือภาวะเกิดขึ้นมาก่อน ถ้าพบว่ามีการไม่สมดุลเกิดขึ้นแสดงถึงมีการตอบสนองความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งจะพบความเครียดชนิดนี้ได้มากในทางการแพทย์และชีววิทยา แต่หากบุคคลเกิดการตอบสนองหรือตอบโต้ขึ้นโดยไม่มีตัวก่อความเครียดขึ้นมาก่อน แสดงถึงภาวะเครียดทางจิตวิทยา (Psychological stress)

2) ความหมายด้านความสัมพันธ์ (Relational definition) ซึ่งเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ

บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณภาพการงานนั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ หรือรับรู้ว่าคุณภาพการงานน้อยกว่าและคาดว่าอันตรายหรือความสูญเสียจะเกิดขึ้นต่อตนเอง

Belmont (2000) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาพที่คุกคามความ ผาสุกของบุคคล และทำให้บุคคลมีการใช้ความสามารถในการจัดการอย่างเต็มที่

กล่าวโดยสรุป ความเครียดหมายถึง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือ คุกคาม หรือเป็นเหตุการณ์ ตัวก่อความเครียด ตัวรบกวนความสมดุล หรือเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพการงานนั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่

3.1.2 ประเภทของความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) แบ่งความเครียดเป็น 3 ชนิด คือ

1) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนืออำนาจการ ควบคุมของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น สงคราม แผ่นดินไหว พายุ อุทกภัย

2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางส่วน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ สำคัญ เช่น การถูกออกจากงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง การคลอดบุตร การตายของบุคคล ใกล้ชิด ซึ่งความเครียดชนิดนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ

3) ความยุ่งยากประจำวัน (Daily hassle) เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆของชีวิต ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจราจร ติดขัดทำให้ไปทำงานสาย การโต้เถียงกับคู่สมรส เป็นความเครียดที่เป็นเรื่องเล็กน้อย แต่สามารถ รบกวนหรือทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ได้

Sheridan and Radmacher (1992) แบ่งความเครียดเป็น 3 ประเภทเหมือนกับที่ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งไว้ คือ

1) การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือหายนะ (Cataclysmic stressor) เป็นเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นกับคนจำนวนมากหรือชุมชนทั้งหมดในเวลาเดียวกัน ไม่สามารถทำนายได้ ทำให้เกิดผล กระทบที่มีอำนาจหรือมีอำนาจมาก และต้องการการจัดการที่มีคุณภาพ เช่น ภัยธรรมชาติ สงคราม การถูกให้ออกจากงานพร้อมกันจำนวนมาก ซึ่งความช่วยเหลือจากรัฐบาล ประชาคมหรือ ชุมชนจะทำให้การจัดการความเครียดชนิดนี้มีผลดีได้

2) ความเครียดส่วนบุคคล (Personal stressor) เป็นความเครียดที่มีผลกระทบ เฉพาะบุคคล อาจไม่สามารถทำนายได้หรือทำนายได้แต่ทำให้เกิดผลกระทบที่มีอำนาจมาก และ ต้องการการจัดการที่มีคุณภาพ เป็นความเครียดที่จัดการได้ยากกว่าการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ เพราะขาดการสนับสนุน

3) พื้นฐานของความเครียด (Background stressor) เป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นได้บ่อย หรือเป็นปัญหาที่รบกวนและทำความลำบากหรือทำให้บุคคลเกิดความทุกข์

Belmont (2000) แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภท คือ

1) ความคับข้องใจหรือไม่สมหวัง (Frustration) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ หรือเป้าหมายของบุคคลถูกทำลายหรือขัดขวาง

2) ความขัดแย้ง (Conflict) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับตัวกระตุ้นหรือพฤติกรรมที่ไปด้วยกันไม่ได้หรือไม่ลงรอยกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งความเครียดประเภทนี้อาจทำให้บุคคลต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ดึงดูดใจหรือต้องการ 2 เป้าหมาย เช่น ต้องเลือกลงบาสเก็ตบอลหรือวอลเลย์บอล ซึ่งเป็นกีฬาที่ชอบทั้ง 2 ชนิด หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ไม่ดึงดูดใจหรือไม่ต้องการทั้ง 2 เป้าหมาย เช่น ต้องเลือกรับประทานกล้วยเดี่ยวหรือส้มตำ ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่ชอบทั้ง 2 ชนิด หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ต้องการและไม่ต้องการร่วมกัน เช่น ต้องเลือกระหว่างการได้รับเงินเดือนเพิ่มแต่ต้องย้ายสาขาไปทำงานไกลกว่าเดิม

3) การเปลี่ยนแปลง (Change) เป็นความผันแปรที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในสภาพแวดล้อมของการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องการการปรับตัว เช่น การเริ่มเข้าเรียนหรือย้ายโรงเรียนใหม่ การตายของคู่สมรส การแต่งงาน

4) ความกดดัน (Pressure) เป็นความคาดหวังหรือความต้องการที่ต้องทำให้สำเร็จ เช่น พนักงานขายเกิดความกดดันเนื่องจากต้องพยายามเพิ่มยอดการขายสินค้า

3.1.3 การตอบสนองต่อความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่าไว้ว่าความเครียดทำให้เกิดการตอบสนองที่เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) ซึ่งจะสะท้อนระยะเวลาของการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมี 3 ชั้น ได้แก่

1) สัญญาณเตือน (The initial alarm reaction) เป็นขั้นที่ประกอบด้วย 1.1) ระยะเวลาช็อก (Shock phase) ซึ่งแสดงถึงผลขั้นแรกและผลที่เกิดโดยตรงทันทีภายหลังจากเกิดอันตรายต่อบุคคล 1.2) ระยะเวลาตอบโต้หรือการต้านภาวะช็อก (Countershock phase) ซึ่งแสดงถึงผลของกลไกการป้องกันที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงานของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

2) ขัดขวางหรือต่อสู้ (Resistance) เป็นขั้นที่มีการเพิ่มความต้านทานต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและลดความต้านทานต่อตัวกระตุ้นอื่นๆ

3) ความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง (Exhaustion) เป็นขั้นที่มีการเผชิญต่อความเครียดที่รุนแรงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง มีผลต่อการเกิดโรคที่เรียกว่า Diseases of adaptation ซึ่งในที่สุดจะทำให้เสียชีวิตได้ในระยะต่อมา

Sheridan and Radmacher (1992) แบ่งการตอบสนองต่อความเครียดเป็น 2 แบบ คือ

1) ปฏิกริยาระยะสั้น (Short-term reaction) เป็นการตอบสนองเพียงชั่วคราวต่อความต้องการหรือข้อเรียกร้องของความเครียด พบได้มากในความเครียดประเภทการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือความหายนะ เป็นความเครียดที่ไม่ได้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความเสียหายตลอดไป แต่หากมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการไม่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ ประกอบด้วย สัญญาณเตือน การขัดขวางหรือต่อสู้ และความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง ซึ่งเป็นการตอบสนองของกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป ตามแนวคิดของ Selye (1936, 1956, 1982 cited in Belmont, 2000)

2) ผลกระทบระยะยาว (Long-term impact) ได้แก่

2.1) เกิดผลดี (Eustress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านบวก เช่น การอ่านหนังสือทำให้เกิดความเครียด แต่เมื่อมีทักษะการอ่านที่ดีจะทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์จากการอ่าน ซึ่งเป็นผลกระทบด้านบวก

2.2) เกิดความทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบ ซึ่งการมีความทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.3) เป็นกลาง (Neutral effect) เป็นการตอบสนองที่ไม่ทำให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อบุคคล เนื่องจากข้อเรียกร้องหรือความต้องการของตัวก่อความเครียดมีน้อย หรือมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ

Belmont (2000) กล่าวว่า การตอบสนองต่อความเครียดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและหลายมิติ ประกอบด้วย

1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เป็นการตอบสนองที่พบมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นความไม่พอใจมากกว่าความพอใจ และรูปแบบการตอบสนองด้านอารมณ์ที่พบมากที่สุด ได้แก่

1.1) ความรำคาญ โกรธ และเดือดดาล (Annoyance, anger, and rage) เป็นการตอบสนองด้านความโกรธที่เริ่มจากน้อยไปหามากจนไม่สามารถควบคุมได้ และพบว่าความเครียดประเภทความคับข้องใจหรือไม่สมหวังจะทำให้เกิดการตอบสนองด้านนี้ง่าย

1.2) ความหวาดหวั่น วิตกกังวล และกลัว (Apprehension, anxiety, and fear) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่พบมากที่สุด และพบว่าความเครียดประเภทความขัดแย้งจะทำให้เกิดการตอบสนองด้านนี้ได้มาก

1.3) การละทิ้ง เศร้า และสลดใจ (Dejection, sadness, and grief)

2) การตอบสนองด้านร่างกาย (Physical response) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาภายหลังการเกิดความเครียด แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

2.1) กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป ซึ่งอธิบายตามแนวคิด Selye (1936, 1956, 1982 cited in Belmont, 2000) มี 3 ระยะ คือ

- สัญญาณเตือน จะเกิดขึ้นเมื่ออวัยวะต่างๆเริ่มได้รับสิ่งคุกคาม ทำให้ร่างกายมีการรวบรวมแหล่งประโยชน์เพื่อต่อสู้กับสิ่งคุกคามนั้น

- ชัดขวางหรือต่อสู้ เป็นความต้านทานที่จะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคยชิน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นภาวะต่ำหรือสูงกว่าปกติ

- อ่อนเพลียหรือหมดกำลัง จะเกิดเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ร่างกายไม่สามารถต้านทานได้เนื่องจากร่างกายไม่มีแหล่งประโยชน์ การกระตุ้นด้านสรีรวิทยาและความต้านทานลดลง อวัยวะเกิดการทรมานหรือล้าเจ็บ เรียกว่า โรคของการปรับตัว

2.2) สมอกับร่างกาย (Brain-body pathway) โดยเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นต่อมใต้สมอง (Hypothalamus) ซึ่งอยู่ในระบบประสาทอัตโนมัติจะส่งสัญญาณไปที่ระบบต่อมไร้ท่อคือต่อมอดรีนอลส่วนกลาง (Adrenal medulla) ทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีนเข้าไปในกระแสเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มการตอบสนองด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ ความ ตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ นอกจากนี้ต่อมใต้สมองยังส่งสัญญาณไปที่ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอชทีเอช (ACTH) ไปกระตุ้นต่อมอดรีนอลส่วนนอก (Adrenal cortex) ทำให้มีการหลั่งคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ส่งผลต่อการเพิ่มการรวมของโปรตีนและไขมัน การเก็บสะสมพลังงานและลดการอักเสบ

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) เป็นการตอบสนองต่อความเครียดด้านการกระทำ ได้แก่

3.1) อาละวาดใส่คนอื่น (Striking out at other) เป็นพฤติกรรมความก้าวร้าว รุนแรงที่บุคคลกระทำต่อคนอื่น ซึ่งอาจจะด้วยวาจาหรือการทำร้ายร่างกาย

3.2) ยอมแพ้หรือปล่อยตัว (Giving up) เป็นการตอบสนองที่มักเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์แบบละทิ้ง เศร้าและสลดใจ ซึ่ง Seligman ได้พัฒนาโมเดลกลุ่มอาการยอมแพ้หรือปล่อยตัว จากความรู้สึกหมดหนทางหรือหมดความช่วยเหลือ (Helplessness) พบว่าคนจะมีความรู้สึกหมดหนทางเมื่อมีการประเมินและเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นยากที่จะควบคุมได้

3.3) ทำตามใจตนเอง (Indulging oneself) เป็นการแสดงออกแบบปรับทดแทนเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกว่าการณ์นั้นจะทำให้เกิดความเลวร้ายต่อชีวิตตนเอง ด้วยการแสดงพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี เช่น การกิน การดื่ม การสูบบุหรี่ การใช้จ่าย การใช้จ่ายเงินอย่างฟุ่มเฟือย เป็นต้น

3.4) การเผชิญความเครียดด้วยการป้องกันตัว (Defensive coping) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันตนเองจากอารมณ์ด้านลบ ซึ่งการใช้กลไกการป้องกันตัวอาจช่วยส่งเสริมการปรับตัวได้เล็กน้อยหรืออาจทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การระงับความรู้สึก การคิดเพื่อฝัน ฟุ้งซ่านหรือปฏิเสธ เพราะจะทำให้บุคคลไม่ได้แก้ปัญหาที่แท้จริง แต่บางชนิดเป็นการปรับตัวที่ดีหรือมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากช่วยให้บุคคลจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตได้

3.5) การเผชิญความเครียดในเชิงก่อ (Constructive coping) เป็นสิ่งที่บุคคลทำเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยสาระ (Theme) ที่สำคัญ คือ

- การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการกระทำหรือความพยายามที่จะแก้ปัญหา
- เป็นการกระทำที่ต้องใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการประเมินความเครียดและแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด
- เป็นการกระทำในการเรียนรู้และจดจำ และบางครั้งเป็นการยับยั้งปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้านลบ
- เป็นความพยายามที่จะประกันหรือทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองจะไม่เกิดอันตรายหรือถูกทำลายจากผลของความเครียด

3.1.4 แหล่งประโยชน์ในการด้านความเครียด

Sheridan and Radmacher (1992) แบ่งแหล่งประโยชน์ในการด้านความเครียด ไว้ดังนี้

1) แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (Material resource) ได้แก่ เงิน และทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถซื้อได้ เช่น อาหาร เสื้อผ้า เครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น

2) แหล่งประโยชน์ด้านสรีระ (Physical resource) ต้องเป็นคุณลักษณะทางบวกของบุคคล ได้แก่ ความมีอำนาจ ความมั่นคง ความแข็งแรง สุขภาพและความตั้งใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายหรือทำให้มีสุขภาพดี ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดที่เป็นประโยชน์ และทำให้บุคคลสามารถสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมได้

3) แหล่งประโยชน์ภายในบุคคล (Intrapersonal resource) เป็นความแข็งแรงหรืออำนาจภายใน ที่ช่วยให้บุคคลจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตได้ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองสามารถต่อสู้หรือเอาชนะสิ่งคุกคามได้

4) แหล่งประโยชน์ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (Information and education resource) เนื่องจากความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้บุคคลเข้าใจกระบวนการต่างๆ รวมทั้งเป็นแหล่งที่ช่วยให้รายได้ของบุคคลมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุเพิ่มขึ้น

5) แหล่งประโยชน์ด้านวัฒนธรรม (Cultural resource) เช่น ความมีอำนาจในตน ซึ่ง Antonovsky (1987 cited in Sheridan and Radmacher, 1992) เชื่อว่ามีบทบาทสำคัญในการทำให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้

3.2 การประเมิน

การประเมินเป็นแนวคิดที่มีความจำเป็นในทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เนื่องจากแม้บุคคลจะมีความต้องการและความกดดันซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นความเครียดเหมือนกัน แต่ชนิดและระดับของปฏิกิริยาตอบสนองจะแตกต่างกันตามการตีความของแต่ละบุคคล

3.2.1 ความหมาย

การประเมิน (Appraisal) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) หมายถึงกระบวนการทางปัญญา (cognitive process) ที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่ามีอะไรเกิดขึ้นต่อความผาสุกของตน ซึ่งมีความสำคัญในกระบวนการความเครียดและการเผชิญความเครียด เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล โดยบุคคลต้องแยกแยะสถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่เป็นอันตรายได้ และการประเมินจะมีผลต่อการจัดการ

3.2.2 ประเภทของการประเมิน

Lazarus and Folkman (1984) แบ่งการประเมินเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเกิดอะไรขึ้นและเหตุการณ์นั้นมีความสำคัญและความรุนแรงต่อความผาสุกของตนอย่างไร ซึ่งจะประเมินได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1) ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าตนเองไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น หรือเหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับความผาสุกของตน

1.2) เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางดีต่อความผาสุกของตน เกิดขวัญและกำลังใจหรือมีความพึงพอใจในชีวิต และไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์ หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3) เกิดความเครียด (Stress) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียด สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

- อันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายขึ้นจริงแล้วกับตนเอง และตนไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้

- ความคุกคาม (Threat) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่เป็นสิ่งรบกวนความคิดของตนตลอดเวลา เนื่องจากคาดว่าความเสียหายจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต แต่ยังไม่เกิดขึ้นจริง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้น้อย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านลบได้

- ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้นจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ หรือมีการพัฒนา (gain or growth) และคาดว่าตนเองต้องเอาชนะสถานการณ์นั้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านบวกได้

2) การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนเพื่อที่จะตัดสินเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และวิธีเผชิญความเครียดที่เคยทำมาแล้ว

3) การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลใหม่หรือได้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยอาจจะให้ความหมายเหตุการณ์ใหม่หรือการติดตามการประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว เพื่อลดความเครียดลง

3.2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมิน

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินไว้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

1.1) ความยึดมั่นผูกพัน (Commitments) คือ การมีความหมายหรือความสำคัญของเหตุการณ์ต่อบุคคล ซึ่งถ้าเหตุการณ์นั้นมีความหมายต่อบุคคลมาก จะทำให้ประเมินว่าเป็นความเครียดได้

1.2) ความเชื่อ (Beliefs) คือ ความเชื่อที่ตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ซึ่งถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ก็จะทำให้บุคคลประเมินความเครียดว่าเป็นความท้าทายได้

2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) ได้แก่

2.1) ความแปลกใหม่ (Novelty) คือ เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นเคยพบหรือไม่เคยพบมาก่อน ซึ่งถ้าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยหรือเคยพบมาก่อน ก็จะทำให้บุคคลเกิดความเคยชินหรือรู้สึกคุ้นเคย หรือถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามมาก่อน ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามได้ และถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลเคยประเมินว่าตนสามารถควบคุมได้ ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นความท้าทายได้

2.2) การทำนายได้ (Predictability) คือ ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นสามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินของเหตุการณ์ได้ หรือเป็นสัญญาณเตือนว่าอันตรายจะเกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งจะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นความท้าทายได้

2.3) ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ (Event uncertainty) คือ ถ้าเหตุการณ์มีความไม่คงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย และความคุกคามได้

2.4) ความคลุมเครือ (Ambiguity) คือ ถ้าเป็นสถานการณ์ที่ไม่ชัดเจนและไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากขาดประสบการณ์และข้อมูลที่เหมาะสม ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย และความคุกคามได้

2.5) ปัจจัยเกี่ยวกับเวลา (Temporal factors) ได้แก่

- ระยะเวลาก่อนที่เหตุการณ์จะเกิดขึ้น (Imminence) คือ บุคคลจะมีการประเมินว่าตนเองมีเวลาที่เพียงพอในการค้นหาข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้และคำแนะนำอย่างรอบคอบก่อนที่เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งการมีเวลาที่เพียงพอก็จะส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจที่ดี

- ระยะเวลาระหว่างที่เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น (Duration) คือ ถ้าเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เรื้อรังหรือเกิดขึ้นเป็นเวลานานและคงอยู่ตลอด ก็จะทำให้มีผลกระทบต่อความผาสุกทั้งทางกายและทางใจที่ลดลง

- ความไม่แน่นอนของเวลา (Temporal uncertainty) คือ การที่บุคคลไม่สามารถรู้ได้แน่นอนว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อไร

3.3 การเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า แนวคิดการเผชิญความเครียดมีความสำคัญต่อศาสตร์ด้านจิตวิทยาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ.1940 และปัจจุบันจะสนใจในการสร้างโปรแกรมการศึกษาและการบำบัดทางจิต ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด แต่ก็พบว่าความเข้าใจงานวิจัย และทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดยังมีน้อยมาก รวมทั้งยังมีความสับสนว่าการเผชิญความเครียดเกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับตัวอย่างไร

3.3.1 ความหมายของการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive) และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อจัดการกับความเครียดหรือความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Lazarus and Folkman, 1984)

3.3.2 ประเภทของการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท และโดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคลโดยการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท ได้แก่

1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Form of Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหา โดยมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่าสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยมุ่งแก้ที่ตนเองซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญญาเพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการโดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา ด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจเพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการในที่สุด

1.2) การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการกระทำอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused Form of Coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเองเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ชนิด ได้แก่

2.1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ ให้มีวิธีการเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนาขึ้นกว่าเดิม ซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

2.2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริงแม้ว่าจะมีอะไรที่ตนเองต้องการที่สุด รวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.3) การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการฟังตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น

พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใด เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

2.4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมด้านข้อมูล วัตถุ หรือด้านจิตใจ

2.5) การถอยห่างหรือการเมินเฉย (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

2.6) การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การเพื่อฝัน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดระยะหนึ่ง

3.3.3 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่าแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ได้แก่

1) สุขภาพและพลังงาน (Health and energy) โดยผู้ที่มีความผาสุกทางกายหรือมีสุขภาพดีและมีพลังงานมาก จะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่อ่อนแอ เจ็บป่วย เหนื่อยล้าหรืออื่นๆ ที่ทำให้บุคคลมีพลังงานน้อย

2) ความเชื่อด้านบวก (Positive belief) เป็นความหวังว่าจะสามารถควบคุมผลลัพธ์ของเหตุการณ์ได้ ซึ่งอาจเกิดจากอำนาจที่มีผลต่อผลลัพธ์ เช่น บุคคล หรือเป็นความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม ความสมัครใจในพระเจ้า

3) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถในการค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยมีจุดประสงค์ในการระบุปัญหาเพื่อที่จะทำให้เกิดทางเลือกของการกระทำ พิจารณาทางเลือกของการกระทำ พิจารณาทางเลือกที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือต้องการ และรวมทั้งการดำเนินการวางแผนการกระทำที่เหมาะสม

4) ทักษะทางสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในการประพฤติตัวและการสื่อสารกับบุคคลอื่นด้วยวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

5) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และ/หรือวัตถุสิ่งของจากบุคคลอื่น

6) ทรัพยากรวัตถุ (Material resources) หมายถึง เงินหรือสิ่งของ และบริการที่สามารถซื้อหาได้ด้วยเงิน

3.4 การปรับตัว

Lazarus (1969 อ้างถึงใน นิภา นิธิยานน, 2530) กล่าวว่า การปรับตัวมีกำเนิดมาจากวิชาชีววิทยา ตามทฤษฎีวิวัฒนาการของ Charle Darwin ซึ่งเชื่อว่าสิ่งมีชีวิตต้องอาศัยการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาจึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ คนเราจึงต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอ และต้องหาทางที่จะตอบสนองความต้องการทั้งของตนเองและสังคมตลอดเวลา แต่บางครั้งมีอุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้จึงเกิดความเครียด เป็นเหตุให้บุคคลพยายามหาวิธีการต่างๆในการขจัดความเครียดให้หมดไปด้วยการปรับตัว (กัญญา สุวรรณแสง, 2533) ต่อมา นักจิตวิทยาได้ให้ความสนใจการปรับตัว โดยเน้นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวกับการปรับตัวให้เป็นไปตามแรงผลักดัน 2 อย่าง ได้แก่ แรงผลักดันภายนอก คือ ข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อมและสังคม และแรงผลักดันภายใน คือ แรงกระตุ้นที่เกิดจากสภาพทางสรีระภายในร่างกายและจากประสบการณ์ทางสังคมที่ได้เรียนรู้ในอดีต และในปัจจุบันการปรับตัวของศาสตร์ด้านจิตวิทยายังขยายขอบเขตไปถึงปัญหาความผิดปกติทางจิตใจ สภาวะทางกายและสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการปรับตัว รวมทั้งอิทธิพลของสภาวะทางกาย จิต และสังคมที่มีต่อกระบวนการปรับตัวของบุคคล (นิภา นิธิยานน, 2530)

3.4.1 ความหมาย

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคม และจากสิ่งที่เกิดขึ้น

3.4.2 ประเภทของการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวประกอบด้วยผลลัพธ์พื้นฐานอยู่ 3 ชนิด ได้แก่

1) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง วิธีหรือแบบในการดำรงบทบาทในสังคมตามความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ความเป็นอิสระ ความไว้วางใจ ความสนิทสนมหรือความรักใคร่ผูกพัน และคุณค่าทางวัฒนธรรม โดยการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคลส่วนใหญ่มักจะกำหนดตัดสินใจได้ด้วยประสิทธิภาพในการประเมิน และการจัดการหรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล

2) **ขวัญและกำลังใจ (Morale)** หมายถึง ปฏิบัติทางอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งอารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากระทบ โดยขวัญและกำลังใจจะประเมินได้จากอารมณ์ด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งหากบุคคลมีความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ก็จะเกิดอารมณ์ด้านบวกได้ และขวัญและกำลังใจจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งเป็น

2.1) **ความผาสุกในระยะสั้น** เป็นอารมณ์และความรู้สึกผาสุกชั่วขณะของบุคคลในการเผชิญสิ่งทำให้เกิดความเครียด โดยจะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายและมีความพึงพอใจในการกระทำของตนเองได้อย่างไร

2.2) **ขวัญและกำลังใจในระยะยาว** เป็นปฏิบัติทางอารมณ์ที่ขึ้นอยู่กับแนวโน้มในการประเมินสถานการณ์เป็นความท้าทาย การเผชิญกับผลลัพธ์ด้านลบโดยการกระทำทางบวกและการจัดการกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ

3) **สุขภาพทางกาย (Somatic health)** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาหรือด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากจากเผชิญความเครียด และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย โดยแบ่งเป็น

3.1) **กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome)** ตามแนวคิดของ Selye ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เป็นกลไกป้องกันที่เหมือนกันของบุคคลด้วยการหลั่งฮอร์โมนต่างๆในภาวะเครียด ทำให้มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและการทำงานของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความไวหรือโอกาสเสี่ยงในการเกิดความเจ็บป่วยได้

3.2) **การปรับตัวที่เฉพาะ (Specific Adaptation)** ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อของความเฉพาะเจาะจงของสาเหตุการเกิดโรค มุ่งความสนใจที่สิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อสาเหตุการเกิดโรค โดยปัจจัยสำคัญของแนวคิดนี้ถูกค้นพบในศตวรรษที่ 19 เกี่ยวกับแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดนี้เชื่อว่าโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีเท่านั้นแต่ยังขึ้นอยู่กับข้อจำกัดหรือสภาพของบุคคล เช่น การยับยั้งการต้านทานโฮสต์ แหล่งประโยชน์ในการต้านทานพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับกระบวนการและสภาพที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบทางอารมณ์ที่แตกต่าง และการเผชิญความเครียดของบุคคลที่เฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะ เช่น อารมณ์ที่เฉพาะได้แก่ ความโกรธ ซึ่งเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

4. การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ที่เป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) นั้น พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย

4.1 บทบาทของพยาบาลต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

บทบาทของพยาบาลควรต้องมีการพัฒนาให้ทันกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงด้านความเจริญทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่รวดเร็ว โดยเปลี่ยนจากรูปแบบของการดูแลภาวะสุขภาพเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีและวิธีการที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยหลักการสำคัญของการพยาบาลนั้นพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2534)

พยาบาลควรจะขยายแนวคิดของตนให้ขยายขอบเขตจากความสนใจเฉพาะชีวิตของผู้ป่วย ไปยังครอบครัวผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อภาวะวิกฤตของตนที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ (Craven, 1972 cited in Robert, 1976) ทำให้การพยาบาลที่ให้มีคุณภาพ และมีความเป็นองค์รวม

จากหลักการของสมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไว้ดังนี้ พยาบาลต้องประสานงานกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องเข้าใจถึงภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นและให้ความช่วยเหลือ ต้องร่วมรับรู้ในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และควรจะยอมรับในค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์

Johnson (1986) ได้ชี้แนะการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยไว้ ดังนี้

1) พยาบาลต้องเข้าใจถึงความเศร้าหมองของครอบครัวผู้ป่วย และต้องแสดงให้ครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่าเข้าใจถึงความเศร้าของเขา และต้องการให้เขาระบายออกมา

2) อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่างๆที่ผู้ป่วยใช้ จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล และกล้าที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลด้านร่างกายแก่ผู้ป่วย โดยควรอธิบายให้เข้าใจหลักการและเหตุผลลง่ายๆ ภาษาที่ใช้ควรง่ายแก่การเข้าใจ และควรพิจารณาถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจ และสภาพทางจิตใจ/อารมณ์ขณะรับฟังคำอธิบายด้วย

3) ใช้ภาษาและคำพูดที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว และพยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความกระจ่างในความหมายของคำบางคำอย่างง่าย ๆ

4) พยายามให้เป้าหมายของครอบครัวผู้ป่วยแคบลง โดยควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน ไม่ขยายวงกว้างออกไป เพื่อไม่ให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป

5) หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ทำให้เกิด ซึ่งอาจเกิดจากคำพูด การกระทำ หรือท่าทางของเจ้าหน้าที่

6) ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องบทบาทของเขาในโรงพยาบาล โดยควรเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการเปลี่ยนบทบาทจากผู้สังเกตมาเป็นผู้ให้ความสุขสบายหรือการดูแลผู้ป่วย ควรให้คำอธิบายในสิ่งที่เขาสามารถกระทำต่อผู้ป่วยได้

7) ให้ความช่วยเหลือด้านการตัดสินใจ โดยควรมีส่วนช่วยในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหา หรือชี้แนวทางและให้วิธีแก้ปัญหาที่ง่ายลงสำหรับครอบครัวผู้ป่วย

8) ชี้แนะครอบครัวผู้ป่วยในการหาแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ

9) ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทในครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป

10) ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

Bleulin, Rook, and Sills (1982) ได้ให้แนวทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตไว้ ดังนี้

1) การให้ความช่วยเหลือทันที โดยการแนะนำครอบครัวผู้ป่วยให้รู้จักกับสภาพของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ คือ

1.1) ให้คำอธิบายโดยการสรุปสั้นๆ และเข้าใจได้ง่ายในเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย การรักษาที่ให้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง และอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1.2) บอกชื่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ร่วมกันให้การรักษาดูแลผู้ป่วย

1.3) ปฐมนิเทศแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบงานของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ควรอธิบายเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ สถานที่รอฟักของครอบครัวผู้ป่วย ควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่คับขัน/วิกฤต และแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุกครั้ง

2) การรับรู้เหตุการณ์วิกฤต ซึ่งในบางครั้งอาจมีความบิดเบือนได้จากการที่ครอบครัวผู้ป่วยมีอาการนั้น อาจทำให้ความเข้าใจในเหตุการณ์วิกฤตนั้นคลาดเคลื่อนไป ควรประเมินการรับรู้เหตุการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจากการสอบถาม

วิธีการพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูลที่ตรงและสม่ำเสมอ มีความอดทนในการอธิบายซ้ำๆเกี่ยวกับสภาวะร่างกาย อาการ และความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3) การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตและการให้ความหวัง

3.1) การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตกระบวนการคร่ำครวญ (grieving process) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้ดีในสถานการณ์ที่วิกฤตและสูญเสีย

พยาบาลควรช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วน การฟังด้วยความสนใจและให้ความสำคัญเป็นการยอมรับความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจทำให้การตอบสนองของอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตดำเนินไปได้ด้วยดี

3.2) การให้ความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสถานการณ์ที่ยุ่งยากที่สุดในการเผชิญภาวะวิกฤต โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ด้วยวิธีการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล และให้การส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารทั้งทางวจนภาษาและอวจนภาษาเช่นการเขียนหนังสือโต้ตอบกัน การพยักหน้า/ส่ายหน้า การสัมผัสบีบมือให้กำลังใจ

พยาบาลควรจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ให้การช่วยเหลืออะไรไม่ได้แล้วมาเป็นความหวังว่าจะสามารถให้การช่วยเหลือได้

4) การสำรวจหาสิ่ง que ให้ความช่วยเหลือ และกลวิธีแก้ไข

4.1) การสำรวจหาสิ่ง que ให้ความช่วยเหลือ พยาบาลต้องช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการจัดหาสิ่ง que มาสนับสนุนที่เหมาะสม และมีกลวิธีแก้ไขปัญหาได้เพียงพอ โดยช่วยค้นหาแหล่งกำลังที่สามารถช่วยครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พยาบาลอาจจัดให้มีการประชุมร่วมกันกับครอบครัว และจัดให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่นที่มีประสบการณ์วิกฤตคล้ายคลึงกัน

4.2) การสำรวจกลวิธีแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ใช้ทักษะเดิมที่เคยได้ผลมาแล้วมาใช้ใหม่ให้มีประสิทธิภาพ และควรหาวิธีที่เป็นทางเลือกใหม่ตลอดจนช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในอนาคต

4.2 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบการให้ความช่วยเหลือในหลายรูปแบบ ดังนี้

4.2.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (preparatory information)

การแสวงหาข้อมูล เป็นรูปแบบหนึ่งในการเผชิญภาวะเครียด หรือในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (แก้วสามสี สาเจริญ, 2536) เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินภาวะคุกคาม และหาแนวทางแก้ไข การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อมูลที่มากเพียงพอ และข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย จึงเป็นวิธีการสำคัญในการให้การพยาบาลทางจิตสังคมในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) เพราะจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถรับรู้ และแปลความหมายต่อสภาวะการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาหาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่เหมาะสมตามความสามารถของตนเองเป็นการล่วงหน้า ความสับสน ไม่แน่ใจ ตื่นตระหนก หรือความวิตกกังวลจะลดลง (Miller et.al, 1990)

4.2.1.1 ความหมาย

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือ หรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริงสำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริง หรือคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

ข้อมูลในทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา หมายถึง รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องการศึกษา (ปทานุกรมฉบับหลวง, 2524)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลที่ได้มีการเตรียมแผนไว้ล่วงหน้า (ฉวีมากพุ่ม, 2530)

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล คำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ (พิกุล ตันติธรรม, 2533)

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริง และคำแนะนำต่างๆตามแผนที่ได้วางไว้ล่วงหน้า ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ

โดยซูลีกร ด่านยุทธศิลป์ (2541) กล่าวว่า การให้ความรู้ที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับข้อมูลนั้น จะต้องมีการวางแผนการสอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการให้ข้อมูลให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ และมะเดื่อ เสมอ (2527) กล่าวว่า ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อเมื่อผู้รับนำเอาข้อมูลนั้นไปประกอบการตัดสินใจและวางแผน เพื่อให้สามารถรับเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ

4.2.1.2 คุณลักษณะของข้อมูลที่ดี

Thelma (1960) กล่าวว่าคุณลักษณะที่ดีของข้อมูล ควรมีลักษณะดังนี้

1) ข้อมูลจำเป็น ซึ่งได้แก่ ข้อมูลที่จะทำให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เช่น การวินิจฉัยแผนการรักษา การปฏิบัติตนในภาวะต่างๆ เป็นต้น

2) ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล ความเครียด วิตกกังวล เช่น การแนะนำสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วย กฎระเบียบต่างๆของหอผู้ป่วย เป็นต้น

4.2.1.3 หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล

หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูลของพยาบาล (อัจฉรา คงกิตติมากุล, 2545) มีดังนี้

- 1) เป็นเรื่องเดียวกัน การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
- 2) ครอบคลุม ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นต้องใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย
- 3) ไม่คลุมเครือ มีความจำเพาะเจาะจง
- 4) กระชับ การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายที่ดีต้องมีความชัดเจนและกระชับเพราะคนเรียมความจำที่จำกัด
- 5) การควบคุมภาษาและความเร็ว การใช้ภาษาท่าทางประกอบ เช่น น้ำเสียง การแสดงออก การเน้นจังหวะที่สำคัญ
- 6) ความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ให้ต้องถูกต้อง เป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ไม่ใช่ความเห็นส่วนตัว เป็นการสร้างความเชื่อถือ มั่นใจในการพยาบาล
- 7) การยกตัวอย่างประกอบ จะทำให้การให้ข้อมูลหรือการอธิบายนั้น ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมมากขึ้น
- 8) การป้อนข้อมูลกลับ เป็นการตรวจสอบว่าการรับรู้ข้อมูลหรือคำอธิบายได้มากน้อยเพียงใด เข้าใจมากน้อยแค่ไหน ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตจากการแสดงออกของท่าทาง การสบตา การแสดงออกของใบหน้าของผู้ป่วยประกอบ

3.2.1.4 ประโยชน์ของการให้ข้อมูล

Skipper and Leonard (1975) กล่าวถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูล หรือคำอธิบายไว้หลายประการ พอสรุปได้ ดังนี้

- 1) ช่วยลดความวิตกกังวล หรือความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความเข้าใจ สบายใจ
- 2) เกิดความมั่นใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ตลอดจนใช้ความสามารถอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว
- 3) ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดี
- 4) ครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์

3.2.1.5 ประเภทของข้อมูล

Auerbach, Martelli, and Mercuri (1983) ได้แบ่งข้อมูลออกตามลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป (general information) เป็นข้อมูลทั่วไปที่ให้รายละเอียดกว้างๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2) ข้อมูลเฉพาะ (specific information) เป็นข้อมูลที่ให้รายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ

และพูลศรี เหมือนคิด (2532) แบ่งข้อมูลออกตามรายละเอียดของข้อมูล ดังนี้

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา
- 2) ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่จะได้รับ
- 3) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา
- 4) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

Leventhal and Johnson (1983) กล่าวว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเป็นหลักการเตรียมบุคคลที่จะพบเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด โดยมีจุดเริ่มมาจากงานของพยาบาลชื่อ Jean E. Johnson และคณะ ที่เป็นการอธิบายประสบการณ์เฉพาะเกี่ยวกับเหตุการณ์เฉพาะของการรักษา มีจุดสำคัญคือการใช้คำที่เป็นนามธรรม ชัดเจนไม่คลุมเครือ ในการอธิบายทิศทางหรือลักษณะของเหตุการณ์ โดย Leventhal and Johnson (1983) แบ่งข้อมูลออกตามเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น มีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน และวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) ที่บอกถึงวิธีการต่างๆที่ควรปฏิบัติ อันจะเกิดผลดีในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ

2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นๆเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยของ Leske (2002) พบว่าข้อมูลที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกของผู้ป่วย เช่น สัญญาณชีพ ความสุขสบายหรือความเจ็บปวด การกินได้นอนหลับของผู้ป่วย และพบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยท่ามกลางเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

การให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย โดยข้อมูลที่เป็นจริงและทันเหตุการณ์ (Rodgers, 1983) การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจนไม่คลุมเครือ ตรงกับเป้าหมายของครอบครัวผู้ป่วย (Hodovanic, et.al, 1984) จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะพบกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เตรียมคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำ ชี้แนะ รวบรวมและหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ให้เพื่อใช้ในการเผชิญปัญหา (Leske, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวว่าแหล่งประโยชน์ที่มากและเพียงพอจะทำให้บุคคลในภาวะวิกฤตสามารถเผชิญเหตุการณ์ความเครียดได้ดีขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ โดยแหล่งประโยชน์ที่บุคคลจะดึงมาใช้ในการเผชิญความเครียดจะครอบคลุมใน 6 ลักษณะคือ การมีสุขภาพและพลังงาน (Health and energy) การมีความเชื่อด้านบวก (Positive belief) การมีทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) การมีทักษะทางสังคม (Social skills) การมี การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการมีทรัพยากรวัตถุ (Material resources)

Riedel, Fredman, and Langenberg (1998) ได้แบ่งแหล่งประโยชน์ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1) แหล่งประโยชน์ภายใน (internal resources) ได้แก่ ความเข้มแข็งทางสุขภาพ และความเข้มแข็งทางอารมณ์

2) แหล่งประโยชน์ภายนอก (external resources) ได้แก่ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การสนับสนุนทางการเงิน

และ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งแหล่งประโยชน์ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1) แหล่งประโยชน์จากภายในตน (personal resources) ได้แก่ การมีสุขภาพและพลังงาน การมีทักษะในการแก้ปัญหา การมีทักษะทางสังคม และการมีความเชื่อด้านบวก

2) แหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม (environmental resources) ได้แก่ การมี การสนับสนุนทางสังคม การมีแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ

Leske (2002) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กล่าวว่า ในภาวะวิกฤตเช่นนี้ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่ให้การดูแลพวกเขาในการชี้แนะถึงแหล่งประโยชน์ที่มี หรือสามารถหาได้เพื่อใช้ในการเผชิญสถานการณ์และแก้ไขปัญหา

โดยในสถานการณ์เช่นนี้ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นแต่กลับห่างไกลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเดิมที่เคยอยู่ และมีข้อจำกัดในการคิดแก้ไขปัญหา

โดยในการชี้แนะแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือให้กับครอบครัวผู้ป่วยนี้ เนื่องจากความวิตกกังวลที่สูงของครอบครัวผู้ป่วยทำให้สมาธิ ความจำลดลง และมีการรับรู้ที่แคบลง (สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522; Carpenito, 1995) ทำให้ความสามารถในการรวบรวมและหาแหล่งสนับสนุนไม่มีประสิทธิภาพ ครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือในการชี้แนะแหล่งสนับสนุนดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญความเครียดมากเพียงพอ ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ ไม่เกิดความวิตกกังวล

ดังการศึกษาของ Chavez and Faber (1987) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำแนะนำต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก ผลการทดลองพบว่าโปรแกรมดังกล่าวทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

Sabo et.al. (1989) ที่ทำการศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือต่อการรับรู้ประโยชน์ของการให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกันในการแก้ปัญหา ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองรับรู้ประโยชน์ของการช่วยเหลือที่ได้รับ และรู้สึกถึงการดูแลที่ผู้ให้การดูแลจัดให้

Halm (1990) ที่ทำการศึกษาผลของการเข้ากลุ่มพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการหาและใช้แหล่งสนับสนุนอื่นที่มีและสามารถหาได้ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังการเข้ากลุ่มลดลงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

Leske (1996) ที่ทำการศึกษาผลของการรายงานความก้าวหน้าในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยขณะรอการผ่าตัด 4 รูปแบบ ผลการทดลองพบว่า การได้รับรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นรายบุคคลจากพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นรูปแบบที่ทำให้ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ อัตราการเต้นของหัวใจและค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงต่ำกว่าอีก 3 รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ

Aimin (1999) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นาฏยา เอื่องไพโรจน์ (2535) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

4.2.2 การสนับสนุนการเยี่ยม (Visitation Facilitation)

การสนับสนุนการเยี่ยม เป็นกิจกรรมการพยาบาลสามารถใช้ได้ในทุกๆ หอผู้ป่วย ตั้งแต่หอผู้ป่วยที่เข้มงวดเรื่องการเยี่ยมมากที่สุด จนกระทั่งถึงหอผู้ป่วยที่เข้มงวดเรื่องการเยี่ยมน้อยที่สุด เป็นรูปแบบในการสนับสนุนให้การเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น (คีนิงตัน บุริเทส, 2540) มีหลักการอยู่บนการดูแลด้านจิตใจ-สังคมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย (Daly, 1999) ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพเป็นผลให้ความสับสน ไม่แน่ใจ หรือความวิตกกังวลลดลง (Lazarus and Folkman, 1984)

4.2.2.1 ความหมาย

Nursing Interventions Classification (NIC) (cited in McCloskey and Bulechek, 1996) อธิบายว่า เป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้การเยี่ยมเกิดเป็นประโยชน์ทั้งแก่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโดยเพื่อนและครอบครัวของผู้ป่วย

Nursing Outcomes Classification (NOC) (cited in Johnson and Maas, 1997) อธิบายว่า เป็นรูปแบบการรักษาที่ทำโดยพยาบาลในการส่งเสริมผลลัพธ์ของผู้ป่วยในด้านความสุขสบาย การสงวนพลังงาน และการพักผ่อน

สรุปได้ว่าการสนับสนุนการเยี่ยม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ทางด้านผลลัพธ์อย่างสูงสุดทั้งแก่ตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดการเผชิญความเครียดที่ถูกต้องและปรับตัวได้เพื่อสามารถให้การดูแล และเป็นกำลังสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ต่อไป

4.2.2.2 รูปแบบของการสนับสนุนการเยี่ยม

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งรูปแบบของการสนับสนุนการเยี่ยมได้ ดังนี้

1) การได้อยู่ใกล้ชิด (proximity) โดย Hickey (1993) และ Simpson (1991) กล่าวว่า การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ทั้งสำหรับตัวผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่จะได้เห็นผู้ป่วยมากกว่าการรับฟังรายงานจากบุคลากรที่เป็นคนแปลกหน้า ช่วยลดความวิตกกังวลและสับสนจากการจินตนาการไปเองในทางที่แย่งจากที่ไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยม ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่า

ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการได้อยู่ใกล้ชิด ต้องการเข้าเยี่ยมได้บ่อยๆ และได้เยี่ยมเป็นพิเศษในกรณีจำเป็น

2) การได้รับความมั่นใจ (assurance) ดังที่ Marshall (1978) กล่าวว่า การให้ความมั่นใจเป็นเครื่องมือทางจิตวิทยา (Psychological tool) ในการช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการต่อสู้กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีที่สุด แม้เมื่อพวกเขาจะไม่ได้อยู่ข้างเตียง

3) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (participate) ดังที่ Hickey (1993) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงเวลาของการเจ็บป่วยนี้เป็นการเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยลดความรู้สึกผิด มองว่าตนเองหมดหนทาง (helpless) และไม่มีอำนาจที่เกิดจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องพึ่งแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตามบทบาทปกติของตนที่เคยกระทำ

4) การได้รับกำลังใจและการระบายความรู้สึก (support) โดย Breu and Dracup (1978) ได้แนะนำว่าพยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา เป็นการลดพลังงานที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลลง (อุบล นิวัตชัย, 2527) ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกอึดอัด/กดดันลดลง ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ Leske (2002) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ดังการศึกษาของ Nicholson et.al. (1993) ที่จัดให้ข้อจำกัดด้านอายุผู้เยี่ยมลดลงโดยอนุญาตให้บุตรหลานของผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตแล้ว โดยเตรียมตัวก่อนเยี่ยม เข้าเยี่ยมพร้อมพยาบาล และการพูดคุยซักถามหลังเข้าเยี่ยม แล้ววัดความวิตกกังวล ผลการทดลองพบว่าบุตรหลานผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมทางลบ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Marefell and Garcia (1995) ที่ทำการจัดให้ข้อจำกัดในการเยี่ยมลดลง ตามความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่สามารถระบุจำนวนบุคคลที่ต้องการให้เข้าเยี่ยม ตลอดจนเวลาที่เข้าเยี่ยมโดยไม่มีข้อบังคับอื่นใด เป็นเวลา 3 เดือน แล้วประเมินความพึงพอใจ พบว่าทั้งผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่ายบายมีประโยชน์และมีความพึงพอใจเป็นอันมาก

คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ที่ทำการจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้เข้าเยี่ยม ได้บ่อยกว่าปกติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และได้ระบายความรู้สึก แล้ววัดความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2.3 โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสร้างเป็นโปรแกรมการการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ได้ดังนี้

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (preparatory information) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วยด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และพัฒนาความไว้วางใจในตัวพยาบาล แล้วให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวความคิดเตรียมบุคคลที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูล (preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) และแนวความคิดความวิตกกังวลและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ประกอบด้วย 1)การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (procedure information) ในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่างๆในหอผู้ป่วยหนัก 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensation information) ได้แก่การบอก และอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว กังวล เป็นห่วง ความรู้สึกผิด หมดหนทาง ไร้คุณค่า และ 3) การให้แหล่งประโยชน์ (providing resources) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ การรวบรวมและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยมี หรือสามารถหาได้จากหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นๆในชุมชนเช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และเจ้าของห้องพักให้เช่า

2. การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (proximity) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวความคิดสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวความคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่การอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าไปดู/เยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ และได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็นโดยไม่จำกัดระยะเวลาและอายุของผู้เยี่ยม

3. การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (assurance) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่ การแนะนำแพทย์/พยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้จัก ให้คำยืนยันแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล นุ่มนวลและเอาใจใส่ การอยู่เป็นเพื่อนและสอบถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย

4. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (participate) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้น สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่ การช่วยเช็ดหน้า/ทาแป้ง หวีผม ออกกำลังมือและเท้าให้แก่ผู้ป่วย การสัมผัสผู้ป่วย และการพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย

5. การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (support) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่เปิดโอกาส และกระตุ้น ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพื่อลดความอึดอัดหรือไม่สบายใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ได้แก่ การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้นให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา และช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนอง ความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหอหน่วยบำบัดพิเศษโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะวิกฤตของอควิลล่า กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 90 ราย ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger และแบบสำรวจความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ดัดแปลงมาจากของ Molter ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความต้องการกับการตอบสนอง

ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ลดความวิตกกังวล รองลงมาคือต้องการข้อมูล และความต้องการของญาติผู้ป่วยที่มีบทบาทความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือลดความวิตกกังวล ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือกำลังใจและการระบายความรู้สึก

Jamerson et.al (1996) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการวิจัยเชิงสำรวจย้อนหลังเชิงพรรณนาและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุจำนวน 20 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (focus group interview) และสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ผลการศึกษพบว่า ประสบการณ์ของญาติจัดเข้ากลุ่มได้ 4 ประเด็น คือ

1. ภาวะเคืองคว้าง (hovering) เป็นความรู้สึกในระยะแรก คือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจในตัวของผู้ป่วยในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน จะถามข้อมูลได้จากใคร และอย่างไร และจะปฏิบัติตัวอย่างไร

2. การเสาะหาข้อมูล (information seeking) เป็นกระบวนการในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

3. การติดตามเหตุการณ์ (tracking) เป็นกระบวนการในการสังเกต วิเคราะห์ ประเมินการดูแลผู้ป่วย และภาวะของผู้ป่วย การสังเกตของครอบครัวผู้ป่วยนี้รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วย ลักษณะของการให้การพยาบาล และการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล

4. การรวบรวมแหล่งทรัพยากร (gamering of resource) เป็นการหาทรัพยากรต่างๆ ในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการทางด้านร่างกาย เช่น อาหาร การพักผ่อน ความเป็นส่วนตัว และสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการทางด้านจิตใจ เช่น การช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัวอื่น เพื่อน และผู้ให้การดูแล

Chavez and Faber (1987) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำแนะนำต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดังกล่าว ที่ให้ข้อมูลต่างๆ เช่น สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์และเสียงเตือนจากเครื่องมือต่างๆ โรคและการรักษา สภาพอาการของผู้ป่วยที่จะเห็น เวลาเยี่ยม บริการต่างๆที่โรงพยาบาลมีให้ ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมดังกล่าวทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

Halm (1990) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 55 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุน ที่จัดให้มีการเข้ากลุ่มพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา การหาและใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจกันภายในกลุ่ม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนลดลงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ

Nicholson et.al. (1993) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของการเยี่ยมของบุตรหลานผู้ป่วยต่อความวิตกกังวล (การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์, คะแนนความวิตกกังวล) ของครอบครัวผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ใหญ่และเด็กจำนวน 20 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดังกล่าวที่อนุญาตให้สมาชิกครอบครัวทั้งผู้ใหญ่และเด็กได้รับการเตรียมตัวก่อนเยี่ยม สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมพยาบาล และมีการพูดคุย ซักถามกับพยาบาลหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผลการทดลองพบว่าสมาชิกครอบครัววัยเด็กในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการตอบสนองด้านพฤติกรรมทางลบ ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Marefell and Garcia (1995) ทำการทดลองใช้นโยบายการเยี่ยมตามความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่สามารถระบุจำนวน บุคคลที่ต้องการให้เยี่ยมตลอดจนเวลาที่จะเข้าเยี่ยมโดยไม่มีข้อบังคับอื่นใด เป็นเวลา 3 เดือน แล้วประเมินความพึงพอใจพบว่าทั้งผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่านโยบายมีประโยชน์และมีความพึงพอใจเป็นอันมาก

รัมภ์รดา อินทร (2539) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ในด้านารรู้คิดและด้านร่างกายโดยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก (การได้ยิน ได้กลิ่น มองเห็น รับรส สัมผัส และการเคลื่อนไหว) ร่วมไปกับกิจกรรมที่ทำให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว และการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Leske (1996) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของการรายงานความก้าวหน้าในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 200 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งไม่ได้รับการรายงานความก้าวหน้าขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด กลุ่มที่ 2 ได้รับการรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นรายบุคคลจากพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มที่ 3 ได้รับการอธิบายตามรายการของโรงพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติในห้องรอผู้ป่วย กลุ่มที่ 4 ได้รับการรายงานความก้าวหน้าทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดง และอัตราการเต้นของหัวใจ โดยทำการวัดในช่วงระยะเวลาครึ่งหนึ่งของการทำผ่าตัด ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ 2 มีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ อัตราการเต้นของหัวใจและค่าความดันเฉลี่ยของหลอดเลือดแดงต่ำกว่าอีก 3 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

พิกุล ตันติธรรม (2533) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองเรื่องผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 52 ราย เลือกโดยการจับคู่ให้มีความเท่าเทียมกันของผู้ป่วยในเรื่องระดับความรู้สึกตัว การใส่เครื่องช่วยหายใจ และความสัมพันธ์ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับสลาก ดำเนินการทดลองโดยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยม 1 ครั้ง ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของ Spielberger ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลภายหลังการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติทั้ง 2 กลุ่มลดลงกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2535) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 10 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยพบคู่สมรสของผู้ป่วย 2 ครั้งและให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มารยาท วิชาเกียรติ (2536) ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 40 คน เลือก

อย่างเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามลักษณะความ สัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ การศึกษา และชนิดของโรค ดำเนินการทดลองโดยพบผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย 3 ครั้งใน 2 วันและให้การสนับสนุนทางการพยาบาลที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การสร้าง สัมพันธภาพ การช่วยเหลือระดับประคอง และการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ใช้แบบประเมินความ วิตกกังวลตามแนวคิดของ Spielberger และแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการดูแลที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการ สนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการ พยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 และพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการ พยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีเรื่องผลของการใช้ การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มารับการรักษาพยาบาลที่ หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีจำนวน 30 คน เลือกอย่างเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับคู่ตามเพศ อายุ และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดำเนิน การทดลองโดยพบครอบครัวผู้ป่วย 2 ครั้งใน 2 วันและให้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวที่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การได้รับข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย และการให้กำลังใจและระบายความรู้สึก ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลที่ปรับมาจาก Spielberger ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล ระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน ครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

รัตนา อัญเปลา (2543) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความ วิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามคะแนนความวิตกกังวลก่อนการ ทดลอง ดำเนินการทดลองโดยพบครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 3 ครั้งใน 3 วันและให้การ สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือการให้ข้อมูล และการให้ความเห็นใจ ความเชื่ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ

Speilberger ที่แปลโดยธাত্রี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, และดาราวรรณ ตีะปินตา ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Aimin (1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลปากกิ่งยูเนี่ยนเมดิคอล คอลเลจ ในกรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ดำเนินการทดลองโดยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 3 ครั้งใน 3 วันและให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Speilberger ที่แปลโดยชู เหลือ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวได้รับความเจ็บป่วยถึงขั้นวิกฤตนั้น สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตด้วย ซึ่งตามหลักการให้การพยาบาลที่เป็นองค์รวมอย่างแท้จริงนั้น การคำนึงถึงความสำคัญและให้การดูแลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนัก ผู้วิจัยจึงได้ทำการรวบรวมการบำบัดทางการพยาบาลที่สำคัญ 2 แนวคิดประกอบด้วย การเตรียมบุคคลที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูล ร่วมกับการสนับสนุนการเยี่ยมมาสร้างเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ซึ่งจะช่วยให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักลดลงได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมอย่างมีแบบแผน

ขั้นที่ 1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (preparatory information) ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลด้านกระบวนการ (procedure information) ได้แก่ สภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยและพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือและเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ
- 2) ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensation information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว วิตกกังวล
- 3) แหล่งประโยชน์ (providing resources) ได้แก่ คำแนะนำและข้อชี้แนะเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆที่ผู้ป่วยมีอยู่ หรือสามารถหาได้จากโรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (proximity)

โดยการอนุญาตให้ดู หรือเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ และนอกเวลาปกติ

ขั้นที่ 3 การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (assurance)

โดยการแนะนำให้รู้จักแพทย์/พยาบาล การให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล นุ่มนวล เอาใจใส่

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (participate)

โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ขั้นที่ 5 การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (support)

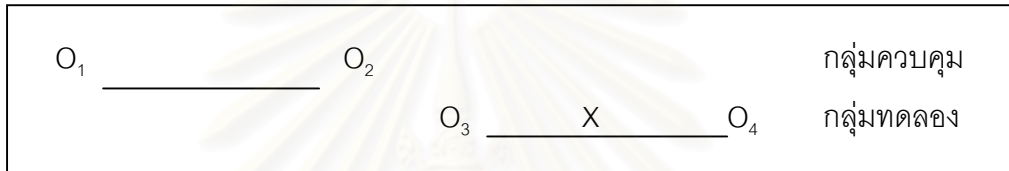
โดยการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ/ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจ / ยอมรับต่อการแสดงออก การให้กำลังใจและแนวทางในการแก้ปัญหา

ความ
วิตกกังวลของ
สมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วย
ในหอผู้ป่วยหนัก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest Design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้



- O_1 แทน ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
- O_2 แทน ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
- X แทน โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน
- O_3 แทน ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O_4 แทน ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 40 คน ที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคม 2547 ถึงปลายเดือนสิงหาคม 2547 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน (Polit and Hungler, 1999) และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย คือ

1.1 มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี

1.2 ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคนนั้นๆ ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย และรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

1.3 มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกหรือก่อนได้รับโปรแกรมฯ (O_1/O_3) เท่ากับหรือมากกว่า 40 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งแรกจากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI MANUAL) FormY-1 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขี่ยมสุภาชิต, และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534)

1.4 มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยินและการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ

1.5 ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

2. จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 20 คนจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกัน กับที่กำหนดดังนี้ (Lader et.al., 1971; Halm, 1990; Reider, 1994)

2.1 เพศเดียวกัน

2.2 อายุใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี

2.3 ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE) ใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน

3. โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนักน้อยกว่า 3 วัน

3.2 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ครบทั้ง 3 วัน

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่

คู่ที่	เพศ		อายุ (ปี)		ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	หญิง	หญิง	56	58	135	130
2	หญิง	หญิง	40	44	170	173
3	หญิง	หญิง	32	35	122	120
4	ชาย	ชาย	44	39	218	220
5	หญิง	หญิง	49	45	168	165
6	ชาย	ชาย	51	55	161	159
7	หญิง	หญิง	53	50	172	168
8	หญิง	หญิง	47	42	157	153
9	หญิง	หญิง	42	46	184	181
10	ชาย	ชาย	36	31	189	193
11	ชาย	ชาย	35	38	146	142
12	หญิง	หญิง	43	40	159	164
13	หญิง	หญิง	38	43	154	151
14	ชาย	ชาย	34	37	187	184
15	หญิง	หญิง	39	43	166	162
16	หญิง	หญิง	45	49	149	146
17	หญิง	หญิง	50	46	134	137
18	ชาย	ชาย	51	48	166	169
19	ชาย	ชาย	48	45	163	167
20	หญิง	หญิง	38	33	152	156

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท (ภาคผนวก ง.) ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทั้งในและต่างประเทศ โดยมีองค์ประกอบเป็น การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (preparatory information) ตามแนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูล (preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) และการจัดรูปแบบของการเยี่ยมที่มีคุณภาพ อันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยม (visitation facilitation) ของ Daly (1999) โดยเนื้อหาของข้อมูลที่ให้และรูปแบบในการสนับสนุนเยี่ยมนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (family needs in critical care) ของ Leske (2002) ได้เป็นแผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน โดยใช้สื่อคือ สไลด์มัลติมีเดียเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ดังนี้

1.1 แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน เป็นการกำหนดแผนและเนื้อหาของการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลตามแนวคิดของ Leventhal and Johnson (1983) การสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตตามแนวคิดของ Leske (2002) มีเนื้อหาครอบคลุม 1) การให้ข้อมูลได้แก่ การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก และการให้แหล่งประโยชน์แก่สมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วย โดยให้ก่อนที่จะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรกในวันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย 2) การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 3) การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด 4) การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และ 5) การได้รับกำลังใจและการระบายความรู้สึก ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นรายบุคคลติดต่อกันนาน 3 วัน โดยมีกำหนดการให้โปรแกรมฯ ตั้งแต่วันแรกถึงวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย

1.2 สไลด์มัลติวิชั่นเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เป็นภาพและเสียงประกอบคำบรรยาย ที่ใช้ในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยหัวข้อที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วยหนัก การปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกในครอบครัวจะสามารถหาได้จากโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ แนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) การสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตตามแนวคิดของ Leske (2002) มีเนื้อหาครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

1.3 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นเอกสารที่มีรายละเอียดในเรื่องเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนัก สภาพแวดล้อมทั่วไป บุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วยหนัก การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) การสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของ Leske (2002) มีเนื้อหาครอบคลุม และสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน โดยมีทั้งหมด 23 หน้า และมอบให้กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองคนละ 1 เล่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีดังนี้

1) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการบริหารการพยาบาล และผู้ชำนาญการทางคลินิกประจำหอผู้ป่วยหนัก ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

2) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการศึกษา ผู้มีความรู้ด้านสื่อ การให้ข้อมูล และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

5) แพทย์ด้านอายุรศาสตร์ 6 ประจำหอผู้ป่วยหนัก ผู้มีความรู้เกี่ยวกับการรักษา ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

ทำการตรวจสอบในเรื่องโครงสร้าง ความครอบคลุมเนื้อหา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามี ความตรงเชิงเนื้อหา

1.2 จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย พบว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามกำหนด และสามารถนำไปใช้ทำการทดลองต่อไปได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามเกี่ยวกับชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การมีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ข้อมูลส่วนนี้ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกรอกแบบบันทึกรายงานด้วยตนเอง

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 9 คำถามเกี่ยวกับ วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค และความรุนแรงของความเจ็บป่วย (APACHE SCORE) ของผู้ป่วย โดยที่ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของของ Spielberger (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI MANUAL) FormY-1 ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยศาสตราจารย์ นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาษิต, และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองที่สร้างโดย Spielbergerและคณะในปี ค.ศ.1977 (STAI Form X) หลังจากนั้นได้ปรับให้เป็น STAI Form Y ในปี ค.ศ.1983 โดยทำให้ข้อคำถามทางบวกและทางลบสมดุลมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากแบบวัด Form X นั้น ผู้สร้างพบว่ามีข้อบกพร่องอยู่ 3 ประการ คือ

- 1) ข้อคำถามบางข้อไม่สามารถแยกแยะระหว่างความซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวลได้
- 2) บางข้อคำถามนั้น บางกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำหรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจคำถามได้ และ
- 3) ข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบของแบบวัดความวิตกกังวลแฝงไม่สมดุลกัน

ซึ่งแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1983) นั้นแบ่งการวัดความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท คือ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI FormY-1) และแบบวัดความวิตกกังวลแฝง (STAI FormY-2) แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดเฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญของครอบครัวผู้ป่วยเท่านั้น

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI FormY-1) มีลักษณะให้ครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ที่ประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะตอบแบบวัดนี้ด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล แบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ (ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, และข้อ 18) และข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, และข้อ 20) แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก ให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุดให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมาก ให้ 3 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ การให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ และสามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลจากค่าคะแนนรวม ได้ดังนี้

คะแนน 20-39 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 40-59 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct valid) แบบวัดความวิตกกังวล ที่ชื่อ State-Trait Anxiety Inventory (STAI MANUAL) ได้ถูกนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง ดังนี้คือ

Spielberger et.al (1983) ได้นำแบบวัดชุดนี้ทั้งแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) และแบบวัดความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2) ไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 424 ราย) และในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่ (n = 1,701 ราย) ซึ่งกลุ่มหลังเป็นการทดสอบแบบวัดในสถานการณ์ที่เครียดมากกว่ากลุ่มแรก โดยให้ตอบแบบวัดภายหลังการฝึกโปรแกรมพื้นฐานทางการทหาร 2 วัน ผลของการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ของกลุ่มทหารได้นำไปเปรียบเทียบกับผลของการวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้วิธีหาปัจจัยสอดคล้องภายในด้วยวิธีของ Cattell's congruent factors (confactor) approach (1966) พบว่าค่าสหสัมพันธ์ของความสอดคล้องทุกองค์ประกอบรายข้อมากกว่า .90 ซึ่งแสดงว่ามีความสอดคล้องกันในการวัดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน และเป็นเครื่องยืนยันการวัดความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Vagg et.al., 1980 cited in Spielberger et.al., 1983)

สำหรับแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1983 (STAI MANUAL) ฉบับภาษาไทยนั้น มีขั้นตอนในการแปล และใช้ ดังนี้

1) ดร.ธাত্রี นนทศักดิ์ นักจิตวิทยาทางการบิน (Aviation Psychologist) ผู้ซึ่งทำงานด้านการพัฒนาแบบทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อคัดเลือกนักบินของกองทัพเรือสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา 15 ปี ทำการแปลแบบวัดจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

2) ดร.จิ้น แบรี อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้มีความชำนาญทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทยเป็นอย่างดีมากกว่า 10 ปี ทำการแปลกลับจากภาษาไทยที่ ดร.ธাত্রี นนทศักดิ์ แปลเป็นภาษาไทยไว้ กลับไปเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อตรวจสอบ และปรับความถูกต้องทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา

3) ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้นำมาปรับความชัดเจนทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยาซ้ำอีกครั้ง

หลังจากนั้น ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ได้นำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ จำนวน 86 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

รัตนา อยู่เปล้า (2543) ได้นำแบบวัดนี้ไปวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

2. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Valid) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการบริหารการพยาบาล และผู้ชำนาญการทางคลินิกประจำหอผู้ป่วยหนัก ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

2) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการศึกษา ผู้มีความรู้ด้านสื่อ การให้ข้อมูล และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 1 ท่าน

5) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความวิตกกังวล จำนวน 1 ท่าน

ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา

2. ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ด้วยการพิจารณาความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกันมากกว่า 80 % หรือ 4 ใน 5 ท่าน จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นและให้ข้อเสนอแนะไว้ ซึ่งมีการกำหนดระดับการแสดงความเห็นเป็น 2 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับนิยาม และ 2 หมายถึง ข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับนิยาม

3. การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์แล้วนี้ ไปทำการทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Alpha Cronbach's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคม 2547 ถึงปลายเดือนสิงหาคม 2547 ที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยดำเนินการ

เป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน และเครื่องมือประเมินผลที่ใช้ในการวิจัย ส่วนการเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ข้อมูลและการสนับสนุนการเยี่ยมแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทดลองดำเนินการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ราย

2. ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลอินทร์บุรี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี เพื่อขออนุญาต โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับฝ่ายการพยาบาลในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของขั้นตอน และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ติดต่อขอใช้อุปกรณ์ และสถานที่ในการทดลอง ในวันและเวลาที่จัดกิจกรรมต่างๆ

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน แล้วจากนั้นทำการจับคู่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง จนครบ 20 คน อธิบายรายละเอียด แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ขอความร่วมมือในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากสมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยตัดสินใจว่ามีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ก็ให้ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอม แล้วจึงเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งนั้น

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งแรก และขอให้ตอบแบบประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 2 (48 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 2 และขอให้ตอบแบบประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 และขอให้ตอบแบบประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ข้อมูล และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนทั้งหมด 4 ครั้ง และมีระยะเวลาของโปรแกรมฯทั้งหมดรวม 3 วัน รายละเอียดมีดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ทุกวันตั้งแต่วันแรกถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ใช้เวลาวันละประมาณ 45-60 นาที

3.1.1 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 1 ที่บริเวณหอผู้ป่วยหนัก ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพโดยการกล่าวทักทาย และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และ

ระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะให้สมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบประเมินความวิตกกังวล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

3.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน เริ่มจากการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยการให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยดูสไลด์มัลติมีเดียเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (ภาคผนวก ง) ครอบคลุมเรื่อง สภาพแวดล้อมทั่วไป เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ สิ่งเร้าต่างๆที่จะได้พบและอาจทำให้เกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว กังวล ไร้คุณค่า หรือเป็นห่วง ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่สามารถหาได้จากโรงพยาบาล พร้อมมอบ “คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” (ภาคผนวก ง) ให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถอ่านบททวนภายหลังได้ ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 20 -25 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

3.1.3 ผู้วิจัยพาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียงผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยหนัก ประเมินความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย แนะนำและกระตุ้นการเรียกผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจ และการสัมผัสผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจะอธิบายและสาธิตการร่วมดูแลผู้ป่วย (การเช็ดหน้า หวีผม และออกกำลังมือ-เท้าผู้ป่วย) และให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงมือปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัยที่ละกิจกรรม โดยผู้วิจัยส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยการซักถาม พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยถึงความรู้สึกในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยแจ้งแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าจะได้รับสิทธิในการเยี่ยมนอกเวลาปกติที่ทางหอผู้ป่วยหนักกำหนดเป็นพิเศษเฉพาะช่วงเวลา 3 วันของการเข้าร่วมวิจัยนี้เท่านั้น โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้พาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเอง จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งนั้น

3.1.4 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งแรกตามการนัดหมาย ในห้องที่จัดเป็นส่วนตัว พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกอัดอั้น ไม่สบายใจที่เกิดขึ้นโดย ผู้วิจัยเป็นผู้ฟังที่ดี

รับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ตลอดจนช่วยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนแนะนำ และชี้แนะสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องแหล่งสนับสนุน หรือแหล่งประโยชน์ต่างๆที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมี และสามารถหาได้จากหน่วยงานอื่นๆของโรงพยาบาล และองค์กรอื่นๆในชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เจ้าของห้องพักให้เช่า

3.1.5 ผู้วิจัยนัดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยครั้งต่อไป และในวันถัดไป โดยชี้แจงกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าจะได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเฉพาะในช่วงเวลา 3 วันของการเข้าร่วมวิจัยเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้พาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเอง

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในวันแรกก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากตกลงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยขอให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทำแบบวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอีก 3 ครั้งหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติเรียบร้อยแล้วในวันที่ 1 (24 ชม.), วันที่ 2 (48 ชม.), และวันที่ 3 (72 ชม.)

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในวันแรกก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากตกลงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยขอให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทำแบบวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอีก 3 ครั้งหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับโปรแกรมครบทั้ง 3 ขั้นตอน และมีอารมณ์ที่สงบเรียบร้อยแล้วในวันที่ 1 (24 ชม.), วันที่ 2 (48 ชม.), และวันที่ 3 (72 ชม.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

3. หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก

4. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยอ่านแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิให้ฟังจนเข้าใจและให้เซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมอย่างมีคุณค่าร่วมกับการให้แหล่งประโยชน์ตามลำดับ และเก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนด และตรวจความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทุกครั้ง

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ตลอดจนข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้เซ็นต์ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for Social Science for window (SPSS/FW) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test

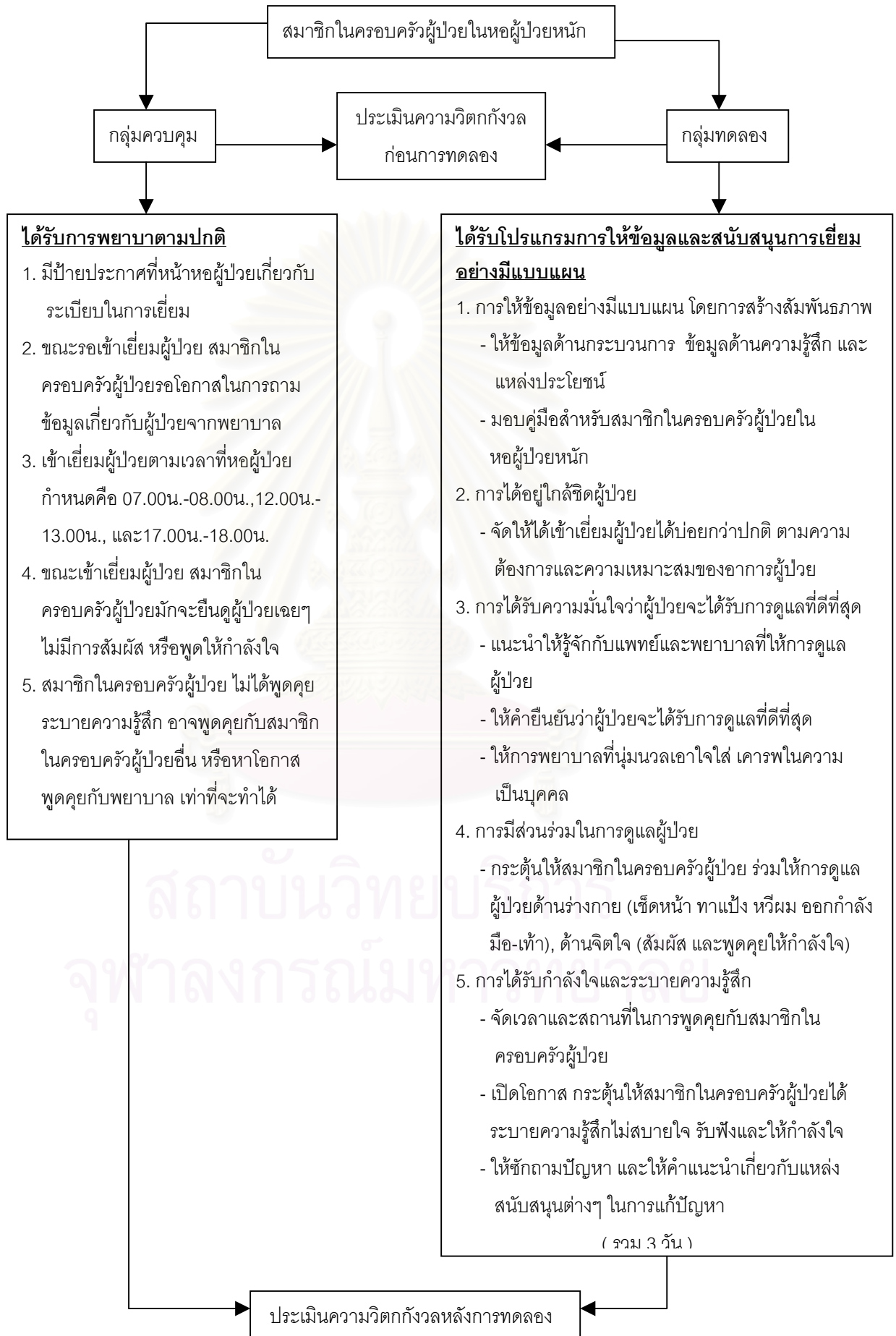
3. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (dependent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจะทำการทดสอบในข้อที่ 6

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย



แผนภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ประเมินความวิตกกังวล	ประเมินความวิตกกังวล
<p>ได้รับการพยาบาลตามปกติ</p> <p><u>ขั้นที่ 1</u> การให้ข้อมูล (preparatory information)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมจากป้ายประกาศหน้าหอผู้ป่วย - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรอจังหวัด และโอกาสซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากพยาบาล <p><u>ขั้นที่ 2</u> การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (proximity)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลาที่หอผู้ป่วยกำหนดคือ 07.00น.-08.00น., 12.00น. -13.00น., และ 17.00น.-18.00น. <p><u>ขั้นที่ 3</u> การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (assurance)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรอจังหวัด และโอกาสในการซักถามข้อมูลต่างๆจากพยาบาล - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่มั่นใจ เนื่องจากต้องพึ่งพาแพทย์ / พยาบาล ซึ่งไม่รู้จัก คุ่นเคย และ การจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย <p><u>ขั้นที่ 4</u> การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (participate)</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และไม่ทราบว่า จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร <p><u>ขั้นที่ 5</u> การให้กำลังใจและระบายความรู้สึก (support)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อมีปัญหา สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้พูดปรึกษาใคร หรืออาจพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคนอื่น หรือพยายามหาโอกาสพูดคุยกับพยาบาลเท่าที่จะทำได้ 	<p>ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน</p> <p><u>ขั้นที่ 1</u> การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (preparatory information)</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย - ให้ข้อมูลด้านกระบวนการ - ให้ข้อมูลด้านความรู้สึก - ให้แหล่งประโยชน์ - มอบคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก <p><u>ขั้นที่ 2</u> การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (proximity)</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดให้ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยกว่าเวลาปกติ ตามความต้องการ และความเหมาะสมของอาการผู้ป่วย <p><u>ขั้นที่ 3</u> การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (assurance)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้รู้จักกับแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย - ให้คำยืนยันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด - ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล เอาใจใส่ และเคารพในความเป็นบุคคล <p><u>ขั้นที่ 4</u> การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (participate)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ร่วมให้การดูแลผู้ป่วย - ด้านร่างกาย (เช็ดหน้า ทาแป้ง หวีผม ออกกำลังมือ และเท้า) - ด้านจิตใจ (สัมผัส และพูดคุยให้กำลังใจ) <p><u>ขั้นที่ 5</u> การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (support)</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดเวลาและสถานที่ในการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย - เปิดโอกาส กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ รับฟังและให้กำลังใจ - ให้ซักถามปัญหา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในการแก้ปัญหา
ประเมินความวิตกกังวล	ประเมินความวิตกกังวล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน และเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน (ตารางที่ 4)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 5)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 6)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	n=20		n=20		n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 เพศ						
ชาย	7	35.0	7	35.0	14	35.0
หญิง	13	65.0	13	65.0	26	65.0
2 อายุ (ปี)						
30-39	6	30.0	7	35.0	13	32.5
40-49	11	55.0	8	40.0	19	47.5
50-59	3	15.0	5	25.0	8	20.0
3 ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	12	60.0	12	60.0	24	60.0
มัธยมศึกษา	6	30.0	6	30.0	12	30.0
อุดมศึกษา	2	10.0	2	10.0	4	10.0
4 อาชีพ						
ข้าราชการ	4	20.0	5	25.0	9	22.5
ลูกจ้างประจำ	2	10.0	3	15.0	5	12.5
รับจ้าง	3	15.0	2	10.0	5	12.5
เกษตรกร	10	50.0	8	40.0	18	45.0
ค้าขาย	-	-	1	5.0	1	2.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5.0	1	5.0	2	5.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	n=20		n=20		n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5 รายได้ (บาท/เดือน)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	15	75.0	12	60.0	27	67.5
5,001-10,000	3	15.0	4	20.0	7	17.5
มากกว่า 10,000	2	10.0	4	20.0	6	15.0
6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา-มารดา	8	40.0	9	45.0	17	42.5
สามี-ภรรยา	7	35.0	6	30.0	13	32.5
บุตร-ธิดา	5	25.0	5	25.0	10	25.0

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 30-39 คิดเป็นร้อยละ 32.5 ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 เกือบครึ่งหนึ่งมีอาชีพเป็นเกษตรกรร้อยละ 45 รองลงมาเป็นข้าราชการร้อยละ 22.5 ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 คิดเป็นร้อยละ 67.5 และเกือบครึ่งหนึ่งมีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นสามี-ภรรยาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 32.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำแนกตามเพศ อายุ และความรุนแรง
ของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	n=20		n=20		n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 เพศ						
ชาย	14	70.0	12	60.0	26	65.0
หญิง	6	30.0	8	40.0	14	35.0
2 อายุ (ปี)						
21 – 40	10	50.0	12	60.0	22	55.0
41 – 60	6	30.0	3	15.0	9	22.5
61 – 80	4	20.0	5	25.0	9	22.5
3 การวินิจฉัยโรค						
IHD	5	25.0	6	30.0	11	27.5
MI	8	40.0	7	35.0	15	37.5
Head injury	1	5.0	-	-	1	2.5
DKA / DM	2	10.0	2	10.0	4	10.0
Brain atrophy	-	-	1	5.0	1	2.5
Pneumonia	2	10.0	2	10.0	4	10.0
HT	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ARF	1	5.0	1	5.0	2	5.0
4 APACHE SCORE						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ150	5	25.0	5	25.0	10	25.0
151 – 200	14	70.0	14	70.0	28	70.0
มากกว่า 200	1	5.0	1	5.0	2	5.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	n=20		n=20		n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5 อุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย						
Respirator	19	95.0	20	100.0	39	97.5
EKG/NIBP monitor	20	100.0	20	100.0	40	100.0
Infusion pump	11	55.0	8	40.0	19	47.5
NG tube	19	95.0	20	100.0	39	97.5
Foley catheter	20	100.0	20	100.0	40	100.0
Other						
- chest drain	1	5.0	-	-	1	2.5
- peritoneal dialysis	1	5.0	-	-	1	2.5

หมายเหตุ: 1 คนใช้เครื่องมือมากกว่า 1 อย่าง

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในการศึกษาครั้งนี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนมากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนมากมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE) อยู่ในช่วง 151-200 คิดเป็นร้อยละ 70 โดยผู้ป่วยทั้งหมดใช้เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร และความดันโลหิต ร่วมกับใส่ท่อระบายปัสสาวะ และเกือบทั้งหมดใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับใส่สายยางที่สอดไว้ทางจมูก คิดเป็นร้อยละ 97.5

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
ในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุน
การเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ความวิตกกังวล	47.55	4.347	34.80	4.047	24.885	.000*

*p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เท่ากับ 47.55 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เท่ากับ 34.80 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
ในหอผู้ป่วยหนักก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล
และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วยหนักก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ความวิตกกังวล	47.55	4.347	46.90	4.025	-.491	.626

*p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 47.55 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 46.90 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
ในหอผู้ป่วยหนักหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล
และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วยหนักหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	X	SD	X	SD		
ความวิตกกังวล	34.80	4.047	44.00	5.390	6.104	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 34.80 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 44.00 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

กลุ่มทดลอง เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

กลุ่มควบคุม เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี และได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน จะมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน จะมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษานใหม่ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 40 คน ที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคม 2547 ถึงปลายเดือนสิงหาคม 2547 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย คือ

1.1 มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี

1.2 ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคนนั้นๆ ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย และรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

1.3 มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกหรือก่อนได้รับโปรแกรมฯ (O_1/O_3) เท่ากับหรือมากกว่า 40 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งแรกจากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI MANUAL) FormY-1 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ, และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534)

1.4 มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยินและการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ

1.5 ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท และเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

2. จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 20 คนจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (match pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือน หรือใกล้เคียงกัน ในเรื่อง ดังนี้

2.1 เพศเดียวกัน

2.2 อายุใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี

2.3 ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE) ใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน

3. โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนักน้อยกว่า 3 วัน

3.2 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ครบทั้ง 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย

2.1 แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

2.2 สไลด์มัลติมีเดีย เรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

2.3 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคม จนถึงปลายเดือนสิงหาคม ณ. หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทบุรี โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน หลังจากนั้นทำการจับคู่โดยกำหนดคุณสมบัติให้เหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE) เพื่อเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 ราย

2. ดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.2 ในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย และข้อควรปฏิบัติต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และได้รับการรักษาตามแบบแผนการปฏิบัติของหน่วยงาน และได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมนี้ทั้งหมด 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (pre-test) ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไปในวันที่ 1 ภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ณ.หอผู้ป่วยหนัก เพื่อทำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (post-test วันที่ 1) และนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในวันที่ 2, และวันที่ 3 ภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อทำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (post-test วันที่ 2, และ post-test วันที่ 3 ตามลำดับ)

2.3 ในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการรักษาตามแบบแผน การปฏิบัติของหน่วยงานจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร่วมกับได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนเป็นเวลา 3 วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล (ด้านกระบวนการ, ด้านความรู้สึกรู้สึก, และแหล่งประโยชน์), การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย, การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด, การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย, และการได้รับกำลังใจ และระบายความรู้สึก โดยประเมินและพิจารณาตามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายตลอดระยะเวลาสามวัน ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งต่อไปในวันที่ 1 ภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ณ.หอผู้ป่วยหนัก เพื่อทำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (post-test วันที่ 1) และนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในวันที่ 2, และวันที่ 3 ภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อทำแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (post-test วันที่ 2, และ post-test วันที่ 3 ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science/for Windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. หาความถี่ และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามี การแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test
3. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการติดต่อสื่อสารตั้งแต่วะยะแรกของการมาเยี่ยมผู้ป่วย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Bleulin, Rook, and Sills, 1982; Hodovanic et.al, 1984) ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย กล่าวที่จะสอบถาม และขอคำแนะนำ หลังจากนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนที่จัดให้โดยไม่ต้องรอให้ซักถาม (Jonnson and Roberts, 1996) และมีเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (Thelma, 1960; Rodgers, 1983; Leske, 2002) มีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ (Johnson, 1986) เป็นรายบุคคลในห้องที่เป็นสัดส่วน ซึ่งเป็นการจัดสภาพแวดล้อมที่ลดการรบกวนจากสิ่งรบกวนนอก

ร่วมกับมีการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจ และให้คำอธิบายเพิ่มเติม (ปรากฏทิพย์ ทาเสนาะ, 2542) ประกอบกับการดูแลจิตใจที่ดีขึ้น (Hornor, 1986) ที่ส่งเสริมปัจจัยการเรียนรู้ (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต, 2539; Perry and Furukava, 1986) เนื่องจากมีทั้งภาพและเสียงทำให้น่าสนใจ และดึงดูดใจให้ติดตามเรื่องราวทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เก็บจำได้มากขึ้น มีความเข้าใจดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถอ่านบททวนภายหลังได้ (Doerr and Jones, 1979) ซึ่งจะช่วยให้อาการในครอบครัวผู้ป่วย สามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะพบกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เตรียมคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) ความวิตกกังวลจึงลดลง การศึกษาของ McGregor (1981) ที่พบว่าทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก อาการของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้รักษาผู้ป่วย ก่อนเข้าเยี่ยมจะช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้ได้เห็นสภาพ บรรยากาศการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและเต็มที่ ได้มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาล (Smitherman, 1977) ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพการดูแลเป็นอย่างดี และเห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้มีอาการหนักตามที่คาดการณ์ไว้แต่แรก ซึ่งมักจะคาดการณ์ไปในทางลบ (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2527) ทำให้เกิดความหวังว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย ซึ่ง McGee (1984) กล่าวว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่ Hickey (1993) และ Simpson (1991) กล่าวว่า การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจมากกว่าการรับฟังรายงานจากบุคลากรที่เป็นคนแปลกหน้า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เกิดความสับสน วิตกกังวลจากการจินตนาการไปเองในทางที่แย่งเนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยม ดังการศึกษาของ Nicholson et.al (1993) ที่จัดให้ข้อจำกัดด้านอายุของผู้เยี่ยมลดลง โดยอนุญาตให้บุตรหลานวัยเด็กเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้ โดยมีการเตรียมตัวก่อนเยี่ยม เข้าเยี่ยมพร้อมพยาบาล และมีการพูดคุยหลังการเยี่ยม พบว่าบุตรหลานวัยเด็กมีการตอบสนองด้านพฤติกรรมทางลบลดลง

เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์และพยาบาล ร่วมกับการให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เต็มที่ นุ่มนวล และเอาใจใส่ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย มีความวางใจ และมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (อารีย์ บุญวรรธินกุล, 2538) ซึ่งการให้ความมั่นใจเป็นเครื่องมือทางจิตวิทยา (Psychological tool) ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการต่อสู้กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Marshall, 1978) เมื่อสมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาของการเจ็บป่วยนี้ นับเป็นเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลดความรู้สึกผิด มองว่าตนเองหมดหนทางไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (helplessness) ไม่มีอำนาจ (powerlessness) ที่เกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยลงได้ (Gardner and Stewart, 1978; Hickey, 1993) ดังการศึกษาของรัมภรรดา อินทร (2539) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

นอกจากนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึกและได้รับกำลังใจหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา จะทำให้ความกดดัน อึดอัดใจ และความวิตกกังวลลดลง ดังที่ Breu and Dracup (1987) แนะนำว่าพยาบาลควรช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา เป็นการลดพลังงานที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลลง (อุบล นิวัติชัย, 2527) และการสร้างเสริมกำลังใจเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งมีอิทธิพลในการเพิ่มพูนศักยภาพสูงสุดในตนเองขณะที่มีความวิตกกังวล จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจ ช่วยลดความกดดัน และความวิตกกังวลลง (สุรีย์พร เทพอมรเดช, 2546)

จากขั้นตอนทั้งหมดของโปรแกรมฯ ที่ทำให้เมื่อได้รับโปรแกรมฯ จนสิ้นสุดแล้ว สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองความต้องการ มีข้อมูลในการเผชิญเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ มีความเข้มแข็งทางจิตใจและมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2535) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่าคู่สมรสมีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chavez and Faber (1987) ที่ทำการทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำแนะนำต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พบว่าโปรแกรมดังกล่าวทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Leske (1996) ที่ศึกษาผลของการรายงานความก้าวหน้าแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 4 รูปแบบต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พบว่า การได้รับการรายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นรายบุคคลจากพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นรูปแบบที่ทำให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Aimin (1999) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล

จากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความยินดีที่มีเจ้าหน้าที่เข้ามาพูดคุยด้วย มีความไว้วางใจ

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว โดยไม่คาดคิดหรือเตรียมตัวมาก่อน ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความสับสน วิตกกังวลเป็นอย่างสูง (จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์ และคณะ, 2536; Jamerson, et.al, 1996) ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะยังต้องรออยู่หน้าหอผู้ป่วย และคิดคาดการณ์ไปเองต่าง ๆ นานา เนื่องจากพยาบาลประจำการยังมุ่งช่วยชีวิตผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยน้อยลง การจำกัดเวลาในการเยี่ยมที่เป็นเวลาตามระเบียบของหอผู้ป่วยหนัก (Hopkins, 1994) ตลอดจนการให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนด้านสังคม-จิตใจที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับจากพยาบาลประจำการนั้นเป็นไปตามการร้องขอของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และทักษะของพยาบาลแต่ละคน โดยไม่มีแบบแผนที่แน่นอน กล่าวคือจะให้การพยาบาลดังกล่าวเมื่อมีเวลาว่าง ไม่มีการวัดผลของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างจริงจัง / เป็นรูปธรรม และไม่มีการลงบันทึกไว้เป็นข้อมูล / หลักฐาน

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ (Bleulin, Rook, and Sills, 1982; Hodovanic et.al, 1984) และได้รับการเตรียมก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ซึ่งมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมาก (McQuay, 1995) ประกอบด้วยข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้พบ ได้เห็น หรือสิ่งต้องปฏิบัติเมื่อเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย ด้วยการดูสไลด์มัลติวิชั่นที่ส่งเสริมปัจจัยการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539; Perry and Furukava, 1986) ทั้งยังได้คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักไว้อ่านภายหลังอีก จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง มีเวลาเตรียมตัวที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด และเตรียมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาไว้ล่วงหน้าได้มากกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (Leventhal and Johnson, 1983; Lazarus and Folkman, 1984) นอกจาก

นั้นยังได้เข้าไปดู หรือเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษา (Hickey, 1993) ได้เห็นการทำงานของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ จึงมีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย มีความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ได้รับการกระตุ้นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ระบายความรู้สึก ได้รับกำลังใจและแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางจิตใจในการต่อสู้กับความเครียด และความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (สุริย์พร เทพอมรเดช, 2546; Marshall, 1978; McGee, 1984) มีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการแก้ปัญหาเพียงพอ และมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984)

ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (Gardner and Stewart, 1978; Doerr and Jones, 1979; Smitherman, 1977; Hornor, 1986; Breu and Dracup, 1987; Hickey, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คินนิต บุรีเทศน์ (2540) ที่ศึกษาผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พบว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัว ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มารยาท วิชาเกียรติ (2536) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Halm (1990) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการได้เข้ากลุ่มพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์กันในกลุ่ม สามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยนำแผนการให้ข้อมูลและการเยี่ยมเชิงสนับสนุนมาใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในจุดอื่นๆของระบบบริการ เช่น ห้องตรวจพิเศษ

แผนกฉุกเฉิน โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยประยุกต์และปรับกิจกรรมต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

1.2 พยาบาลควรมีการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมในการทำงานของหอผู้ป่วยหนัก โดยมีความยืดหยุ่นด้านการเยี่ยมมากขึ้น ปรับให้มีการเข้าไปติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น และให้ความสำคัญของการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้เทียบเท่าตัวผู้ป่วย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแบบแผนการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วย (critical pathway / care map) และสร้างมาตรฐานในการให้การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และนำไปสู่การประกันคุณภาพด้านปฏิบัติการพยาบาล

2.2 จัดให้มีการให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จะนำไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตใจ และอารมณ์ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

3.1 จัดให้มีการเรียนการสอน โดยนำไปรวมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมาฝึกใช้ในการให้บริการ และดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาโปรแกรมการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในรูปแบบอื่นๆ เช่นการเข้ากลุ่มสนับสนุน /กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การใช้ตัวแบบ เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุง และพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

2. ควรมีการศึกษาค้นคว้าปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เช่น ความพึงพอใจ การปรับตัว คุณภาพชีวิต พร้อมทั้งศึกษาหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่เกิดขึ้นต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา สุวรรณแสง. 2533. การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว. กรุงเทพฯ: บำรุงสาส์น.
- กวรรณิการ์ สุวรรณโคต. 2527. มโนคติและกระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ: หนึ่งเจ็ด
การพิมพ์.
- เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์, ปรีศนา วัชสี, และยุพเรศ พญาพรหม. 2539. ความต้องการของ
ญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วารสารกรมการแพทย์ 21 (2): 35-41.
- แก้วสามสี สาเจริญ. 2536. ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของ
ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณินิต บุรีเทศน์. 2540. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะ
วิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษากรณีเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์
ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, สมพร ศิริเต็มกุล, วิไลวรรณ เนื่อง ณ. สุวรรณ.
2536. การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. ขอนแก่นวารสาร 17 (2):
33-43.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ช่อลดา พันธุ์เสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. 2541. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและการ
ปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนด โรงพยาบาล
รามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอก
พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. 2534. การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย
โรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นาฏยา เอื่องไพโรจน์. 2535. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภา นิธิยานน. 2530. การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ปธานุกรมฉบับหลวง. 2524. กรุงเทพฯ: ประจักษ์การพิมพ์.
- ปรางทิพย์ ทาเสนาะ. 2542. ผลของตัวแบบที่มีต่อการลดความวิตกกังวลในการคลอดของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล ตันติธรรม. 2533. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พูลศรี เหมือนคิด. 2532. ผลของการเตรียมโดยการให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2534. ผู้ป่วยวิกฤตกับการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ตีรณสาร.
- มณฑิพย์ ปฏิทัศน์. 2543. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติในผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี สุขบัญญัติรักษ์, พิสมัย จารุขวลิต, ระพิศ ใจแพทย์, ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, และ จุฑญลักษณ์ เขียววัดจันทร์. 2541. การศึกษาระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร 15 (2): 115-119.
- มะเตือ เสมา. 2527. เทคนิคการให้บริการสนทน. วารสารแนะแนว. 18: 231.
- มารยาท วัชรเกียรติ. 2536. ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา อยู่เปล่า. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- รัมภ์รดา อินทร. 2539. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: อักษรจรงค์.
- รุจา ภูโพลย์. 2537. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รุจา ภูโพลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- รุ่งรัตน์ วณิชชาติ. 2540. ความเครียด แหล่งประโยชน์ และข้อจำกัดของการใช้ แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาใน หอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนา น้ำเพชร. 2538. คุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต. วารสาร พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย 8 (2): 1-2.
- วันเพ็ญ ปันราช. 2532. มโนคติเกี่ยวกับครอบครัว ในวรรณภา ศรีธัญรัตน์และสุจารี อมรกิจบำรุง (ผู้รวบรวม). การพยาบาลฟื้นฟู: การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก.
เล่ม 1. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ขอนแก่น.
- วิมลรัตน์ ภู่วรุฒพิพานิช. 2535. การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 10 (4): 313-317.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2530. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอเชียเพรส.
- สมพันธ์ ธิญะธีระนันท์. 2541. บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะ วิกฤต. วารสารพยาบาล 47 (1): 25-34.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. 2539. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์พร เทพาอมรเดช. 2546. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถใน การทำหน้าที่และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2527. การพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: เชียงใหม่ปอง.
- สุวณีย์ ดันดีพัฒนานันท์. 2522. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- เหมือนฝัน มณีฉาย. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ กับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉรา คงกิตติมากุล. 2545. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความเป็นเลิศในพฤติกรรมบริการด้านการให้ข้อมูลทางการพยาบาล ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ บุญบวรรัตนกุล. 2538. ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล นิวัตชัย. 2527. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุไรพร พงศ์พัฒนามุขิ. 2532. ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aimin, G. 1999. Effect of informational support on anxiety among family members of critical ill patients. Master's Thesis, Department of nursing science in medical and surgical nursing, Graduate School, Chiang Mai University.
- Aquilera, D. C., and Messick, J. M. 1982. Crisis Intervention. (4thed.). St Louis: Mosby.
- Artinian, N. T. 1991. Stress experience of spouse of patients having coronary artery bypass during hospitalization and 6 weeks after discharge. Heart & Lung 20 (1): 52-59.

- Auerbach, S. M., Martelli, M. F., and Mercuri, L. G. 1983. Anxiety, information, interpersonal impact and adjustment to a stressful health care situation. Journal of Personality and Social Psychology 44: 1284-1296.
- Backer, C., and Nieswiadomy, R. M. 1988. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. Heart & Lung 17 (July): 441-116.
- Bailey, R. 1989. Stress and coping in nursing. London: Chapman and Hall.
- Barry, P. D. 2002. Mental Health and Mental Illness. (7thed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Beare, P. G., and Myers, J. L. 1994. Adult health nursing. (2nd ed.). St Louis: Mosby.
- Belmont, C. A. 2000. Stress, coping, and health. In G. A. Pacific Grove, N. Y. Albany, and C. A. Belmont (eds.), Psychology: Themes and variations briefer version, pp. 378-405. Boston: Wadsworth.
- Bernstein, L. P. 1990. Family-center care of the critical ill neurological patient. Advances in Neurological Care 2 (March): 41-49.
- Bleulin, J. L., Rook, J., and Sills, G. 1982. Family in crisis: The impact of trauma. Clinical Care Quarterly 5 (12): 38-45.
- Brandt, M. A. 1984. Consider the patient part of a family. Nursing Forum 21 (1): 19-23.
- Breu, C. S., and Dracup, K. A. 1978. Using nursing research finding to meet the needs of grieving spouses. Nursing Research 27 (July-August): 212-216.
- Breu, C. S., and Dracup, K. A. 1987. Helping the spouse of critically ill patients. American Journal of Nursing 78 (January): 51-53.
- Carpenito, L. J. 1995. Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. (6thed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Chartier, L., and Coutu-Wakulczyk, G. 1989. Families in ICU: Their needs and anxiety level. Intensive Care Nursing 5 (March): 11-18.
- Chavez, C. W., and Faber, L. 1987. Effect of education-orientation program on family members who visit their significant other in intensive care unit.. Heart & Lung 16 (1): 92-99.
- Craven, R. F., and Sharp, B. H. 1972. The effects of illness on family functions. Nursing Forum 11 (2): 186-193.

- Daly, J. M. 1999. Visitation Facilitation. In G. M. Bulechek, and J. C. McCloskey (eds.), Nursing intervention: effective nursing treatments, pp.650-657. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Doerr, B. C., and Jones, J. W. 1979. Effect of family preparation on the state anxiety level of the CCU patient. Nursing Research 28 (5): 315-317.
- Eberly, T. W. et.al. 1985. Parental stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. Critical Care Quarterly 8 (June): 57-65.
- Epperson, M. M. 1977. Family in sudden crisis: Process and intervention in a critical care center. Social Work and Health Care 2 (Spring): 265-273.
- Frederickson, K. 1989. Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. Heart & Lung 18 (6): 617-622.
- Friedman, M. M. 1986. Family Nursing: Theory and Assessment. (2nd ed.). Connecticut: Apleton-Century-Crofts.
- Gaglione, K. M. 1984. Assessing and intervention with families of CCU. patients. Nursing Clinics of North America 19 (9): 427-432.
- Gardner, D., and Stewart, N. 1978. Staff involvement with families of patients in critical care unit. Heart & Lung 7 (January-February): 105-110.
- Gaw-Ens, B. 1994. Informational support for families immediately after CABG surgery. Critical Care Nurse 14 (2): 41-45.
- Gilliss, C. L., Higriley, B. L., Roberts, B. M., and Martinson, I. M. 1988. Toward a science of Family Nursing. California: Addison-Wesley.
- Gomez, E. A., Gomez, G. E., and Otto, D. A. 1984. Anxiety as a human emotion: Some basic conceptual methods. Nursing Forum 21 (1): 38-41.
- Gorman, L. M., Sultan, D. F., and Raines, M. L. 1996. Davis's Manual of Psychosocial Nursing in General Patient Care. Philadelphia: F. A. Davis.
- Grimm, P. M. 1997. Measuring anxiety. In M. Frank-Stromborg, and S. L. Olsen (eds.), Instruments for clinical health-care research. (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Griogo, L. C. 1993. Physiologic and psychologic factors related to depression in patients after myocardial infarction: A pilot study. Heart & Lung 22 (5): 392-400.

- Halm, M. A. 1990. Effect of support groups on anxiety of family members during critical illness. Heart & Lung 19 (1): 62-71.
- Halm, M. A., and Alpen, M. A. 1993. The impact of technology on patients and families. Nursing Clinic of North America 28 (2): 443-457.
- Halm, M. A., et.al. 1993. Behavioral responses of family members during critical illness. Clinical Nursing Research 2 (4): 414-437.
- Hickey, M. 1993. Psychosocial needs of families. In J. M. Chochesy, C. Breu, S. Cardin, E. B. Rudy, and A. A. Whittaker (eds.), Critical Care Nursing pp.91-101. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hodovanic, B. H., Reardon, D., Reese, W., and Hedges, B. 1984. Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. Heart & Lung 13 (3): 243-249.
- Hopkins, A. G. 1994. The trauma nurse's role with families in crisis. Critical Care Nurse 14 (4): 35-43.
- Horn, E. V., and Tesh, A. 2000. The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. Dimensions of Critical Care Nursing 19 (4): 40-50.
- Honor, A. J. 1986. Intensive caring: Orienting ICU families through AV media. Nurse Manage 17 (December): 30A, 30D, 30E, 30H.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., and Morton, P. G. 1998. Critical Care Nursing: A holistic approach. Philadelphia: Lippincott.
- Jamerson, P. A., et.al. 1996. The experiences of families with the relative in the intensive care unit. Heart & Lung 25 (6): 467-474.
- Johnson, B. S. 1993. Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth. (3rd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Johnson, K. A. 1986. 10 ways to help the family of critical ill patients. Nursing 86,16 (1): 50-53.
- Johnson, M., and Maas, M. 1997. Nursing Outcomes Classification (NOC). St.Louis: Mosby.
- Johnson, L. H., and Robert, S. L. 1996. Hope facilitating strategies for the family of the head injury patient. Journal of Neuroscience Nursing 28: 259-266.

- Kneisl, C. R. 1996. Stress, anxiety, and coping. In H. S. Wilson, and C. R. Kneisl (eds), Psychiatric nursing. (5th ed.). California: Benjamin/Cummings publishing.
- Lader, M., et.al. 1971. Clinical Anxiety. New York: Grune and Stratton.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. 1984. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing.
- Lee, K. Anxiety and related disorders. In M. A. Boyd, and M. A. Nihart (eds.), Psychiatric nursing: Contemporary practice, pp. 476-529. Philadelphia: Lippincott.
- Leith, B. A. 1998. Transfer anxiety in critical care patients and their family members. Critical Care Nurse 18 (4): 24-32.
- Leske, J. S. 1986. Needs of relatives of critically ill patients : A follow-up. Heart & Lung 15 (3): 189-193.
- Leske, J. S. 1992. Comparison rating of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristic. Critical Care Nursing Clinic of North America 4 (4): 607-613.
- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. AORN JOURNAL 64 (3): 424-436.
- Leske, J. S. 2002. Intervention to decrease family anxiety: protocols for practice. Critical Care Nurse 22 (6): 61-65.
- Leventhal, H., and Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, and R. C. Leonard (eds.), Behavioral science and nursing theory, pp.189-262. St.Louis: Mosby.
- Marefell, J. A., and Garcia, J. S. 1995. Contracted visiting hours in the coronary care unit. Nursing Clinic of North America 30 (1): 87-96.
- Marshall, M. A. 1978. Behaviour Modification: Three Techniques for Decreasing the Stress of Hospitalization and Surgery. Canadian Medical Association Journal 119 (1): 45-46.
- McCloskey, J. C., and Bulechek, G. M. 1996. Nursing Interventions Classification (NIC). (2nd ed.). St.Louis: C.V. Mosby.

- McGee, R. F. 1984. Hope: A factor of influencing crisis resolution. Advance in Nursing Science 6 (July): 34-38.
- McGregor, E. A. et al. 1981. Care and support for relative in the ICU. Nursing Time 19 (August): 1477-1478.
- McQuay, J. E. 1995. Support of families who had a loved one suffer a sudden injury, illness, or death. Critical Care Nursing Clinics of North America 7 (3): 541-547.
- Meijs, C. A. 1989. Care of the family of the ICU patient. Critical Care Nurse 9 (8): 42-44.
- Meisel, M. 1991. Psychosocial implications in care of the critically ill patient and family. In J. T. Dolan (ed.), Critical Care Nursing: Clinical management through the nursing process, pp.14-30. Philadelphia: F. A. Davis.
- Miller, K. M., et.al. 1990. Relaxation technique and postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery. Heart & Lung 19 (2): 136-146.
- Mirr, M. P. 1991. factors effecting decisions made by family members of patients with severe head injury. Heart & Lung 20: 228-235.
- Nicholson, A. C. et.al., 1993. Effect of child visitation in adult critical care units: A pilot study. Heart & Lung 22 (1): 36-45.
- Perry, M. A., and Furukava, M. J. 1986. Modeling methods. In E. H. Kanfer, and A. P. Goldstein (eds.), Helping people change. (3rd ed). Oxford: Pergamon.
- Polit, D. F., and Beck, T. 2004. Nursing Research: Principle and Methods. (7th ed). Philadelphia: A Wolters Kluwer Company.
- Polit, D. F., and Hungler, B. D. 1999. Nursing research: Principles and Methods. (6th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Prevost, S. S. 1997. Individual and family response to the critical care experience. In J. C. Hartshornn, and M. L. Sole (eds.), Introduction to Critical Care Nursing. (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Quinn, S., Redmond, K., and Begley, C. 1996. The needs of relatives visiting adult critical care unit as perceived by relatives and nurses Part I and Part II. Intensive and Critical Care Nursing 12 (August): 168-172,239-245.
- Reider, J. A. 1994. Anxiety during critical illness of family member. Dimentions of Critical Care Nursing 13 (5): 272-279.

- Riedel, S. E., Fredman, L., and Langenberg, P. 1998. Associations among caregiving difficulties, burden, and rewards in caregivers to older post-rehabilitation patient. The Journals of Gerontology: Psychological Sciences 53 (3): 165-174.
- Roberts, S. L. 1976. The role of the family in critical care. In S. L. Roberts (ed.), Behavioral Concepts and the Critical Ill Patient, pp.352-371. Chicago: Pentric Hall.
- Rodgers, C. D. 1983. Needs of relatives of cardiac surgery patients during the critical care phase. Focus on Critical Care 10 (October): 50-53.
- Rukholm, E., Bailey, P., and Coutu-Wakulczyk, G. 1991. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. Journal of Advanced Nursing 16 (8): 920-928.
- Sabo, K. A., et.al. 1989. ICU. family support group sessions: family members' perceived benefits. Applied Nursing Research 2 (2): 82-89.
- Sheridan, C. A., and Radmacher, S. A. 1992. Health psychology: Challenging the biomedical model. Canada: John Wiley & Son.
- Simpson, T. 1991. Critical care patients' perceptions of visits. Heart & Lung 20 (November): 681-688.
- Skipper, J. K., and Leonard, R. C. 1975. Social interaction and patient care. Philadelphia: Lippincott.
- Smitherman, S. G. 1977. Parents of hospitalized children have needs too. American Journal of Nursing 79 (August): 1423-1424.
- Spielberger, D. C., et.al. 1970. STAI MANUAL. California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, D. C. 1972. Anxiety as an emotional state. In D. C. Spielberger (ed.), Anxiety: Current trends in theory and research, pp.23-49. New York: Academic press.
- Spielberger, C. D. 1983. Manual for the state-trait anxiety inventory. California: Consulting Psychologists press.
- Solursh, D. 1990. The family of trauma victims. Nursing Clinics of North America 25 (1): 155-162.

- Thelma, I. 1960. Do patient feel lost in a general hospital. American Journal of Nursing 60 (6): 648-665.
- Tiller, M. G., Cohen, M. Z., and Craft, M. J. 1991. Impact of adult critical care hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. Heart & Lung 20 (2): 174-182.
- Tracy, J., Fowler, S., and Magarelli, K. 1999. Hope and anxiety of individual family members of critical ill adults. Applied Nursing Research 12 (3): 121-127.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

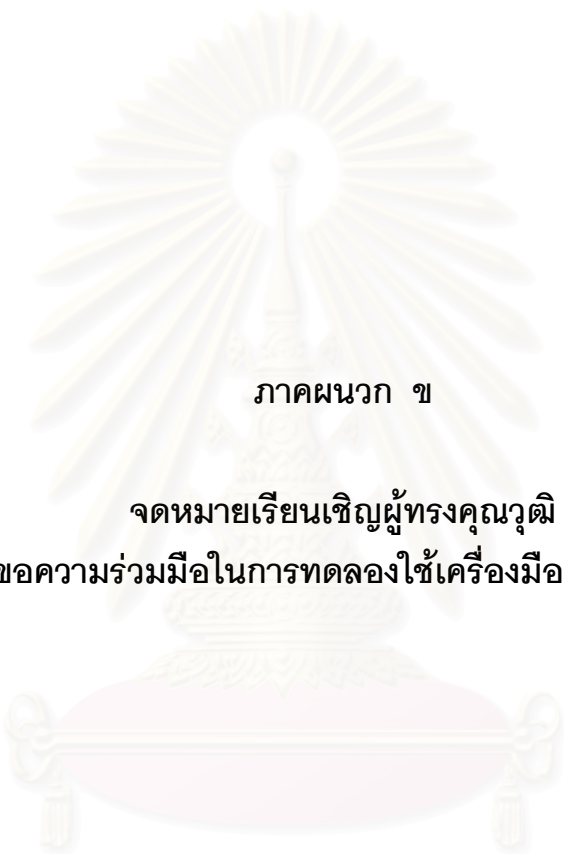
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราง	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ พิษิตพรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลง กรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ญ.รติมา ลือวิบูลย์รัตน์	แพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนัก ร.พ.อินทร์บุรี
นางดวงดาว วีระนะ	หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ร.พ.อินทร์บุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวสุทิตี วัฒนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

1. ผ.ศ. ดร.วันเพ็ญ พิษิตพรชัย
2. อ. ดร.เสาวลักษณ์ จิระธรรมกุล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

1. ผ.ศ. ดร.วันเพ็ญ พิษิตพรชัย
2. อ. ดร.เสาวลักษณ์ จิระธรรมกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสุทิตี วัฒนกุล โทร. 0-6306-1741

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

เนื่องด้วย นางสุทธีณี วัฒนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

1. พ.ญ.รติมา ลือวิบูลย์รัตน์ แพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนัก
2. นางดวงดาว วีระนะ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

1. พ.ญ.รติมา ลือวิบูลย์รัตน์
2. นางดวงดาว วีระนะ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสุทธีณี วัฒนกุล โทร. 0-6306-1741

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

เนื่องด้วย นางสาวสุทธินี วัฒนกุล นิสิตชั้นปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสุทธินี วัฒนกุล โทร. 0-6306-1741

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ

เนื่องด้วย นางสาวสุทธินี วัฒนกุล นิสิตชั้นปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสุทธินี วัฒนกุล โทร. 0-6306-1741

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี

เนื่องด้วย นางสาวสุทธีณี วัฒนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัว โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมเชิงสนับสนุน จากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุทธีณี วัฒนกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

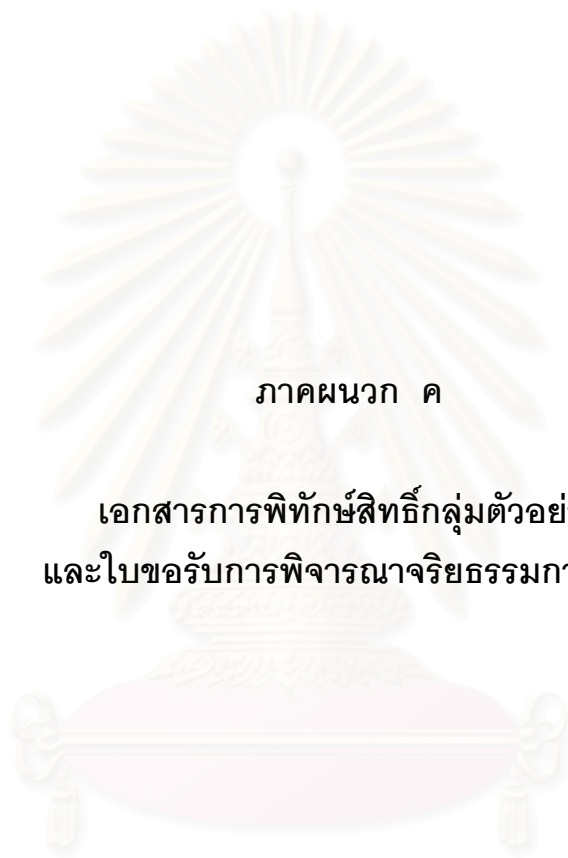
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสุทธีณี วัฒนกุล โทร. 0-6306-1741



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
และใบขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความ
วิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย , นาง , นางสาว).....นามสกุล..... ได้รับทราบรายละเอียด
ของโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมี
แบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” จากผู้วิจัย โดยผู้ป่วย
และข้าพเจ้าจะได้รับการพยาบาลโดยการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมี
แบบแผน ในช่วงวันแรกถึงวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว
ของข้าพเจ้า และจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลด้วยการทำแบบประเมินความ วิตกกังวลของ
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั้งหมด 4 ครั้ง คือก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งแรก, และ
ภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันแรก, วันที่ 2, และวันที่ 3

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ
การศึกษเป็นอย่างดี และได้พิจารณาแล้วว่าการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุขของ
ประเทศ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษาวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้อง
ให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

ถ้าท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อกับดิฉันได้ที่ 036-581993-7 ต่อ 113 หรือสอบถาม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วม
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... (ผู้ยินยอม)

...../...../.....

ลงชื่อ..... (ผู้วิจัย)

...../...../.....

ลงชื่อ..... (พยาน)

...../...../.....

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/ Participant Information Sheet)

ในการทำวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“สวัสดิ์คะ” ดิฉัน สุทธิณี วัฒนกุล นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” เพื่อพัฒนาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสม เป็นองค์รวม และมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้จัดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยหนัก อีกกลุ่มคือกลุ่มทดลอง ที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ตอบแบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้งคือ ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งแรก และหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 1, วันที่ 2, และวันที่ 3 หลังจากได้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะนำวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลด้านกระบวนการ ด้านความรู้สึก และแหล่งประโยชน์ต่างๆ จากผู้วิจัยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก 2) การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 3) การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด 4) การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ 5) การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยง หรือก่อให้เกิดอันตรายใดๆแก่ท่านและผู้ป่วย เพียงแต่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมนี้นี้ และการตอบแบบประเมินฯ

คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ท่านสามารถออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านและผู้ป่วยพึงจะได้รับ

ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
(Application Form for Ethical Reviews)

1. ชื่อโครงการ (ไทย) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน
ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
ชื่อโครงการ (อังกฤษ) THE EFFECT OF PREPARATORY INFORMATION AND VISITATION
FACILITATION PROGRAM ON ANXIETY AMONG FAMILY
MEMBERS OF PATIENTS IN A CRITICAL CARE UNIT.
2. ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวสุทธินี วัฒนกุล
สถานะ / นิสิต อาจารย์ อื่น ๆ
หน่วยงาน/สถาบันที่สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทรศัพท์ 0-3651-2789 โทรสาร.....
มือถือ 0-6306-1741 E-mail Address : Suttinee.W.@student.chula.ac.th
3. ชนิดของโครงการวิจัย
(/) การทดลองทางคลินิก (Clinical trial)
() อื่น ๆ โปรดระบุ
4. วันที่ยื่นเสนอ.....
(/) ยื่นเสนอครั้งแรก
() ปรับปรุงแก้ไข โดยมีโครงการที่เสนอไปแล้วครั้งแรกเมื่อ.....
() ใบแจ้งความคืบหน้าในการแก้ไข
5. รหัสของโครงการ (Study code) ถ้ามี.....
6. หน่วยงาน/สถาบันที่ร่วมในการทำวิจัย
(/) เฉพาะที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
() Multicenter trial
7. ลักษณะของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัย
() ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยปกติ
(/) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
8. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ป่วยที่คาดว่าจะเข้าร่วมโครงการ
ประมาณ 40-50 คน
9. ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ทั้งโครงการ 1 ปี 6 เดือน
10. ระยะเวลาที่แต่ละประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะอยู่ในโครงการประมาณ 3-4 วัน
11. แหล่งทุน () 1. รัฐบาล (โปรดระบุ).....
() 2. เอกชน (โปรดระบุ).....
() 3. องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) (โปรดระบุ).....
() 4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
(/) 5. ของผู้วิจัย
- (กรณีระบุแหล่งทุน 1-4 ให้ระบุข้อ 12-13)

12. การติดตามการดำเนินการวิจัย โดยผู้ให้ทุนวิจัย (Sponsor)
- () มีแล้วโดยผ่าน.....
- () ยังไม่มี อยู่ระหว่างจัดตั้ง
- () ยังไม่มี
13. ทุนที่ได้รับทั้งโครงการ =บาท
- ทุนที่ได้รับเข้ายังหน่วยงาน/สถาบันที่สังกัด = บาท
14. โครงการวิจัยนี้เคยยื่นเสนอที่อื่นหรือไม่
- (/) ไม่เคย
- () เคยในระดับนานาชาติที่เมื่อ
ผลการพิจารณา
- () เคยในระดับประเทศที่.....เมื่อ.....
ผลการพิจารณา.....
15. ประเด็นที่ต้องการให้คณะกรรมการพิจารณาเป็นพิเศษ เป็นการศึกษาการจัดกระทำในสมาชิก
ในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
16. โครงร่างวิจัยนี้เป็นโครงร่างวิทยานิพนธ์ของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- () ระดับบัณฑิต
- (/) ระดับมหาบัณฑิต
- () ระดับดุษฎีบัณฑิต
- () ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกของ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เมื่อวันที่...../...../..... (เอกสารแนบ)

.....

(นางสาวสุทธีณี วัฒนกุล)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

*รับรองคำขอรับการพิจารณาจริยธรรม

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ * ใช้เฉพาะกรณีเป็นวิทยานิพนธ์/ปริญญาานิพนธ์

** หมายถึงผู้มีอำนาจเต็มตามกฎหมายใด ๆ ในการพิจารณาของแต่ละคณะ/วิทยาลัย/สำนักวิชา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่.....วันที่.....

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 14 ชุด

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวสุทธี วัฒนกุล ตำแหน่ง นิสิตรระดับมหาบัณฑิต คณะ /สถาบัน /หน่วยงาน
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลและ
สนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก”
และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมฯ ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณา Relevant &
Scientific Merit และการคัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับ
คณะ/ สถาบัน/ หน่วยงานแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

.....

(นางสาวสุทธี วัฒนกุล)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

สถาบันวิทยาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ลงนาม).....

(ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ลงนาม).....

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ฐนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเขียนอย่างมีแบบแผน

ส่วนที่ 2 บทสไลด์มัลติมีเดีย เรื่อง การเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้
ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ส่วนที่ 3 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม(วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาล</p>	<p>1 ขั้นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p> <p>1) การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดิ์ดีคะ ดิฉันชื่อสุทธิณี วัฒนกุล เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนัก แหล่งประโยชน์ภายในโรงพยาบาลที่ท่านสามารถจะหาได้ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของท่าน รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ชักถามข้อสงสัย และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำแก่ท่านเสมอ</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเอง พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง และขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดได้ตอบกับผู้วิจัย</p>	-	-
<p>เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบสภาพ และอาการของผู้ป่วยพอสังเขป</p>	<p>2) ให้ข้อมูลด้านกระบวนการ ด้านความรู้สึก และแหล่งประโยชน์</p> <p>2.1) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังได้รับการช่วยเหลือ ดูแลรักษาจากทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความตั้งใจ และเต็มใจในการให้การพยาบาลอย่างเต็มที่ที่สุดความรู้ความสามารถ โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค.....</p> <p>อาการของผู้ป่วยขณะนี้คือ.....เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยอยู่ขณะนี้คือ.....แผนการรักษาของผู้ป่วยคือ.....</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ด้วยการอธิบาย พูดคุย และเปิดโอกาสให้ซักถาม</p>	-	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุย ได้ตอบกับผู้วิจัย</p> <p>ผู้วิจัยใช้การซักถามย้อนกลับเป็นระยะ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม(วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั่วไปของหอผู้ป่วยหนักก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการเข้าไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย</p>	<p>2.2) สภาพแวดล้อมทั่วไป บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่างๆ</p> <p>หอผู้ป่วยหนักนี้มีประตู 2 ชั้น เมื่อผ่านประตูชั้นนอก จะมีที่สำหรับเปลี่ยนรองเท้า..... แพทย์และพยาบาลจะคอยให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชม. โดยที่ทีมพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย.....โดยแบ่งเป็น 3 ผลิต คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ในแต่ละเวรจะประกอบด้วย.....</p> <p>ทีมพยาบาลจะคอยให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยช่วยดูแล.....</p>	<p>ผู้วิจัยมอบ “คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก” ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยดูสไลด์มัลติมีเดียเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>สไลด์มัลติมีเดีย</p> <p>เรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รู้จักเครื่องมือพิเศษที่พบบ่อยๆในหอผู้ป่วยหนักพอสังเขป เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจากการได้เห็น หรือได้ยินเสียงเตือน / เสียงการทำงาน ของเครื่องมือพิเศษ</p>	<p>2.3) อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย</p> <p>เครื่องมือต่างๆในหอผู้ป่วยหนักที่ท่านมักจะพบเห็นบ่อยๆ มีดังนี้ คือ</p> <p>ก. เครื่องช่วยหายใจ มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยจะใช้เครื่องนี้ในกรณี.....</p> <p>ข. เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร และความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องนี้อาจจะวางอยู่ด้านบนเหนือศีรษะผู้ป่วย..... จะมีสัญญาณเสียงและสัญญาณไฟกระพริบ..... เครื่องนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแต่อย่างใด</p> <p>ค. เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลว มีลักษณะสี่เหลี่ยมและติดอยู่กับเสาน้ำเกลือข้างเตียงผู้ป่วย จะใช้เครื่องนี้เมื่อ.....</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยดูสไลด์มัลติมีเดียเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>สไลด์มัลติมีเดีย</p> <p>เรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และใช้แบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม(วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบถึงการพยาบาลต่างๆที่ผู้ป่วยจะได้รับ</p>	<p>2.4) การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ</p> <p>ก. ด้านร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพร่างกาย ทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ..... เพื่อให้ทราบถึง..... เช่น ระดับความรู้สึกตัว ขนาดของรูม่านตา/ปฏิกิริยาต่อแสง อุณหภูมิ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต - การทำความสะอาดร่างกาย บนเตียงวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น - การให้อาหารทางสายยาง โดยที่..... ในกรณีผู้ป่วย..... - การให้ยา ทั้งยารับประทานและยาฉีดต่างๆ เช่นตามเวลา และแผนการรักษา - การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. เพื่อ..... เช่น..... - การป้องกันอุบัติเหตุ โดย..... - การดูแลแผลในขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ โดย..... เพื่อ..... <p>ข. ด้านจิตใจ - สังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น..... และให้การช่วยเหลือ - อธิบาย และบอก วิธีการในการรักษาพยาบาลต่างๆให้ผู้ป่วยเข้าใจ - เปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด และให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน และนอนหลับอย่างเพียงพอ 	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยดูสไลด์มัลติมีเดียเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>สไลด์มัลติมีเดีย เรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และใช้แบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม(วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถหาแหล่งประโยชน์ได้เพียงพอและมีมากพอที่จะใช้ในการเผชิญความเครียด และแก้ไขปัญหา</p>	<p>ค. ด้านจิตวิญญาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความมั่นใจ - แนะนำวิธีการผ่อนคลาย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและท่านได้ทำพิธีทางศาสนาตามความเชื่อ <p>2.5) คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม สำหรับแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล และองค์กรในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการแก้ปัญหาที่ท่านมี และกำลังเผชิญอยู่นั้น ได้แก่</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยดูสไลด์มัลติมีเดีย เรื่อง การเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>สไลด์มัลติมีเดีย เรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และใช้แบบทดสอบความรู้ฯ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตามความต้องการ และความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย</p>	<p>2 ขั้นการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย</p> <p>ท่านสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้นานมากกว่าครั้งละ 5 นาที และสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้นอกเหนือจากเวลาที่ทางหอผู้ป่วยกำหนดไว้ได้ แต่เมื่อ.....</p> <p>ท่านควรล้างมือ.....เพื่อ.....</p> <p>เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ท่านสามารถจับมือผู้ป่วย เรียกชื่อผู้ป่วย</p> <p>ไม่พูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ</p>	<p>ผู้วิจัยแนะนำและจัดให้ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งขึ้น โดยไม่รบกวนการทำงานของแพทย์/พยาบาล ชี้ตำแหน่งอ่างล้างมือให้ทราบ แนะนำการเรียกและการพูดคุยกับผู้ป่วย</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม(วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด</p>	<p>3 ขั้นการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด</p> <p>ท่านสามารถมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด อย่างเต็มความรู้ความสามารถจากแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โดยที่ท่านสามารถพบและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยได้ในตอนเช้าของทุกวัน โดยแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยคือ.....และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในผลัดนี้คือนอกจากนี้แพทย์และพยาบาลทุกท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยยังพร้อมที่จะตอบข้อสงสัยของท่านและอยู่เป็นเพื่อนข้างๆท่านด้วยความเต็มใจ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับแพทย์/พยาบาล และจัดให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้พบแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง อย่างช้าไม่เกินวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา</p>	-	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง</p>
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทางร่างกาย</p>	<p>4 ขั้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>4.1) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกายที่ท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยดีใจและมีกำลังใจที่ได้รับความสนใจ และการดูแลจากบุคคลที่ตนรัก เช่น</p> <p>ก. การเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย โดย.....</p> <p>ข. การหิวผมให้ผู้ป่วย โดย.....</p> <p>ค. การช่วยออกกำลังมือ-เท้าให้ผู้ป่วย โดย.....</p>	<p>ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้ และผู้ป่วยต้องการ</p> <p>ผู้วิจัยแนะนำ สาธิตการปฏิบัติ และร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการ กระทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยทางร่างกาย ที่ละกิจกรรม</p>	<p>คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก</p> <p>อุปกรณ์ต่างๆ คือ กะละมังน้ำ / ผ้าขนหนูผืนเล็ก / ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี้ยง</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหลังจากการแนะนำและสาธิตของผู้วิจัย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยจะทำการประเมินความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม(วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทราบถึงวิธีในการสื่อสาร / ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และสามารถที่จะทำการสื่อสาร / ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้</p>	<p>4.2) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ในขณะที่ท่านเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้เนื่องจากได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่านสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้โดยการ.....</p>	<p>ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วย</p>	<p>คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก</p> <p>อุปกรณ์ต่างๆ คือ กระดาษสำหรับเขียนที่มีที่รอง / ปากกาหรือดินสอ</p>	<p>เพื่อสอน -สาธิตซ้ำจนทำได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มีความพร้อม</p> <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การปฏิบัติ การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขณะเยี่ยมผู้ป่วย</p>
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ และซักถามปัญหา ข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p>	<p>5 ขั้นตอนได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก</p> <p>5.1) ผู้วิจัยจัดให้มีเวลาและสถานที่ในการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หลังจากที่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว โดย.....</p> <p>5.2) ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดย.....</p>	<p>ผู้วิจัยจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย กระตุ้น และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจ สนใจ เต็มใจ สบตาขณะพูดคุย</p>	<p>-</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม(วิธีการให้ข้อมูล)	สื่อ	การประเมินผล
	<p>5.3) ผู้วิจัยให้คำปรึกษา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดย.....</p> <p>5.4) การปลอบใจและให้กำลังใจ ผู้วิจัยพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง และพูดปลอบใจ สัมผัส และปีบมือของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นครั้งคราว โดย.....</p>	<p>ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนพูดคุยให้การปลอบใจ และให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</p>		

บทสไลด์มัลติวิชั่นเรื่อง
“การเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน”

ลำดับ ที่	ภาพ	เสียง	เวลา
1	LOGO คณะพยาบาลศาสตร์(ตราพระแก้ว) CU จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เสียงดนตรี	
2	ข้อความ “การเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนัก” ภาพของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก	การเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก	
3	ข้อความ “จัดทำโดย นางสาวสุทธิณี วัฒนกุล นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษา”	เสียงดนตรี	
4	ข้อความ “โดยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ใน หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี” ภาพหมู่ของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนัก	เสียงดนตรี	
5	ภาพโรงพยาบาลอินทร์บุรี	ความมุ่งหวังของครอบครัวผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่าง ดีที่สุด ได้รับเกียรติและการเอาใจใส่ มีความปลอดภัย สุขสบายไม่เจ็บปวด มีอาการดีขึ้นและหายจากโรคใน ที่สุด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความรุนแรงของอาการ และความเร่งด่วนของความต้องการการรักษาที่ แตกต่างกันไปตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย	
6	ภาพการให้การดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ภาพหอผู้ป่วยหนัก	การเจ็บป่วยวิกฤต รุนแรงของบุคคลภายใน ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักนั้น จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้นใน ระดับสูง ซึ่งจะส่งผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยเอง สิ่งสำคัญคือจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่ สามารถเป็นแหล่งกำลัง และให้การสนับสนุนแก่ ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ในช่วงเวลานี้ผู้ป่วยมีความต้องการ การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างมาก	

ลำดับ ที่	ภาพ	เสียง	เวลา
.	.	.	
.	.	.	
28	ภาพเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนัก	มาถึงตรงนี้ ท่านได้รับทราบถึงสิ่งที่ท่านจะได้พบ เห็น และได้ยินตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนในการเยี่ยม ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักแล้ว ทางผู้จัดนั้นทำหวังเป็น อย่างยิ่งว่าจะทำให้ท่านบรรเทาความวิตกกังวลลง และ สามารถให้การช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย ได้เป็นอย่างดี	
	ข้อความ “ด้วยความปรารถนาดีจากผู้จัดทำ และ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนัก”	ด้วยความปรารถนาดีจากผู้จัดทำ และเจ้าหน้าที่ใน หอผู้ป่วยหนัก	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก



จัดทำโดย
นางสุทธินี วัฒนกุล นิสิตปริญญาโท
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษา

หอผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.) คืออะไร

ไอ.ซี.ยู. เป็นคำย่อมาจากภาษาอังกฤษว่า INTENSIVE CARE UNIT หมายถึง หน่วยบริการผู้ป่วยที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ พร้อมมีบุคลากรผู้มีทักษะพิเศษเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือปัญหาวิกฤตทางร่างกายที่คุกคามชีวิต มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือเสียชีวิตได้ง่าย ต้องการการดูแลรักษาที่ซับซ้อน และการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษและต่อเนื่อง เพื่อรักษาชีวิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

นโยบายการให้บริการของหอผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.)

ไอ.ซี.ยู. สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษาได้ทั้งหมด 8 เตียง โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีและมีภาวะวิกฤตจะรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.เด็ก) โดยมีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ ระบบหลอดเลือด ปอด ตับ ไต อยู่ในภาวะช็อค หรือผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่และคาดว่าจะเกิดอาการรุนแรงได้ทุกขณะ
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะสำคัญที่อาจมีอาการแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ ยาพิษ ทั้งที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือก่อนวิกฤต
5. ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว

ท่านจะให้กำลังใจผู้ป่วยได้อย่างไร

ท่านสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยได้ โดยการมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทุกครั้งที่ท่านมาเยี่ยมท่านควรบอกให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าท่านมาเยี่ยมด้วยการเรียกผู้ป่วยเบาๆ พูดคุยถึงเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ

ในระหว่างการพูดคุย ท่านสามารถสัมผัสผู้ป่วย จับมือผู้ป่วยและบีบเบาๆ พร้อมทั้งพูดให้กำลังใจผู้ป่วย

ก่อนท่านจะกลับบ้าน ท่านควรบอกกับผู้ป่วยและพูดคุยให้ผู้ป่วยทราบถึงความห่วงใยที่ท่านมีต่อผู้ป่วย

ท่านจะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างไร

ท่านสามารถพูดคุยกับผู้ป่วย โดยใช้คำถามง่ายๆ สั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตอบด้วยการพยักหน้า-ส่ายหน้า หรือ

ท่านอาจให้ผู้ป่วยเขียนหนังสือบอกแทนก็ได้

ถ้าผู้ป่วยพูดได้(ซึ่งจะไม่มีเสียง)ท่านต้องสังเกตริมฝีปากผู้ป่วยว่าผู้ป่วยพูดว่าอะไร

ความสำคัญของการมาเยี่ยมผู้ป่วย

ท่านเป็นผู้ที่มีความสำคัญ ต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นอย่างมาก ดังนั้น ท่านควรมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันหากสามารถทำได้

การมาเยี่ยมของท่าน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง และรับรู้ถึงความห่วงใยที่ท่านมีต่อผู้ป่วย

กำลังใจจากท่าน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วยิ่งขึ้น

ขอให้ท่าน โชคดี

ด้วยความปรารถนาดีจากพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก

แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก”

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

สุทธิณี วัฒนกุล

นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิจัยประชากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ลงใน หน้าคำตอบที่ท่านเลือก และ/หรือกรอกข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างต่อไปนี้

1. ชื่อ-นามสกุล.....

2. เพศ ชาย

หญิง

3. ปัจจุบันอายุ..... ปี

4. ศาสนา.....

5. สถานภาพสมรส โสด

คู่

หม้าย / หย่า / แยก

6. ระดับการศึกษาสูงสุด.....

7. อาชีพ.....

8. รายได้..... (บาท/เดือน)

9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บิดา / มารดา

สามี / ภรรยา

บุตร

10. การรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก.....
2. ชื่อ-นามสกุล.....
3. เพศ ชาย
 หญิง
4. อายุ..... ปี
5. ศาสนา.....
6. สถานภาพสมรส โสด
 คู่
 หม้าย / หย่า / แยก
7. การวินิจฉัยโรค.....
8. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (APACHE SCORE).....
9. อุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย
 - เครื่องช่วยหายใจ
 - เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร และความดันโลหิต
 - เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำ ของเหลว
 - สายยางที่สอดไว้ทางจมูก (NG tube)
 - ท่อระบายปัสสาวะ (Foley catheter)
 - อื่นๆ (ระบุ).....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

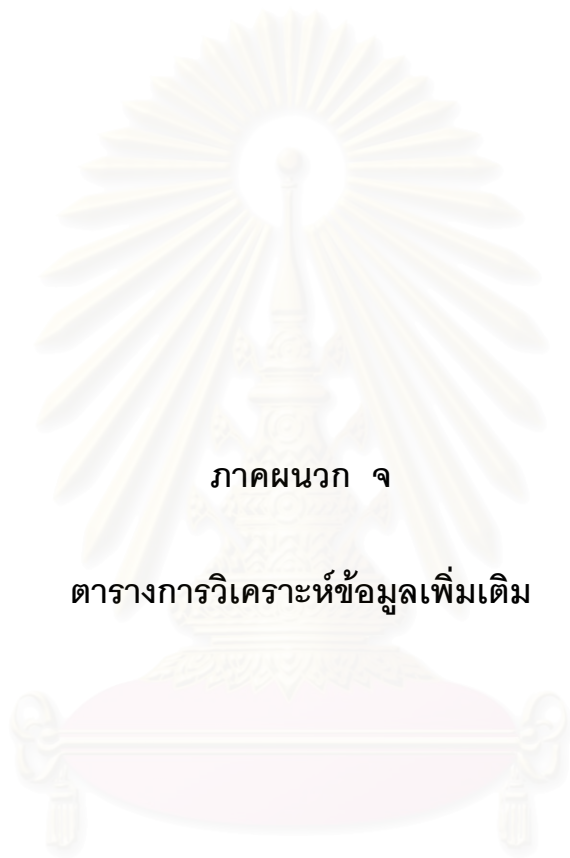
คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่าน โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความซึ่งท่านคิดว่า ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ **เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี** ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด ในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว โดยในการเลือกตอบนั้นให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- ไม่มีเลย(1)** หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้เลย
- มีบ้าง(2)** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้เล็กน้อย
- ค่อนข้างมาก(3)** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ค่อนข้างมาก
- มากที่สุด(4)** หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้สึกของท่านในขณะนี้	ไม่มีเลย (1)	มีบ้าง (2)	ค่อนข้าง มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ.....
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย.....
3. ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียด.....
.
.
.
20. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 การแจกแจงของข้อมูลความวิตกกังวล

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PREEX	.150	20	.200(*)	.936	20	.204
POSTEX	.119	20	.200(*)	.945	20	.299
PRECON	.132	20	.200(*)	.940	20	.242
POSTCON	.092	20	.200(*)	.974	20	.843

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

จากตาราง พบว่า ค่า sig = .20 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (.05) จึงสรุปได้ว่า
ตัวแปรความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง, ระยะหลังการทดลองวันที่ 1, ระยะหลังการทดลองวันที่ 2, และระยะหลังการทดลองวันที่ 3 เป็นรายคน

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล							
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		หลังการทดลอง		หลังการทดลอง	
			วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	43	40	38	41	32	40	29	35
2	45	47	37	46	35	45	31	45
3	49	44	38	42	37	41	33	41
4	46	44	38	43	36	42	30	42
5	55	52	49	50	44	50	39	48
6	50	54	46	50	40	51	37	49
7	51	48	47	47	44	43	42	46
8	44	49	40	50	38	48	35	47
9	47	43	43	40	39	42	36	41
10	46	48	39	45	37	45	32	45
11	55	53	46	53	43	52	41	50
12	42	45	35	45	34	49	30	47
13	41	43	35	38	34	38	31	35
14	49	46	42	49	40	48	34	42
15	57	53	48	55	45	54	43	53
16	46	45	41	45	39	45	36	42

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล							
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		หลังการทดลอง		หลังการทดลอง	
			วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม
17	47	47	45	39	41	39	33	44
18	46	51	41	53	41	50	35	49
19	44	43	40	42	37	37	33	32
20	48	43	43	47	40	47	36	47
X	47.55	46.90	41.55	46.00	38.80	45.30	34.80	44.00
SD	4.347	4.025	4.224	4.899	3.622	4.943	4.047	5.390

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองวันที่ 3 และความแตกต่างระหว่างก่อน-หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคน

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ความแตกต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ความแตกต่าง
1	43	29	14	40	35	5
2	45	31	14	47	45	2
3	49	33	16	44	41	3
4	46	30	16	44	42	2
5	55	39	16	52	48	4
6	50	37	13	54	49	5
7	51	42	9	48	46	2
8	44	34	9	49	47	2
9	47	36	11	43	41	2
10	46	32	14	48	45	3
11	55	41	14	53	50	3
12	42	30	12	45	47	-2
13	41	31	10	43	35	8
14	49	34	15	46	42	4
15	57	43	14	53	53	0
16	46	36	10	45	42	3
17	47	33	14	47	44	3

ตารางที่ 9 (ต่อ)

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ความ แตกต่าง	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	ความ แตกต่าง
18	46	35	11	51	49	2
19	44	33	11	43	32	11
20	48	36	12	43	47	-4
X	47.55	34.80		46.90	44.00	
SD	4.347	4.047		4.025	5.390	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุทธินี วัฒนกุล เกิดวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2514 ที่จังหวัดสิงห์บุรี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เกียรตินิยมอันดับ 2) จากวิทยาลัยบรมราชชนนีสวรรคต์ประจักษ์ เมื่อปี พ.ศ. 2537 เข้ารับราชการเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี พ.ศ. 2537-2545 เข้าศึกษาต่อหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2545 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ ณ.หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทร์บุรี ตำบลทับยา อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย