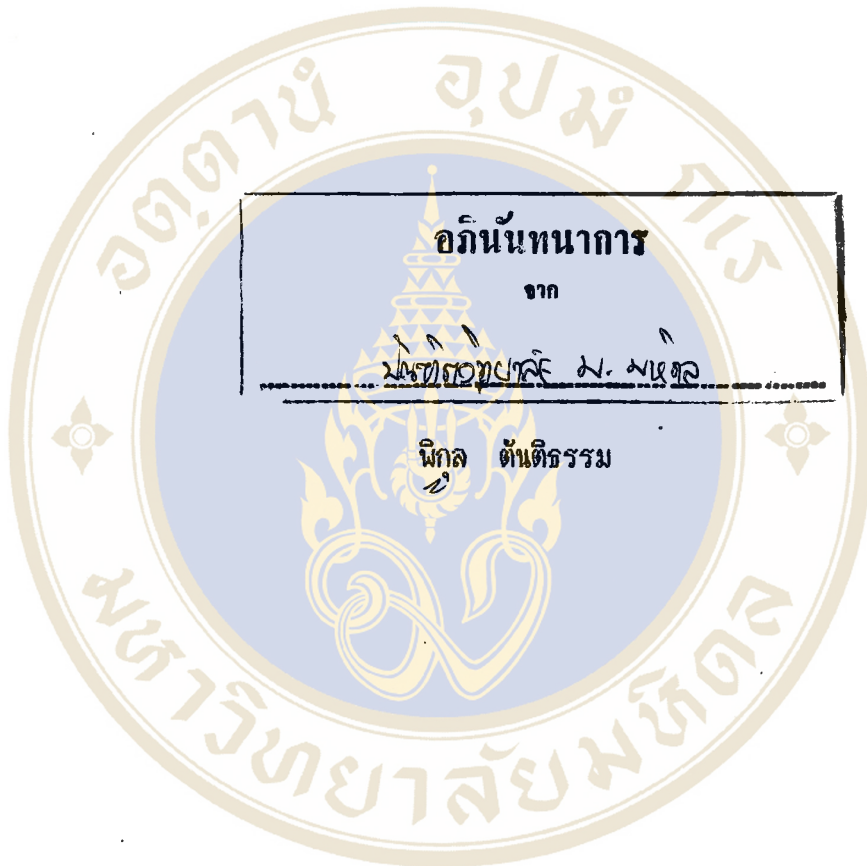




28 ส.ค. 2534

ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล

The effect of informational preparation on the level of anxiety among
relatives of the patients admitted in the intensive care unit



อภินันท์นาการ

จาก

นางสาวกมล งาม

นิสิต ทันตกรรม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานานาชาติศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2533

ISBN 974-586-812-4

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล

พิกุล ตันติธรรม

ผู้วิจัย

ผู้วิจัย

อรสา พันธักกิตติ, วท.บ., วท.ม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุภาณี วทีนอมร, วท.บ., M.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เยาวลักษณ์ เลหาะจินดา, วท.บ., ค.ม.

เยาวลักษณ์ เลหาะจินดา, วท.บ., ค.ม.

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานโยบายศาสตร์

วันที่ 15 พฤษภาคม 2533

กฤษณ์ วัฒนศิริธรรม

ฝึกสอน

ผู้วิจัย

อรสา พันธรัตน์

อรสา พันธรัตน์, วท.บ., วท.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุภาณี วชิรอมร

สุภาณี วชิรอมร, วท.บ., M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สมจิต หนูเจริญกุล

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

มณฑิรา จุลสมัย

มณฑิรา จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เยาวลักษณ์ เลหาะจินดา

เยาวลักษณ์ เลหาะจินดา, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S., (Land),

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

(อายุรศาสตร์-ประสาทวิทยา)

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางนิกุล ตันติธรรม

วัน เดือน ปีเกิด 15 สิงหาคม 2497

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา
วุฒิการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)
สถานที่ศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ปี พ.ศ. ที่สำเร็จ 2521

ทุนวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพ 5 หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (ICU)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือมาโดยตลอดจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรสา พันธักฤดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาณี วคินอมร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ข้อคิด ที่แนะแนวทางและ ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ซึ่งช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ขึ้น คุณจริยา ตันติธรรม คุณพัชรา อินทรสุข คุณชวนพิศ นิธิช่วงค์ และคุณลดาวัลย์ รวมเมฆ ที่ได้กรุณาตรวจความตรงของแบบแผนการ เตรียมญาติผู้ช่วย และให้คำแนะนำ ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ขอขอบคุณพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ธุรการประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ และคุณกิตติกร ตันติธรรม ที่ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจด้วยดีมาตลอด และสุดท้ายขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

พิกุล ตันติธรรม

ชื่อวิทยานิพนธ์

ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล

ชื่อผู้วิจัย

นิกุล ตันติธรรม

ปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อรสา พันธุ์ภักดี, วท.บ., วท.ม.

สุภาณี วคินอมร, วท.บ., M.S.

เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, วท.บ., ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา

15 พฤษภาคม พ.ศ.2533

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ได้รับการเตรียมกับไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน โดยทำการศึกษาญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 52 ราย ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2532 ถึง 31 มกราคม 2533 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ให้มีความเท่าเทียมกันของผู้ป่วยในเรื่องระดับความรู้สึกลัว การใส่เครื่องช่วยหายใจ และความสับสน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 26 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับฉลาก กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล แล้วผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยม กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อน แล้วจึงให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามอีกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเสร็จแล้ว แบบสอบถามความวิตกกังวลนี้ผู้วิจัยใช้ของสปีลเบอร์เกอร์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตยา ศรีภักดี และคณะ และทดสอบความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 ส่วนแบบแผนการเตรียมญาติ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยเรียบเรียงจากตำราและเอกสารได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลด้านผู้ป่วยหนัก

การศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนน้อยกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Thesis Title The effect of informational preparation on the level of anxiety among relatives of the patients admitted in the intensive care unit

Name Pikul Tantitham

Degree Master of Science (Acute Care Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Orasa Panpakdee, B.Sc., M.S.

Supanee Wasin-amorn, B.Sc., M.S.

Yauwaluk Lauhachinda, B.Sc., M.Ed.

Date of Graduation 15 May B.E. 2533 (1990)

ABSTRACT

This experimental study was designed to determine the effectiveness of systematic informational preparation on anxiety level among relatives of the critically ill patients admitted to the intensive care unit (ICU) at Ramathibodi Hospital from October 1989 - January 1990. Purposive sampling was used to select one relative for each patient according to the predetermined criteria. Using patients' condition and type of relationship with the patients as strata, the relatives were systematic randomly assigned to either experiment or control groups until 26 subjects in each group were obtained. Relatives in both groups were treated the same by the staffs of the ICU, but prior visiting the patients' relatives in the experiment group received additional information about the intensive care environment and the patients' condition. Anxiety level was measured by the State-Trait Anxiety Inventory form X-1 developed by Spielberger both pre and post visit for both groups.

The results of the study showed that after visiting the patients, the mean scores on anxiety level for both groups were not statistically significant different ($P > .05$). However, mean scores on anxiety level for both groups were significantly reduced after visiting the patient ($P < .01$).

สารบัญเนื้อเรื่อง

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญเนื้อเรื่อง

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

ก

ข

ค-ง

จ

ฉ

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบแนวคิด

สมมติฐานการวิจัย

วัตถุประสงค์

ขอบเขตของการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

นิยามตัวแปร

1

1

3

3

4

4

4

5

5

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความวิตกกังวล

ความเครียดและการเผชิญความเครียด

ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนัก

ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนัก

วิธีการช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย

6

6

14

17

18

20

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

ง

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	23
ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	23
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	24
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย	28
ผลการวิจัย	28
อภิปรายผล	34
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	39
สรุปการวิจัย	39
ข้อเสนอแนะ	40
การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	40
การทำวิจัยต่อไป	40
บรรณานุกรม	41
ภาคผนวก	
ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว	55
ตารางคะแนนความวิตกกังวล	56
ข. การนิทกษัณธิของญาติผู้ป่วย	59
แบบแผนการเตรียมญาติที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย	60
ค. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	67

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

- 1 จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะทั่วไป 30
- 2 ลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของญาติที่ศึกษา 32
- 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยม
ผู้ป่วยระหว่างญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วย
สถิติความแปรปรวนร่วม เมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวล
ก่อนเข้าเยี่ยมเป็นตัวแปรร่วม 33
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการ
ทดสอบที-คู่ของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าเยี่ยม
ผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 34

1. รูปแบบความวิตกกังวลในภาวะปกติ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับระบบโครงสร้างภายในครอบครัวได้มากที่สุดอย่างหนึ่ง ความเจ็บป่วยที่คาดไม่ถึงนี้อาจทำให้บทบาทของคนในครอบครัวเปลี่ยนไป และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื้อคงไว้ซึ่งความสมดุลภายในครอบครัว (Daley 1984 : 231) ซึ่งตรงกับความคิดของโอลเซนที่ว่าความเจ็บป่วยที่รุนแรงมักจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นภายในครอบครัว ทำให้ระบบครอบครัวเข้าสู่ภาวะไม่สมดุลอย่างมาก ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับระบบการดูแลแบบองค์รวม เมื่อต้องเข้าไปข้องเกี่ยวกับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วย จึงต้องรวมเอาครอบครัวทั้งหมดเข้ามาอยู่ในแผนการพยาบาลด้วย (Olsen 1970 : 169) ความเจ็บป่วยทุกชนิดไม่ว่าจากสาเหตุใด สามารถก่อให้เกิดความเครียดได้โดยเฉพาะเมื่อความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และก่อให้เกิดความวิตกกังวลทางอารมณ์ได้อย่างรุนแรง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยเฉพาะในระยะแรก ที่ผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนไป ต้องถูกแยกจากครอบครัว เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ กลัวสูญเสียคนที่ตนรัก และสมาชิกในครอบครัวเองก็มีความต้องการหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้นด้วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (Hodovanic 1984: 243)

ภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีลักษณะเฉพาะคือ มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่สลับซับซ้อน มีเทคโนโลยีสูงเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งมีเสียงสัญญาณไฟต่าง ๆ จากเครื่องมือ เมื่อครอบครัวของผู้ป่วยต้องเข้ามาในสถานที่ที่ตัวเองไม่เคยเห็นมาก่อน ย่อมไม่คุ้นเคยกับเสียงและการทำงานของเครื่องมือ เกิดความเครียดในญาติของผู้ป่วย ซึ่งจะมีพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียดแตกต่างกันไป ความเครียดทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเพื่อที่จะลดความวิตกกังวล ในรูปของการปฏิเสธ ไม่เชื่อ ตกใจ ช็อก โกรธ หรือกลัว ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยอาการรุนแรง ญาติบางคนอาจรู้สึกว่าจะต้องรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะตาย และรู้สึกว่าไม่สามารถมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และญาติอาจจะรู้สึกเหมือนต้องยอมรับในวิธีการรักษาและให้ความไว้วางใจแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นคนแปลกหน้า และต้องใช้เครื่องมือ และวิธีการที่ญาติไม่เคยพบมาก่อนเพื่อรักษาผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ในภาวะเครียดขณะนั้น เมื่อญาติจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก มักจะได้พบและติดต่อกับพยาบาลก่อน ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าพยาบาลมักจะไม่ค่อยได้สนองตอบตามความต้องการของญาติในการลดความวิตกกังวล พยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ญาติต้องทำ เช่น นำของใช้ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วย ระยะเวลา และจำนวนผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย หรือซักถามประวัติอาการของผู้ป่วยกับญาติ และหลังจากนั้นแล้วพยาบาลกับญาติผู้ป่วยอาจจะไม่มีโอกาสได้ปฏิสัมพันธ์กันอีก เนื่องจากมีองค์ประกอบอย่างอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต้องรับผิดชอบงานมากเกินไป การเข้ากันได้ของเจ้าหน้าที่และสมาชิกในครอบครัวทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการเยี่ยม (Gardner and Stewart 1978:106) พยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ จึงมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยทั้งหมด แคลสเซนและแอคเคท ได้วิจัยถึงความเครียดของพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ (Coronary care unit) พบว่า การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ก่อปัญหาลำบากใจให้มากที่สุด พยาบาลมักจะรู้สึกลำบากใจในการที่จะต้องเตรียมด้านจิตใจของญาติหรือสมาชิกในครอบครัว จึงมุ่งความสนใจไปที่ตัวผู้ป่วยมากกว่า (Cassam and Hackett 1972: 1426) การที่พยาบาลไม่สามารถจะมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ป่วย จะทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกวิตกกังวล และกลัวมากขึ้น เกิดความไม่เข้าใจ ไม่ไว้วางใจ และไม่สามารถที่จะรับข้อมูลที่สำคัญได้ (Gardner and Stewart 1978: 106) ทำให้โอกาสที่พยาบาลจะช่วยญาติผู้ป่วยลดลง ญาติผู้ป่วยจึงความวิตกกังวลอยู่นาน

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องการกำลังใจและการปลอบโยนจากครอบครัว ครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือด้านความรู้สึกกลัววิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ขึ้นอยู่กับความสามารถของครอบครัวในการรับรู้ถึงภาวะวิกฤติความทนต่อความวิตกกังวลความเครียดและประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหานั้น เมื่อญาติที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยเองอาจมีความพยายามที่จะผ่อนคลายความตึงเครียดของญาติ โดยให้ความมั่นใจ และกำลังใจว่าตนเองนั้นไม่ได้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานส่วนหนึ่งไปให้กำลังใจญาติ และถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจต้องการทั้งการสนับสนุนและกำลังใจมากกว่าที่จะให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Chavez 1987: 93) ดังนั้นการช่วยให้ครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง เพื่อจะได้พร้อมที่จะไปช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงต้องมีวิธีการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะเริ่มแรกเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดในช่วงเวลาที่เหมาะสม การ์ตเนอร์ และสจ๊วต ได้กล่าวว่า การให้ปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับครอบครัว ร่วมกับแจกดุมือ เพื่อเตรียมตัวให้พร้อมในครั้งแรกก่อนเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย จะทำให้ความวิตกกังวลของครอบครัวลดลง เพิ่มความมั่นใจ ให้ความร่วมมือดีขึ้น เห็นอกเห็นใจ มีความ

เข้าใจร่วมกัน และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Gardner and Stewart 1978: 106) จากการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยหนัก พบว่าการลดความวิตกกังวล เป็นความต้องการอันดับหนึ่งของญาติ ซึ่งการลดความวิตกกังวลนี้ ส่วนหนึ่งต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมก่อนเข้าไปในหอผู้ป่วยหนักครั้งแรก (อุไรพร พงศ์พัฒนาวิจิ 2532: 68) และการเตรียมการให้ข้อมูลแก่ญาติเป็นสิ่งที่ญาติผู้ป่วยต้องการ (Daley 1984: 232, Hickey 1985: 42, Norris 1986: 196) ซึ่งสามารถลดความวิตกกังวลได้ (Silva 1979: 127-136, Chavez and Faber 1987: 92-99, Doerr and Jones 1979: 315-316) แต่ผลการศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้กับประชากรที่เป็นคนไทย เนื่องจากพื้นฐานส่วนบุคคลอาจมีผลต่อความคิด การประเมิน ตัดสิน และตอบสนองต่อเหตุการณ์และข้อมูลแตกต่างกัน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนว่าจะมีผลในการลดความวิตกกังวลของญาติหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus, 1984)

กรอบแนวคิด

ความเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยประกอบกับสภาพแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้ญาติประเมินเหตุการณ์นี้ (Primary Appraisal) ว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม ที่เป็นอันตรายเป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งญาติต้องการการปรับตัว โดยจะประเมินและหาแหล่งประโยชน์ว่าเพียงพอหรือไม่ (Secondary Appraisal) และเลือกวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามนี้ อาจเป็นการมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) หรือการลดอารมณ์ถึงเครียด (Emotion focused coping) การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) เป็นวิธีการหนึ่งเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา ดังนั้นการเตรียมญาติผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน จะเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับญาติผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ใหม่ (Reappraisal) ให้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงอาจทำให้อารมณ์ถึงเครียด คือความวิตกกังวลของญาตินั้นลดลงได้

สมมติฐานการวิจัย

ญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนจะมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมต่ำกว่าญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนเมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมเป็นตัวแปรร่วม

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายหลังเข้าเชื่อมผู้ป่วยระหว่างญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามือในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับการเตรียมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน เมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าเชื่อมเป็นตัวแปรร่วม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง มุ่งศึกษาเปรียบเทียบผลแตกต่างของความวิตกกังวลในญาติผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน กับญาติผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษามือในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และมาเชื่อมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วงวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2532 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2533 จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียม และได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน กลุ่มละ 26 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการเตรียมญาติผู้ป่วยให้พร้อมก่อนที่จะเข้าเชื่อมผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติ เมื่อญาติสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และคลายความวิตกกังวลลงได้
2. เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าเชื่อมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามือในหอผู้ป่วยหนัก
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย
4. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการทำวิจัยในประเด็นอื่นๆที่สัมพันธ์กันต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และต้องการข้อมูลเพื่อใช้ในการปรับตัวเผชิญกับเหตุการณ์ และลดความวิตกกังวล

นิยามตัวแปร

ความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาตอบโต้ต่อภาวะอันตราย ที่ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดลงไปว่าคืออะไร และมีผลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มีสภาพของความตึงเครียด นึกไม่ได้ หรือไม่สุขสบาย โดยมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตยา ศรภักดิ์ ดร.สายฤดี วรกิจโกศาทร และ ดร.มาลี นิสสัยสุข

ญาติผู้ป่วย หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ในที่นี้หมายถึงญาติสายตรง ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรชาย บุตรสาว ซึ่งต้องเป็นบุคคลที่สนิทกับผู้ป่วยมากที่สุดเพียงคนเดียว และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ณ หออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก

การเตรียมอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลคำแนะนำที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย แก่ญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหออภิบาล อาการของผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจะเป็นผู้แนะนำแก่ญาติผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเมื่อญาติเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก และเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่าง ๆ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ความวิตกกังวล
2. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส
3. ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนัก
4. ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนัก
5. วิธีการช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย

ความวิตกกังวล

ความหมาย

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ซึ่งมักจะแสดงถึงความไม่พอใจ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเป็นความกลัว เป็นความรู้สึกที่ว่าอันตรายใกล้จะมาถึง โดยที่อาจจะรู้หรือไม่รู้จักสิ่งคุกคามนั้น ซึ่งดูเหมือนว่าจะก่อให้เกิดภาวะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Lader and Marks 1971: 1) มีนักจิตวิทยาอีกหลายท่านได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลเพิ่มเติมไว้ดังนี้ คือ

ซุง (Zung 1971: 371) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ มีความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีภาวะที่รุนแรง จะมีความรู้สึกกลัวสุดขีดได้

ฟรอยด์ (Freud) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เมื่อจิตใจถูกแรงกระตุ้นที่รุนแรงเกินกว่าที่จิตใจจะสามารถจัดการหรือควบคุมได้ แรงกระตุ้นนี้อาจมาจากสาเหตุภายนอก หรือภายในตัวก็ได้ แต่ส่วนมากมักมาจากสาเหตุภายในตัวคือ แรงผลักดันของจิตใจ (Drive หรือ Id) (อ้างถึงใน ปราโมทย์ 2526: 39)

อาร์คอฟ (Arkoff 1968: 110) กล่าวว่า เป็นสภาวะของการเร้า ซึ่งมีสาเหตุจากการคุกคามของสิ่งแวดล้อม ซึ่งสภาวะในที่นี้ หมายถึง สภาพทั่ว ๆ ไปของบุคคล การเร้า หมายถึง สภาพของความตึงเครียด นึกไม่ได้ หรือไม่สุขสบาย และเตรียมพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง ส่วนการคุกคาม หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีความเจ็บปวด หรืออันตราย หรือการขัดขวางอย่างรุนแรงกับกิจกรรมเป้าหมายนั้น

สมศรี เชื้อหิรัญ (2528 : 55) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า ในความหมายของคำ แสดงถึงความกลัวในภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเอง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกาย อีกด้วย อาจเกิดขึ้นติดต่อกันไป หรือเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวก็ได้ เมื่อเกิดขึ้นร่างกายก็เปลี่ยนแปลงไป เช่น หน้าซีด ใจสั่น ปากสั่น และกระสับกระส่าย

ลักษณะ

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger 1970: 3) แบ่งลักษณะความวิตกกังวลโดยทั่วไปออกเป็น 2 แบบ คือ

1. ความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ (State Anxiety or A State) เป็นลักษณะของความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ในขณะนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เฉพาะในสถานการณ์นั้น อนาสตาซี (Anastasi 1982: 530) กล่าวว่า เป็นสภาวะของอารมณ์ที่อยู่ชั่วคราว โดยที่บุคคล (Subject) จะรู้สึกถึงความตึงเครียด และหวาดหวั่น

2. ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety or A trait) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มักเกิดกับบุคคลนั้นจนเป็นนิสัย เช่นในคนที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ได้ง่ายกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ อนาสตาซี (Anastasi 1982: 530) กล่าวว่า เป็นลักษณะโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวล (Anxiety - Proness) คือ ในแต่ละบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ถูกรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคาม โดยแสดงออกถึงความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์อย่างรุนแรง

สาเหตุ

เลเดอร์ และมาร์ค (Lader and Marks 1971 : 145-157) ได้อธิบายถึงสาเหตุ และองค์ประกอบของความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์และแบบแฝง โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A Model of normal anxiety) ซึ่งสังเคราะห์โดยสปีลเบิร์กเกอร์ ดังนี้

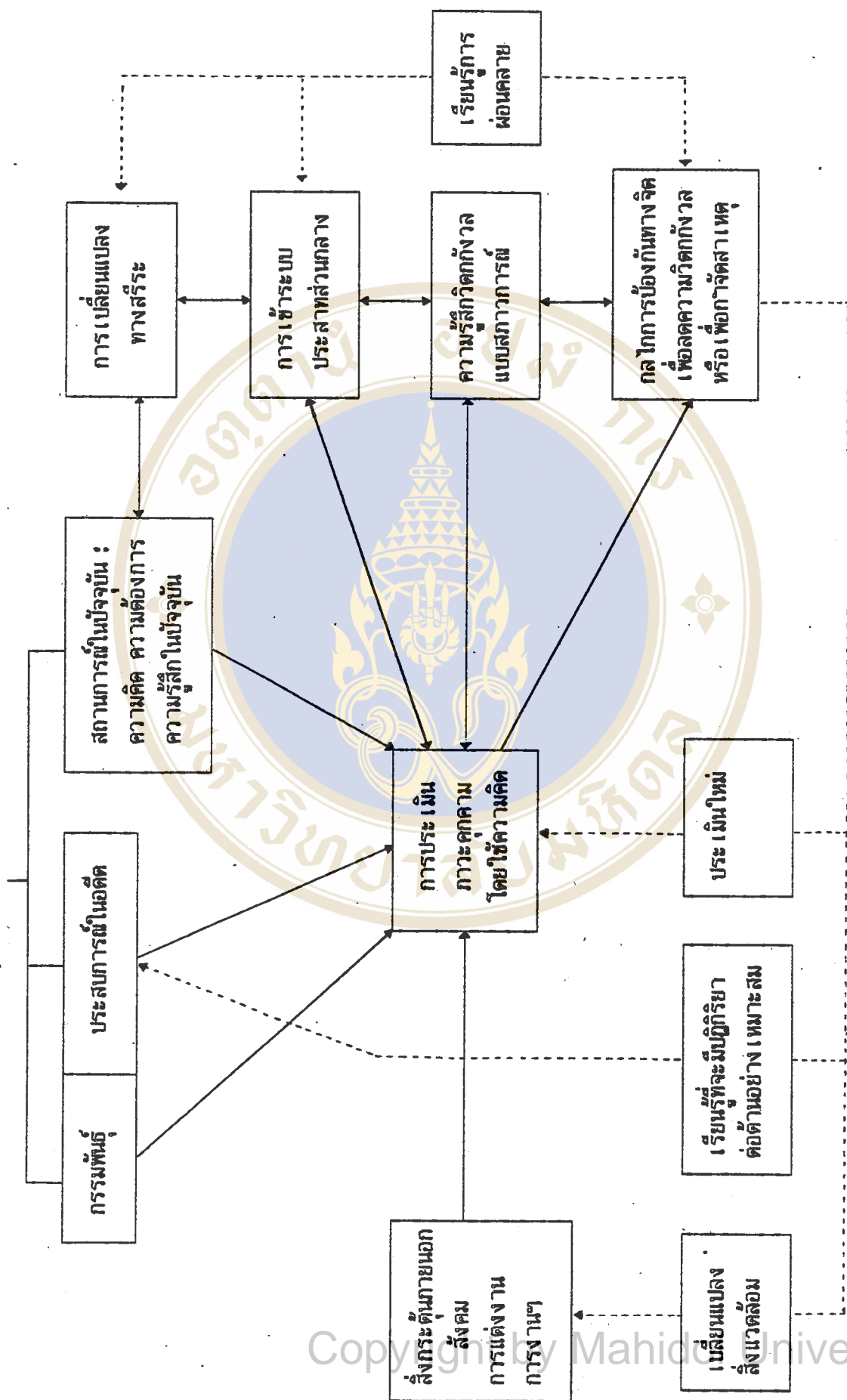
องค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อการเกิดความวิตกกังวล คือ 1 กรรมพันธุ์ 2 ประสบการณ์ในอดีต และ 3 สถานการณ์ในปัจจุบันซึ่งหมายถึง ความคิด ความต้องการ ความรู้สึกในขณะนั้น ทั้ง 3 อย่างนี้จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวลแบบแฝงตลอดไป นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 แล้ว ยังมีปฏิสัมพันธ์กับจุดอื่น ๆ เป็นลูกโซ่ ซึ่งจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเข้ามา และถูกรับรู้ว่าเป็นอันตรายเป็น

ภาวะคุกคาม ร่วมกับอิทธิพลที่ได้รับจากความวิตกกังวลแฝง จะมีการแสดงออก 3 อย่างเกิดขึ้นคือ

1. กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว
2. เกิดความรู้สึกวิตกกังวลแบบสภาวะการณ
3. มีการใช้กลไกทางจิต (Coping Mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล และกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวลออกไป

การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และมีการป้อนกลับ ทำให้มีการกระตุ้นเพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ จะเกิดการประเมินการรับรู้ใหม่ ทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลแล้ว จึงพยายามหาทางลดความรู้สึกนั้น โดยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นภาวะคุกคาม (Threat) หรือมีปฏิกิริยาต่อต้านอย่างเหมาะสม หรือประเมินภาวะคุกคามโดยใช้ความคิดนั้นใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสรีระนั้นใหม่ โดยวิธีการของตัวเองหรือโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) การเรียนรู้ถึงปฏิกิริยาการตอบโต้ที่เหมาะสมทำให้มีการประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเร้าใหม่ เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1

" ความวิตกกังวลแฝง "



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบของความวิตกก้างวลในภาวะปกติ เส้นทึบ แสดงถึงการเพิ่มความวิตกก้างวล เส้นประ แสดงถึงการลดความวิตกก้างวล

(Cited in Lader and Marks 1971 : 155)

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัย 2 ประการคือ

1. ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น (กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2528 : 418) บุคลิกภาพของคนๆ นั้น ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล ความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนา หรือแรงขับซึ่งรวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง (สุวัญย์ ตันติพัฒนานันท์ 2522: 122) เลเดอร์ และมาร์ค (Lader and Marks 1971: 32-36) ได้ทำการสำรวจพบว่าเพศ อายุ กรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และชนบทรรมนิยมประเพณี มีผลต่อระดับความวิตกกังวลดังต่อไปนี้

1.1 เพศ พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์เป็นผู้หญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าเมื่อเพศหญิงมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยก็มาพบแพทย์แล้ว ในขณะที่เพศชายจะมาพบแพทย์เมื่อมีความวิตกกังวลอย่างมาก

1.2 อายุ พบว่ามีความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ในช่วงผู้ใหญ่วัยต้นมาก เฉลี่ยประมาณอายุ 25 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่างอายุ 16-40 ปี

1.3 กรรมพันธุ์ พบว่ามีความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์สูงในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวล (Anxiety Neurosis) คิดเป็นร้อยละ 15 ในขณะที่ครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลพบเพียงร้อยละ ๕-5 นอกจากนี้ยังพบว่าคู่แฝดที่มาจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลทั้งคู่มากกว่าคู่แฝดที่มาจากไข่คนละใบ

1.4 ประสบการณ์ในอดีต พบว่ามีหลายรูปแบบไม่แน่นอน ทั้งที่มาจากสิ่งแวดล้อมที่ดี หรือเป็นลูกกำพร้า หรือทิ้งแต่งงานแล้วและหย่าร้าง และในกลุ่มพวกนี้ความฉลาด และการศึกษาอยู่ในระดับปกติ

1.5 ชนบทรรมนิยมประเพณี แทน (TAN 1969) ได้ทำการวิจัยในกรุงเทพฯ และทัวลาแลมเปอร์ พบว่า หมู่นจีนมีความวิตกกังวลสูง และการศึกษาในฮ่องกงพบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอัตราความวิตกกังวลสูงเท่ากัน (cited in Lader and Marks 1971 : 34)

2. ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากระทบ การรู้ล่วงหน้า สิ่งที่เคยประสบมาก่อน ความเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน (กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2528: 418) เจฟเฟอร์ (Jeffers 1958) ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและการรักษาฟัน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 75 มีความวิตก

กังวลระดับปานกลางและมากที่สุดก่อนผ่าตัด ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นขณะที่การผ่าตัดใกล้เข้ามา และขึ้นสูงสุดเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด อย่างน้อยที่สุดผู้ป่วยร้อยละ 80-90 ที่จะมีความวิตกกังวลระดับปานกลางทันทีในช่วงก่อนผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการรักษาฟันหรือผ่าตัดเล็กหรือใหญ่ และความวิตกกังวลจะลดลงทันทีหลังทำฟัน ค่อยๆ ลดลงหลังผ่าตัดเล็ก และลดลงช้าที่สุดหลังผ่าตัดใหญ่ (cited in Lader and Marks 1971: 9) สุวีย์ ตันติพัฒนานันท์ (2522: 122) ได้กล่าวถึงสิ่งมากระตุ้นว่าขึ้นอยู่กับความรุนแรงความหมายของเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์ เกิดภาวะหวาดหวั่น ใจไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร

ระดับของความวิตกกังวล แบ่งเป็น 4 ระดับ (สุวีย์ ตันติพัฒนานันท์ 2522: 122)

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับอ่อน ๆ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลตื่นตัวขึ้น ทำทางกระฉับกระเฉงดี ว่องไวดี มีการรับรู้ดีขึ้น การจดจำมากขึ้น เช่น ในเวลาใกล้สอบ คนจะตื่นตัวในการดูหนังสือ มีสมาธิ สามารถจดจำได้แม่นยำ ทั้งนี้เพราะประสาทรับรู้ทั้ง 5 มีการตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับสิ่งกระตุ้น
2. ความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลในระดับกลาง ๆ มีการตื่นตัวมากขึ้น ทำทางกระฉับกระเฉงมากขึ้น ว่องไวมากขึ้นจนดูเหมือนจะลุลลุลกลน การรับรู้จะถูกจำกัดให้แคบลงให้อยู่ในขอบเขตสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ นอกเหนือไปจากนี้จะถูกตัดออกไป
3. ความวิตกกังวลรุนแรง (severe anxiety) ทำให้บุคคลไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัด ลุลลุลกลนมากขึ้น อาจจะหูดมาก และเร็วขึ้น หรือตรงกันข้าม อาจจะเป็นอัมพาตชั่วคราว คือหูดไม่ออกเลย เสียงอาจจะสั่นเร็ว การรับรู้จะแคบลงมาก บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้ อาจจะไม่ได้ยินสิ่งที่เรานอก
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic) เป็นภาวะที่เรียกได้ว่าตื่นกลัวสุดขีด ทำให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุด สามารถทำสิ่งที่พยายามปกติทำไม่ได้ ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมาก การจะบอกกล่าวสิ่งใด หรือแนะนำสิ่งใดจึงไม่ควรทำ เพราะจะไม่ได้ประโยชน์แต่อย่างใด และอาจจะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

การตอบสนองต่อความวิตกกังวล

ในขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) จะหลั่งฮอร์โมน (ACTH) ไปกระตุ้นส่วนเปลือกต่อมหมวกไต (Adrenal Cortex) ทำให้หลั่งคอร์ติคัลฮอร์โมน (Cortical Hormone) ทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้น
2. ฮัยโปธาลามัส (Hypothalamus) จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติไปที่เนื้อในของต่อมหมวกไต (Adrenal Medulla) ให้หลั่งฮอร์โมนเอพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้กล้ามเนื้อหดตัว เกร็ง เติริยมสู้ (Fight) หรือหนี (Flight)

จากทั้ง 2 องค์ประกอบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา ดังต่อไปนี้คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี ในภาวะวิตกกังวล ฮอร์โมนเอพิเนฟริน แอร์อีฟิเนฟริน และแอดรีโนคอร์ติคัล จะถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสารเกลือแร่ในร่างกาย มีการขับสารพวกน้ำตาลออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ความวิตกกังวลระดับอ่อนและปานกลาง จะเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าถึงขั้นรุนแรง และรุนแรงที่สุด จะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีดังนี้ หัวใจจะเต้นเร็ว และถี่ขึ้น การหายใจจะลึก และเร็วขึ้น ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ผิวหนังซีดเย็น กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะที่คอ (สวณีย์ ดันติพัฒนานนท์ 2522: 122)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีผลต่อการรับรู้ การเรียน การท่องจำ ความสำเร็จในการศึกษา และการพูด ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ คนที่มีความวิตกกังวลสูง การรับรู้จะไม่ดีเท่าคนที่มีความวิตกกังวลต่ำ (Lader and Marks 1971 : 118-121) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะไม่ค่อยตอบสนอง หรือรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก เนื่องจากมีความวิตกกังวลจากการทราวจึงจันยโรค และการรักษาที่ตนเองไม่คุ้นเคย (สมจิต หนูเจริญกุล 2521 : 6) เช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะลดความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะเมื่อไม่มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ทำให้ญาติผู้ป่วยเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น กลัว และไม่สามารถรับรู้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยได้ (Gardner and Stewart 1978 : 105, Doerr and Jones 1979: 315)

2. การเรียนที่สลับซับซ้อนและการท่องจำ บุคคลที่มีความวิตกกังวล ระดับการเรียนรู้การท่องจำจะไม่ได้เท่าบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติ (Lader and marks 1971: 118-121)

3. ความสำเร็จในการศึกษา การสอบเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้มาก บุคคลที่ฉลาดปานกลางจะไม่สามารถทำข้อสอบได้ดีถ้ามีระดับความวิตกกังวลสูง (Laderand Marks 1971: 118-121, สุวีย์ ตันตินันธนานท์ 2522: 125-130)

4. การพูด การพูดคำซ้ำๆ กัน พูดติดอ่าง พูดขาดตอน จะสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Lader and Marks 1971: 118-121)

การวัดระดับความวิตกกังวล (Lader and Marks 1971: 82-94)

เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Report Questionnaire) แบบวัดระดับความวิตกกังวลโดยทั่วไปแบ่งเป็น

1. การตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นแบบสอบถามความรู้สึกวิตกกังวล แล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลว่ามีมากน้อยเท่าใด ได้แก่

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
- The Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor MAS)
- The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

เป็นต้น

การตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่นิยมใช้มากคือ The State-Trait Anxiety Inventory ของสปิลเบอร์เกอร์ สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้นำมาใช้หลายท่าน เช่น ศิริกาญจน์ เผือกเทศ (2527: 49) ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมชายที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อน และเลาะหลอดเลือดขอในถุงอัณฑะ กัญจน์ นิตยยะ (2530: 58) นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังคลอด สุรีย์ เทนศุภรังษิกุล (2532: 19) นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกที่มารับคำปรึกษาทางสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดนี้เช่นกัน

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (observe overt behavior)

เป็นการประเมินความวิตกกังวลของบุคคล โดยการสังเกตอาการที่แสดง ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ เช่น อาการกระวนกระวายใจ หงุดหงิด ลุกลุกกลน ร้องไห้ ถอนหายใจ ผันรำย เป็นต้น การวัดโดยการสังเกต

พฤติกรรมความวิตกกังวลที่แสดงออกนี้ เกรแฮม (Graham 1971 : 113-122) ได้สร้างแบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่มีผลมาจากความวิตกกังวลขึ้น เพื่อใช้ประเมินความวิตกกังวลและความกลัว

3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล จะแสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ วัดการเปลี่ยนแปลงทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น วัดอัตราการเต้นของหัวใจโดยใช้เครื่องบันทึกคลื่นหัวใจ (Electrocardiogram) วัดชีพจรโดยใช้เครื่องนับชีพจร (Mechanical pulse Detective) วัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) วัดการทำงานของกล้ามเนื้อ (Electromyography) วัดคลื่นสมอง (Electroencephalogram) แต่ฮอดส์ (Hodges 1976, quoted in Nathan 1980: 245) ได้กล่าวว่า เป็นการลำบากในการวัดด้วยวิธีนี้ เนื่องจากไม่ค่อยจะสัมพันธ์กันกับอาการที่แสดงออกของผู้ที่มีความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละคนนั้นมีแบบแผนต่างกัน

เครื่องมือแต่ละอย่างที่ใช้ในการวัดความวิตกกังวลนั้น แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ การใช้งานทั่วไป หรือทางคลินิก

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Stress and Coping) (Lazarus 1984)

ความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ มีเหตุการณ์ (Event หรือ Stressor) ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ หรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งบุคคลจะต้องมีกระบวนการประเมินด้วยการใช้ความคิดและตัดสินใจ (Cognitive Appraisal) เพื่อประเมินเหตุการณ์ และใช้วิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ (coping) ที่ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลนั้น ๆ หลาย ๆ อย่างร่วมกัน

การประเมินด้วยความคิดและตัดสินใจ (cognitive Appraisal)

ลาซารัสได้แบ่งกระบวนการที่บุคคลประเมิน และตัดสินใจความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นออกเป็น 3 แบบคือ

1. การประเมินครั้งแรก (primary appraisal) เป็นการตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อบุคคลอย่างไร คือ ไม่เกิดผลอะไรต่อบุคคลเลย เกิดผลดีต่อบุคคล หรือเกิดอันตราย ซึ่งการเกิดอันตรายยังหมายถึง มีอันตรายหรือการสูญเสียเกิดขึ้น ถูกคุกคามหรือมีการทำร้าย

2. การประเมินครั้งที่ 2 (Secondary appraisal) เมื่อผ่านการประเมินครั้งแรกแล้วจะเกิดการประเมินหรือตัดสินว่าควรเลือกวิธีใดในการแก้ปัญหาให้เกิดผลดีที่สุด และหาแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาใช้ในการเผชิญปัญหา ซึ่งแต่ละครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาหลาย ๆ วิธีในเวลาเดียวกัน

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่ หรือเหตุการณ์ใหม่จากสิ่งแวดล้อม และ/หรือบุคคล (Adjusted input) มีการเรียนรู้ใหม่ ทำให้เกิดกระบวนการป้อนกลับ (feedback process) เพื่อลดอารมณ์ความเครียด ความวิตกกังวลนั้น

รูปแบบของการเผชิญปัญหา (Coping Function)

การเผชิญปัญหาแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาหลาย ๆ วิธีในเวลาเดียวกัน ลาซารัสได้แบ่งการเผชิญเป็น 2 ชนิด คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) โดยการกำหนดขอบเขตปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี เลือกวิธีการที่เหมาะสม และลงมือแก้ปัญหา อาจเป็นการจัดการที่ตัวปัญหา มุ่งแก้ที่ตัวเอง ปรับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหา โดยวิธีการมุ่งแก้ปัญหาได้ บุคคลนั้นจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบที่ 2 คือ การเผชิญปัญหาด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotion Focused Coping) ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาด้วยการใช้ความคิดเพื่อลดความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น จากการที่บุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลนั้นได้ เช่น การหลีกเลี่ยงการทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก แต่ในชีวิตประจำวันจะมีการใช้ทั้ง 2 ชนิดเปลี่ยนกลับไปมาตลอดเวลา

วิธีการเผชิญปัญหา (Coping Mode)

ลาซารัสได้เสนอว่ามีวิธีการอยู่ 4 แบบที่บุคคลนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาไม่ว่าจะเป็นการมุ่งแก้ปัญหา หรือลดอารมณ์ตึงเครียด ได้แก่ (1) การค้นหาข้อมูล (Information seeking) โดยการพยายามเรียนรู้ให้มากขึ้น เพื่อนำมาประเมินภาวะคุกคามนั้นใหม่ (2) การมีปฏิกิริยาโดยตรง (Direct Action) เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อทำลายความความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ความคิดเข้าช่วย เช่น การใช้พลังกำลัง

(3) การยับยั้งการกระทำ (Inhibition of action) ตรงข้ามกับการมีปฏิกริยาโดยตรง เป็นการยับยั้งหรือเก็บกดซึ่งอาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลมากกว่าการที่จะมีปฏิกริยาออกมาเลย

(4) การปรับอารมณ์ (Intrapsychic) เป็นกระบวนการเรียนรู้ทั้งหมดที่นำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวล เช่น การทำสมาธิ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลมีความสงบสุข ลดความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งดาเลย์ (Daley 1973 : 59-65) และชมชื่น สมประเสริฐ (2524) พบว่าการทำสมาธิสามารถลดความวิตกกังวลได้ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการสัมผัส (Therapeutic touch) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกออกมา ช่วยให้ผู้ถูกสัมผัสรู้สึกบรรเทาและเข้าใจปัญหานั้น ๆ (Mason 1980 : 999-1001)

แหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา (coping resource) ลาซารัส ได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ที่บุคคลพึงมาใช้ในการเผชิญปัญหา ได้แก่ (1) การทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีพลังงาน (Health and energy) เพื่อนำมาต่อต้านกับภาวะเจ็บป่วย (2) ความเชื่อในทางที่ดี (positive beliefs) เช่นการนำเอาความหวังมาใช้ร่วมด้วยเพื่อลดความวิตกกังวล (3) การมุ่งแก้ไข้ปัญหา (Problem solving) เป็นการค้นหาข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อเลือกหาทางแก้ไข (4) การเข้าสังคม (Social skill) เป็นความสามารถในการติดต่อบุคคลอื่นเพื่อที่จะขอความช่วยเหลือ ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่นจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (5) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material resources) ได้แก่เงิน สิ่งของต่าง ๆ การบริการที่ต้องใช้เงิน (6) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เช่น การปลอบโยน ชำวคราว และข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ มีผู้วิจัยถึงการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในเหตุการณ์ที่จะเผชิญ ซึ่งเป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น การศึกษาของ เบนาร์ธน์ โปธาเจริญ (2514) ได้แนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง และการศึกษาของ ฉวีวรรณ สิทธิเวช (2520: 64) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง พบว่าสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ อาจเป็นสาเหตุของความเครียดความวิตกกังวล และญาติผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์นี้ว่าเป็นภาวะคุกคาม โดยมีการตอบสนองออกมาทางด้านอารมณ์ในรูปแบบของความวิตกกังวล ในสภาวะความวิตกกังวลเช่นที่ญาติผู้ป่วยเผชิญอยู่ อาจทำให้ญาติไม่สามารถหาแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำหรือข้อมูลแก่ญาติ เพื่อให้ญาติได้ประเมินสถานการณ์ใหม่ หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคม จะเป็นการลดความวิตกกังวลให้แก่ญาติได้

ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

แดนีสและคณะ (Danis 1987: 138-143) ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ถึงการรับรู้ว่า หออภิบาลผู้ป่วยหนักมีประโยชน์อย่างไรสำหรับตัวผู้ป่วย พบว่า ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความเห็นว่าหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นสถานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่สำคัญที่สุด โดยที่ญาติไม่สนใจว่าเมื่อผู้ป่วยออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะมีคุณภาพชีวิตลดลงมากน้อยเพียงใด หรือจะสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกมากหรือน้อย ในขณะที่พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่เชื่อว่าหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ถ้าสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ต่อไปได้น้อยกว่า 3 เดือน แต่เชื่อว่าจะมีประโยชน์ถ้าสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ต่อไปได้มากกว่านี้ ข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกทางด้านบวก และต้องการให้มีการรักษาแบบเอาจริงเอาจังมากกว่าที่พยาบาลคิดไว้

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จะแสดงความรู้สึกออกมาหลาย ๆ อย่าง เพื่อตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย เช่นเดียวกับญาติ จะมีความรู้สึกโกรธ เศร้า กังวลใจ กลัว วิตกกังวล ญาติจะแก้ปัญหาด้วยความรู้สึกเหล่านี้หลาย ๆ วิธี มีทั้งร้องไห้ การทำหิผู้ป่วย เสาะแสวงหาความมั่นใจอยู่เรื่อย ๆ แสดงความโกรธและปฏิเสธ พยาบาลควรจะเข้าไปข้องเกี่ยวให้การดูแลญาติผู้ป่วยด้วย โดยให้อีกญาติได้บอกถึงความต้องการ หาวิธีตอบสนองความต้องการ และทราบถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย (De Lisser 1986 : 55)

เอนเพอร์สัน (Epperson 1977 : 267-268) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัวของผู้ป่วยที่ป่วยหนักจากอุบัติเหตุหลาย ๆ อย่าง จำนวน 230 ราย สามารถแยกแยะระยะต่าง ๆ ออกเป็น 6 ระยะ ตามประสบการณ์ของญาติก่อนที่จะกลับคืนสู่ภาวะปกติ ระยะเหล่านี้มี 1 ระยะที่มีความวิตกกังวลสูง 2 ระยะปฏิเสธ 3 ระยะโกรธ 4 ระยะเสียใจสงสาร 5 ระยะเศร้าโศก 6 ระยะกลับคืนสู่สภาพปกติ เอนเพอร์สันได้บรรยายว่าระยะที่มีความวิตกกังวลสูง เป็นระยะที่ครอบครัวต้องผ่านเป็นครั้งแรกมากที่สุด และมักเป็นระยะที่สมาชิกในครอบครัวต้องประสบในเวลาเดียวกันมากที่สุด จะมีอาการของความวิตกกังวลที่แสดงถึงอาการไม่สบายใจอย่างมาก ระดับเสียงพูดสูง คอและไหล่เกร็ง อาจมีการตอบสนองทางกายอื่น ๆ เช่น เป็นลม คลื่นไส้ ท้องเสีย ระยะเวลาอาจเกิดเป็นนาทีจนถึงหลาย ๆ ชั่วโมง

การศึกษาความตึงเครียดทางด้านจิตใจ (psychological stress) ของญาติผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่ามีระดับความวิตกกังวลสูงที่สุด (Bedsworth and Molen 1982 : 455, Dhoooper 1983 : 17, Heater 1985: 185, Thompson 1988 : 225) นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในญาติผู้ป่วยนี้พบมากในกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี และจะพบสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มภรรยาผู้ป่วยที่มีประวัติทาง

จิตเวช หรือมีอาการทางโรคประสาท มากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีปัญหา (Skelton and Dominian 1973 : 101-102)

โคแซค (Cozac 1988 : 65-71) สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดโคโรนารี ในหัวใจ จำนวน 7 คน ในช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด พบว่า ญาติทุกคนรับรู้ ว่าหอภิบาลนี้เป็นสถานที่เฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องมีการติดตามเฝ้าดูแลต่อเนื่อง แม้ว่าญาติจะเตรียมตัวเตรียมใจแล้วว่าผู้ป่วยมีอาการหนักมาก แต่ในระหว่างการเยี่ยมครั้งแรก ในหอภิบาลผู้ป่วยหนักญาติต้องเผชิญกับความจริงที่ว่า ผู้ป่วยมีอาการหนักกว่าที่คิดไว้ ในช่วงนี้ รู้สึกอารมณ์ผันแปร ไปอย่างมาก ถ้าหากไม่ได้รับการเตรียมมาก่อน หรือมีประสบการณ์ในหอภิบาล ผู้ป่วยหนักมาก่อน เขาจะรู้สึกตกใจมากเหมือนกับว่าผู้ป่วยได้ตายไปแล้ว และยังมีความรู้สึกสูญเสีย อีกด้วย

ครั้งแรกที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกกลัว และสับสนจากสิ่งแวดล้อมในหอภิบาลผู้ป่วยหนักจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เช่น การใส่สายเข้าไปในตัวผู้ป่วย เครื่องมือ วิธีการต่าง ๆ ที่นำมาใช้กับตัวผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ เสียงสัญญาณต่าง ๆ รู้สึกแปลกใจเมื่อเห็นผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เคยเห็นมาก่อน มีการใช้เครื่องมือแปลก ๆ ไม่รู้ว่าควรจะทำอะไรกับผู้ป่วยได้หรือไม่ (Epperson 1977 : 268, Philichi 1988 : 35, Adams 1988 : 33) เพราะฉะนั้นจะเห็นว่าอาการผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของญาติ

ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก

พยาบาลในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่มักจะใช้เวลาทั้งหมดในการดูแลช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย แม้ว่าจะยังคงมีความตั้งใจในการให้กำลังใจช่วยเหลือญาติ แต่หลายครั้งที่มักจะลืมหรือไม่สนใจความต้องการของญาติผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลขาดความรู้ถึงวิธีการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับครอบครัวผู้ป่วย ขาดความเข้าใจถึงความต้องการของญาติ บางครั้งพยาบาลขาดความมั่นใจ หรือไม่กล้าเผชิญหน้ากับญาติผู้ป่วยเกรงว่าจะตอบคำถามของญาติไม่ได้ หรือไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นพูดกับญาติอย่างไรดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก จึงพยายามที่จะเคร่งครัดในกฎระเบียบของโรงพยาบาลมากเกินไป เช่น กฎระเบียบในการเยี่ยมผู้ป่วยหนัก (Gaglione 1984 : 428, Daley 1984 : 231) มักจะเข้มงวดต่อการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยมากกว่าหอผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป นอกจากนี้สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย สภาพของผู้ป่วย และอัตราตายที่สูงกว่าที่อื่น ถ้าญาติไม่เข้าใจ และไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในหอภิบาลผู้ป่วยหนักและสภาพของผู้ป่วย ต่างก็เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมในทางลบกับญาติของผู้ป่วย ซึ่งผลจากสิ่งนี้จะไปกระทบต่อภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตัวเองอาการหนัก อาจแสดงออกในทางที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่เลวลง

การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในภาวะเช่นนี้ สามารถทำได้โดยการศึกษาและวิเคราะห์ถึงความต้องการของครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยต้องเข้าไปอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ได้มีผู้สนใจศึกษาถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงไว้หลายเรื่อง เช่น แฮมเปอร์ (Hampe 1975 : 113) ได้สร้างเครื่องมือวัดขึ้นเพื่อประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และอยู่ในภาวะเศร้าโศก พบว่าญาติมีความต้องการเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย คือ 1. ต้องการอยู่และช่วยเหลือผู้ป่วย 2. ต้องการมีหลักประกันว่าผู้ป่วยจะมีความสุขสบาย 3. ต้องการให้มีการแจ้งอาการคืนหน้าของผู้ป่วย

โมลเตอร์ (Molter 1979 : 332) ได้ศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต โดยสร้างเครื่องมือวัดเรียกว่า Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) โดยได้สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 3 วัน และย้ายไปแผนกสภามังทั่วไป 48 ชั่วโมงหรือน้อยกว่า พบว่าความต้องการของญาติจำแนกตามอายุในช่วงวัย 18-34 ปี มีความต้องการให้อธิบายสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนักให้ทราบก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ลำดับความสำคัญเป็นอันดับที่ 4 อายุ 35-59 ปี ลำดับความสำคัญในเรื่องนี้เป็นอันดับที่ 3

หลังจากนั้นได้มีผู้ศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ กัน โดยใช้หรือดัดแปลงเครื่องมือของทั้งโมลเตอร์และ แฮมเปอร์ พบว่า "ความต้องการที่จะให้ลดความวิตกกังวล" จัดเป็นอันดับที่สำคัญที่สุด ซึ่งประกอบด้วย "ให้อธิบายเสียงและเครื่องมือในหออภิบาลผู้ป่วยหนักก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก" และ อธิบายเครื่องมือที่ติดหรือใส่ในตัวผู้ป่วย" จัดเป็นหนึ่งในหลาย ๆ อันดับหัวข้อที่สำคัญหรือสำคัญที่สุด ส่วนหัวข้อ "ความต้องการข้อมูล" เป็นอันดับรองลงมา (Daley 1984 : 232, Hickey 1985 : 42, Norris 1986 : 196, Leske 1986 : 192, Lynn-McHale 1988:450, Stillwell 1984 : 239)

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุติ (2532 : 68) ซึ่ง ศึกษาญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่แปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของโมลเตอร์ พบว่าญาติให้ระดับความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการทำนายโรค และกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย และผู้ที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือพยาบาล

วิธีการช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยอันจะเป็นแนวทางชี้ให้เห็นถึงวิธีการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ ได้มีผู้ศึกษาถึงเรื่องนี้หลายท่านและชี้แนะการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงไว้หลายอย่างคือ พยาบาลต้องเข้าใจถึงความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย อธิบายให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ใช้ภาษาและคำพูดที่ญาติมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว พยายามให้เป้าหมายของญาติผู้ป่วยแคบลง หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ทำให้เกิด ช่วยเหลือญาติให้ทราบถึงบทบาทของตนในโรงพยาบาล ชี้แนะญาติในการหาแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทในครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วย (Adams 1988 : 33, Breu and Draceep 1978 : 52, Broome 1985 : 370, Epperson 1977 : 268, Gardner and Stewart 1978 : 106, Johnson 1986 : 51, Mikail 1988 : 115, Cain 1989 : 184 - 189, McGregor 1984 : 1477 - 1488) การบอกเวลาเยี่ยมอาการผู้ป่วย และแผนการรักษา (Hodovanic and Reese 1984 : 245) ส่วนเพิร์ลมัตเตอร์ (Pearlmutter 1984 : 179-180) ได้พูดถึงยุทธวิธีในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยคือใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายตรงเป้าหมายของญาติ ควรมีความจำที่ดี ทำความเข้าใจให้ชัดเจนในบทบาทที่คาดหวังและวิเคราะห์วิจารณ์ได้ และพัฒนาแผนการในการดูแลญาติผู้ป่วย

โวลเนอร์ (Woellner 1988 : 68) ได้เพิ่มเติมว่า การช่วยเหลือให้กำลังใจญาติควรใช้สายตาสัมผัส พูดแนะนำเมื่อมีโอกาสมناسبة ให้เหมาะแก่บุคคล สถานที่ และเวลา ให้ญาตินั่งเงียบ ๆ ที่ข้างเตียงผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการพัก ฮอร์เนอร์ (Horner 1986 : 30A) ได้ทำเทปโทรทัศน์สอนญาติก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก โดยใช้ศัพท์ที่เข้าใจง่าย บอกถึงสิ่งที่ญาติจะเห็นในหอผู้ป่วยหนัก สิ่งที่จะได้ยิน วิธีการรักษาผู้ป่วยตลอดจนวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวของญาติ อัดัมส์ (Adams 1988 : 32) ได้เสริมว่าในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเจ็บหนักในหอผู้ป่วยหนัก การพูดกับญาติว่า "ผู้ป่วยกำลังป่วยหนัก แต่จะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด" เป็นสิ่งสำคัญสำหรับญาติ เพราะเป็นช่วงที่ญาติจะเผชิญกับปัญหาโดยใช้การปฏิเสธว่า ไม่มีอะไรรุนแรงเกิดขึ้น นอกจากนี้พยาบาลสามารถที่จะสอนวิธีการพูด การสัมผัสของญาติกับผู้ป่วย สอนการติดต่อกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจโดยเขียนใส่กระดาษ การใช้มือ กระพริบตา พยักหน้า (Gardner and Stewart 1978: 106) เรนน่า (Renna 1987: 79) เสนอให้มีการปรับปรุงวิธีการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีการรับรู้ และมีความไวในการเข้าถึงความต้องการของญาติ โดยใช้หลักในการดูแล คือ ทศคติในการดูแล (Caring Attitude) โดยเน้นที่สายตา เลือกคำพูด การแสดงสีหน้า น้ำเสียง ท่าทาง และการสัมผัส

สตอป และ เคลเลท (Staubb and Kellett 1972: 198-203) ได้กล่าวว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลสามารถนำกระบวนการความรู้ ความเข้าใจ มากล้นกรองข้อมูลจากสิ่งเร้าต่างๆ ไปสู่การประเมินสถานการณ์เครียด โดยใช้ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ ความรู้ความเข้าใจ ขนบธรรมเนียมประเพณี และสิ่งแวดล้อม มาเป็นแนวทางในการนำพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย จะเห็นว่าคุณค่าของการให้ข้อมูลอยู่ที่การทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่น่ากลัวว่าเป็นอันตราย และทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

โดเออร์ และ โจนส์ (Doerr and Jones 1979: 315-316) ได้ทำการวิจัยเรื่องการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยการเตรียมญาติผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก มีจุดประสงค์คือ เมื่อญาติผู้ป่วยได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว จะไม่มีการถ่ายทอดความวิตกกังวลไปยังผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 6 คน กลุ่มทดลอง 6 คน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมของญาติ ส่วนญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับเอกสารเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนัก และเปิดโอกาสให้ถามคำถามซึ่งพยาบาลเป็นผู้ตอบ ส่วนญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับแจกเอกสาร หรือโอกาสในการถามคำถาม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังเยี่ยมของผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติได้รับการเตรียมลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติไม่ได้รับการเตรียมมีความวิตกกังวลสูงขึ้น ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าญาติที่ได้รับการเตรียมก่อนเข้าเยี่ยมสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

ซิลวา (Silva 1979: 127-136) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวล ทิศนคติต่อการเข้าอยู่โรงพยาบาล และการผ่าตัดในญาติผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับข้อมูล (orientation-information) กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่เตรียมการผ่าตัดนานเกินกว่า 5 เดือน จำนวน 48 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มทดลอง และ 2 กลุ่มควบคุม (Solomon Four-Groups) กลุ่มที่ 1 ให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเยี่ยม กลุ่มที่ 2 ไม่มีการให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเยี่ยม กลุ่มที่ 3 ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามหลังเยี่ยม กลุ่มที่ 4 ไม่ให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถามหลังเยี่ยม แบบสอบถามที่ใช้แบ่งเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวล 2 ชุด คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และ The Spouse Questionnaire และแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาล (The Spouses' Perception Scale) การแยกเป็น 4 กลุ่มนี้ เพื่อเปรียบเทียบว่า ความวิตกกังวลที่อาจเพิ่มขึ้นเกิดจากผลของการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าเยี่ยมหรือไม่ พบว่าการทำแบบสอบถามก่อนเข้าเยี่ยมไม่มีผลทำให้ความวิตกกังวลสูงขึ้น สำหรับข้อมูลที่ให้จะเป็นคำถามคำตอบซึ่งบอกถึงประสบการณ์ในการผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังเยี่ยมโดยใช้แบบสอบถามของสปิลเบอร์เกอร์ของทั้งกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลโดยใช้ The Spouse Questionnaire และทัศนคติที่มีต่อโรงพยาบาลโดยใช้ The Spouses' Perception Scale หลังเยี่ยมของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งหมายถึงญาติกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีทัศนคติในทางที่ดีต่อโรงพยาบาลและต่อการผ่าตัด และระดับความวิตกกังวลหลังเยี่ยมของญาติกลุ่มที่ได้รับข้อมูลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ชาเวส และเฟเบอร์ (Chavez and Faber 1987 : 92-99) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับความรู้ก่อนการเข้าเยี่ยม (Education-Orientatation) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ให้ตอบแบบสอบถามความเครียด The Kerle and Bialek Subjective Stress Scale (SSS) พร้อมทั้งจับชีพจรเป็นนาที และวัดความดันโลหิตก่อนและหลังเยี่ยมผู้ป่วยโดยกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า ความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนชีพจรหลังการเข้าเยี่ยมของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ เมื่อระดับความวิตกกังวลโดยวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ ชีพจรแล้ว ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนแบบสอบถามความเครียดหลังเยี่ยมของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเล็กเกินไป และเมื่อนับเอาเฉพาะคู่สมรส ไม่นับลูกหลานที่มาเยี่ยม พบว่ามีแนวโน้มที่ระดับความเครียดจะลดลงหลังการให้ความรู้ นอกจากนี้แบบทดสอบความเครียดนี้ไม่มีความไวพอ เนื่องจากไม่ได้บรรยายถึงความรู้สึกที่ตรงตามจริงที่สุดในขณะนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา จะเห็นว่าญาติผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเมื่อรับรู้ว่ามีอาการหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลมีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย การพยาบาลแบบองค์รวมจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รวมครอบครัวผู้ป่วยเข้าไปด้วย การขาดปฏิสัมพันธ์หรือขาดการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยทำให้การพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการช่วยผู้ป่วยให้ปรับตัวต่อสภาพในหอผู้ป่วยหนักตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนั้น แต่ก่อนที่ครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ครอบครัวจะต้องเข้าใจ และได้รับการช่วยเหลือในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตก่อน และพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ญาติปรับตัวให้เข้ากับสภาพผู้ป่วยและหอผู้ป่วยหนัก โดยการลดความวิตกกังวลที่อาจจะเกิดขึ้นกับญาติผู้ป่วย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาถึงการให้ข้อมูลแก่ญาติอย่างมีแบบแผนเพื่อช่วยให้ญาติลดความวิตกกังวลเมื่อพบสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ในหอผู้ป่วยหนัก ผลการวิจัยอาจเป็นแนวทางในการสนับสนุนการปรับตัวของญาติ ซึ่งอาจมีผลทางอ้อมถึงผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการพยาบาลแบบองค์รวม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของ ญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ที่ได้รับการเตรียมกับไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน

ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นญาติสายตรงที่ใกล้ชิด และดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และมาเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเป็นครั้งแรกใน โรงพยาบาลรามารินดี ช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2532 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2533 จำนวน 52 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ป่วยดังนี้

1. ต้องเป็นญาติของผู้ป่วยที่มีอายุเท่ากับ หรือมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน การมองเห็น และการพูด สามารถฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
3. ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และสามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้
5. ไม่เป็นผู้ที่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็นได้ชัดว่าจะไม่สามารถตอบแบบสอบถาม ความวิตกกังวล หรือรับฟังข้อมูลจากผู้วิจัยได้รู้เรื่องเช่น กระสับกระส่าย ไม่สนใจฟัง ร้องไห้ เอะอะโวยวาย

ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีคุณสมบัติเหมือนกันมากที่สุด โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ลักษณะคือ จับคู่ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวเหมือนกันหรือไม่รู้สึกตัวเหมือนกัน ใส่เครื่องช่วยหายใจเหมือนกันหรือไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจเหมือนกัน และญาติต้องเป็นสามี ภรรยา บุตร มารดา บุตรชาย บุตรสาว อย่างใดอย่างหนึ่งเหมือนกัน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน ส่วนวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Random Assignment) ใช้วิธีจับฉลากในครั้งแรกว่าเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ญาติผู้ป่วยคนที่สองต่อมาในกลุ่มเดียวกันจะเป็นกลุ่มตรงข้ามสลับกันเรื่อยๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ครอบคลุมลักษณะทั่วไปของญาติผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ปัญหาการรักษาพยาบาล ประสบการณ์ที่ญาติเคยมาเยี่ยม สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในโรงพยาบาล

2. แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาจากตำราและเอกสาร เกี่ยวกับการวางแผนให้คำแนะนำการเตรียมแก่ญาติผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ซึ่งแบบเตรียมจะ ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เครื่องมือต่าง ๆ ที่จะพบเห็นในหออภิบาล ผู้ป่วยหนัก วัสดุอุปกรณ์วิธีการที่ใช้รักษาผู้ป่วย การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับตามกิจวัตร

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

2.3 คำแนะนำเกี่ยวกับวิธปฏิบัติตนต่อผู้ป่วย

แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วยนี้ ผู้วิจัยได้ให้อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้าน อภิบาลผู้ป่วยหนัก 5 ท่านตรวจสอบความตรง (Validity) แล้ว และได้ให้ปรับปรุงใหม่ แล้วให้ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง มีความเห็นสอดคล้องกันหมดทั้ง 5 ท่าน

3. แบบประเมินความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามให้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self report questionnaire) ซึ่งสร้างขึ้นโดย สปิเกลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al 1970:20-21) ชื่อว่า The State-Trait Anxiety Inventory Form X-I ได้รับการแปลถอดความเป็นภาษาไทยโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี และคณะ แบบวัดนี้มีลักษณะเป็นคำถาม เป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะทำแบบสอบถาม จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ
มีบ้าง	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อยขณะทดสอบ
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมากขณะทดสอบ
มากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุดขณะทดสอบ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะไปในทางบวก 10 ข้อ กำหนดคะแนน เรียงตามลำดับ จากไม่เลยถึงมากที่สุดเป็น 1 2 3 4 และข้อความที่มีลักษณะไปในทางลบ 10 ข้อ กำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากไม่เลยถึงมากที่สุดเป็น 4 3 2 1 คะแนน

สูงสุดรวมได้ 80 คะแนน คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ระดับความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึงระดับความวิตกกังวลต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความวิตกกังวลนี้ สปิธเบอร์เกอร์ และคณะ ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) ด้วยวิธีการทดสอบแบบ Known-Groups Technique โดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาวิทยาลัยพลลิดาจำนวน 977 คน ภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกัน 4 แบบคือ เริ่มแรกด้วยสถานการณ์ปกติ (Normal condition) ตามด้วยช่วงของการฝึกการผ่อนคลาย (Relax condition) จากนั้นจะเป็นการสอบ (Exam condition) สุดท้ายจะให้ดูภาพยนตร์ที่ตึงเครียด (Movie condition) พบว่าความวิตกกังวลแบบสภาวะการผ่อนคลายหลังการสอบมีคะแนนสูงกว่าสถานการณ์อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนำแบบวัดนี้ไปหาความเที่ยง (Reliability) ให้ทดสอบในภาวะเครียดทางจิต (Psychological stress) โดยทดสอบในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัย ในภาวะปกติ ตามด้วยการผ่อนคลาย การสอบ และดูภาพยนตร์ที่ตึงเครียด ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ได้ค่า 0.83-0.94 ส่วนฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยนี้ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา ก่อนนำไปหาความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2523 - 2524 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ด้วยวิธี Pearson Product Moment Correlation Coefficient พบว่าความเที่ยงมีค่าเท่ากับ .27 (จากคู่มือ STAI พบว่า Form X-1 มีค่า = 0.16-0.54 เนื่องจากว่าเป็นธรรมชาติของความวิตกกังวลขณะใดขณะหนึ่ง ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่แตกต่างกัน (Spielberger 1970).

เครื่องมือฉบับภาษาไทยนี้ มีผู้นำไปหาความเที่ยงโดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา = 0.90 (จวี มากนุ่น 2530:46) ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่หน่วยเวชศาสตร์ทั่วไป ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา = 0.85 (สุรีย์ เทนศุภรังษิกุล 2532: 46) และผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบในญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรกที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารับติ 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา = 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. หาผู้ช่วยวิจัย 3 คน ฝึกการให้ข้อมูลการเตรียมญาติ วิธีการตอบแบบสอบถาม ความวิตกกังวล ขั้นตอนการทำวิจัยให้เหมือนกันทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่แทนผู้วิจัยนอกเวลาราชการ

2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้คัดเลือกญาติผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่หน่วยทดลองให้เหมือนกันมากที่สุดตามที่ได้อ้างแล้วข้างต้น แล้วใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยการโยนเหรียญเฉพาะครั้งแรก ส่วนญาติคนต่อไปจะเป็นกลุ่มตรงกันข้ามสลับกันไปเรื่อยๆ

3. เมื่อได้ญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายจุดประสงค์ในการศึกษา และขออนุญาตให้ญาติผู้ป่วยร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม นอกถึงการฝึกหัดสิทธิของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (ภาคผนวก) โดยระหว่างตอบคำถาม ถ้าญาติไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบ ญาติมีสิทธิปฏิเสธยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ

4. ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้มาเยี่ยมผู้ป่วยคนเดียวกันพร้อมกันมากกว่า 1 ราย จะให้ญาติตกลงกันเองว่าใครจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะนำญาติผู้ป่วยไปยังห้องพักที่จัดไว้เพื่อให้ญาติทำการตอบแบบสอบถาม

5.1 ญาติกลุ่มควบคุม จะขอให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล (โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ ในแต่ละข้อคำถามที่บรรยายถึงความรู้สึกที่เป็นจริงที่สุดในขณะนั้น) แล้วจึงให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย หลังจากเยี่ยมแล้วจึงให้ญาติกลับมาที่ห้องเดิมอีก และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลอีกครั้ง (โดยให้แสดงความรู้สึกที่เป็นจริงในขณะนั้นเช่นกัน) ระยะเวลาของการทำแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งหลังห่างจากครั้งแรกไม่น้อยกว่า 30 นาที และไม่เกินกว่า 24 ชั่วโมง

5.2 ญาติกลุ่มทดลอง ให้ตอบข้อมูลส่วนตัว และแบบสอบถามความวิตกกังวล เมื่อเสร็จแล้วผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลตามแบบการเตรียมญาติผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และเปิดโอกาสให้ซักถามได้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะให้ญาติได้เยี่ยมผู้ป่วยโดยหลังเยี่ยมเสร็จแล้วจะให้ญาติผู้ป่วยกลับมาที่ห้องเดิม และตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลอีกครั้ง ระยะเวลาของการทำแบบสอบถามความวิตกกังวลครั้งหลังห่างจากครั้งแรกไม่น้อยกว่า 30 นาทีและไม่เกินกว่า 24 ชั่วโมง เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

6. การให้ข้อมูลแก่ญาตินั้นจะรู้เฉพาะผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และญาติผู้ป่วยเท่านั้น ข้อมูลที่จะถือเป็นความลับไม่ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลรู้เพื่อป้องกันผลของการเลียนแบบ

7. ทุกครั้งหลังจากที่ญาติตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะทำการตรวจแบบสอบถามเพื่อดูความครบถ้วนของข้อความตอบในทุกข้อความ ถ้าพบคำตอบข้อใดขาดหายไปก็จะทำการซักถามและให้ญาติตอบให้ครบทุกข้อ

8. นำข้อมูลที่ได้จากญาติผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มาให้คะแนน และวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSSx ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยจำนวนร้อยละ และใช้ไคสแควร์ในการทดสอบความแตกต่าง ส่วนตัวแปรอันดับอันดับแรก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ใช้ t - Test ในการทดสอบความแตกต่าง

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอภิบาลผู้ป่วยหนักกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมเป็นตัวแปรร่วม โดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างก่อนกับหลังการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t - คู่ (t - paired)

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน และกลุ่มทดลองคือ กลุ่มที่ญาติผู้ป่วยได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน มีลักษณะเหมือนกัน (ตารางที่ 1 และ 2) คือเป็นบุตรสาวผู้ป่วยร้อยละ 50 ญาติของผู้ป่วยที่ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีร้อยละ 61.54 และญาติของผู้ป่วยที่รู้สึกตัวมีร้อยละ 92.31 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีลักษณะส่วนบุคคลดังต่อไปนี้คือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.62 ทั้ง 2 กลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.08 และ 65.38 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 88.64 และ 92.30 ตามลำดับ ทำงานนอกบ้านเท่ากันทั้ง 2 กลุ่มคือ ร้อยละ 65.38 มีประสบการณ์ที่ญาติเคยมาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในโรงพยาบาลเท่ากันทั้ง 2 กลุ่มคือ ร้อยละ 69.23 ไม่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 61.54 และ 76.93 ตามลำดับ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม และอายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มคือ 42.65 และ 43.57 ปีตามลำดับ

ส่วนลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 61.54 และ 53.84 ตามลำดับ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 69.23 และ 61.54 ตามลำดับ เมื่อใช้สถิติวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดชนิดมาตรานามบัญญัติ และสถิติที (t-Test) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดชนิดอัตราส่วนพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี	2	7.69	2	7.69
ภรรยา	7	26.93	7	26.93
มารดา	2	7.69	2	7.69
บุตรชาย	2	7.69	2	7.69
บุตรสาว	13	50	13	50
เพศ				
ชาย	4	15.38	4	15.38
หญิง	22	84.62	22	84.62
สถานภาพสมรส				
โสด	4	15.38	6	23.08
คู่	19	73.08	17	65.38
หย่าร้าง แยก	3	11.54	3	11.54
ศาสนา				
พุทธ	23	88.64	24	92.30
อื่นๆ	3	11.54	2	7.70
อาชีพ				
แม่บ้าน	8	30.77	8	30.77
ทำงานนอกบ้าน	17	65.38	17	65.38
นักเรียน นักศึกษา	1	3.85	1	3.85

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ที่ญาติเคยมาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในโรงพยาบาล				
เคย	18	69.23	18	69.23
ไม่เคย	8	30.77	8	30.77
ปัญหาการรักษาพยาบาล				
มี	10	38.46	6	23.07
ไม่มีเลย	16	61.54	20	76.93
การศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	13	50	13	50
มัธยมศึกษา	7	26.93	6	23.07
ปริญญาตรีหรืออาชีวศึกษา	6	23.07	7	26.93
อายุ (ปี)				
เฉลี่ย	24-78		18-67	
ค่าเฉลี่ย	42.65		43.57	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	13.438		13.93	

ตารางที่ 2 ลักษณะของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของญาติที่ศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะผู้ป่วย				
ใส่เครื่องช่วยหายใจ	10	38.46	10	38.46
ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	16	61.54	16	61.54
ความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย				
รู้สึกตัวดี	24	92.31	24	92.31
ไม่รู้สึกตัว	2	7.69	2	7.69
โรคของผู้ป่วย				
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน	16	61.54	14	53.84
และหัวใจเต้นผิดจังหวะ				
โรคปอด	3	11.54	8	30.77
โรคอื่นๆ	7	26.92	4	15.39
จำนวนครั้งของการเข้าอยู่โรงพยาบาล				
ครั้งแรก	18	69.23	16	61.54
มากกว่า 1 ครั้ง	8	30.77	10	38.46

2. ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างญาติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมเป็นตัวแปรร่วม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SSy	MSy	F
ตัวแปรร่วม	1	5750.03	5750.03	0.71 ^{ns}
กลุ่ม	1	54.75	54.75	
ความคลาดเคลื่อน	49	3793.89	77.43	
รวม	51	9598.67		

^{ns} $p > .05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าเขียนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 61.27 และ 57.04 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยทั้งสองนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{(1,49)} = 2.18$) เมื่อวัดภายหลังเข้าเขียนผู้ป่วยแล้ว คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้ง 2 กลุ่มลดลงและมีค่าเท่ากับ 55.58 และ 53.00 ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังเข้าเขียนผู้ป่วยของญาติผู้ป่วย ทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนเข้าเขียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบ ที-คู่ (t-paired) ของคะแนนความวิตกกังวลก่อน และหลังเข้าเขียนผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าเขียน		หลังเข้าเขียน		t
	M	SD	M	SD	
กลุ่มควบคุม	61.27	9.74	55.58	15.59	2.81**
กลุ่มทดลอง	57.04	9.59	53.00	11.72	3.00**

** $p < .01$

1-11196022

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าญาติผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย มีความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยม ไม่แตกต่างกับญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุม เมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมเป็นตัวแปรร่วม (ดังตารางที่ 3) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ แสดงถึงการเตรียมญาติผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ไม่มีผลช่วยลดความวิตกกังวลของญาติ ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าปัจจัยที่อาจทำให้แบบแผนการเตรียมญาติไม่สัมฤทธิ์ผลมี 2 ประเด็นใหญ่ดังต่อไปนี้

ประการแรก แบบแผนการเตรียมญาติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ข้อมูลแก่ญาติก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ที่จะช่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่สนองความต้องการการลดความวิตกกังวลของญาติ อาจเนื่องจากแบบแผนการเตรียมญาติเน้นไปในเรื่องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ญาติได้รับรู้ต่อสถานสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในญาติผู้ป่วยนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการไม่รู้สถานสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตามที่ผู้เสนอไว้ (Gardner and Stewart 1978 : 105-110, Breu and Dracup 1978 : 50-53, Adams 1988 : 33, McGregor 1981 : 1477-1478, Caine 1989 : 184-189, Philichi 1988 : 34-38, Horner 1986 : 30A, Johnson 1986 : 50-53) ทำให้ผู้วิจัยสร้างแบบแผนการเตรียมญาติมุ่งเน้นที่ให้ญาติได้รับรู้ต่อสถานสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมากกว่าการให้ข้อมูลด้านอื่น โดยหวังว่าถ้าญาติได้รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมที่จะพบก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จะช่วยให้ญาติได้ประเมินสถานการณ์สิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง และจะทำให้ลดความวิตกกังวลได้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามที่คาดไว้ทำให้สันนิษฐานได้ว่า ข้อมูลที่ให้กับญาติเกี่ยวกับสถานสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย อาการทั่ว ๆ ไป และโรคของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตนเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย อาจเป็นข้อมูลที่ไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุมในการสนองความต้องการที่จะลดความวิตกกังวลของญาติทั้งหมด เนื่องจากการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532 : 38) เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 48-72 ชั่วโมง พบว่ามีความต้องการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยความต้องการเกี่ยวกับ ได้รับการตอบสนองว่ารู้สึกมีความหวัง มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การทราบถึงการทำนายโรคของผู้ป่วย เป็นความต้องการที่ญาติต้องการให้ได้รับการตอบสนองมากกว่าความต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักก่อนญาติเข้าเยี่ยมเป็นครั้งแรก และการศึกษาของ อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ เมื่อได้จัดลำดับความต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่าเป็นความ

ต้องการของญาติในอันดับที่ 28 เมื่อเทียบกับความต้องการที่มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าทีโรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย และการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เป็นความต้องการอันดับ 1 และอันดับ 2 ตามลำดับ (อุไรพร พงศ์ไพนาวุฒิ 2532 : 91) ซึ่งความต้องการดังกล่าวจะได้รับการสนองเมื่อได้เห็นสภาพ บรรยากาศการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับขณะที่ญาติเข้ามาเยี่ยม ซึ่งการให้ข้อมูลอธิบายแก่ญาติในขณะเยี่ยม และการได้เห็นการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย อาจเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนประคับประคองญาติ และจะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติได้มากกว่า ลาซารัสได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะเผชิญปัญหาได้นั้นจำเป็นต้องมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาช่วยได้ เช่น ใช้ความเชื่อ (positive beliefs) ได้แก่ การนำเอาความหวังมาใช้ร่วมด้วย การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้แก่ ข่าวกวราว ข้อมูล จากบุคคลอื่น (Lazarus 1978 : 165) ซึ่งการให้ข้อมูลตามปกติของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพหรือข้อมูลที่สร้างขึ้นอย่างมีแบบแผนก็เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าแบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วยโดยที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับญาติในกลุ่มทดลองก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกไม่ช่วยให้ญาติลดความวิตกกังวลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญในชั้นอยู่กับเนื้อหาข้อมูลที่ให้กับญาติ ตรงกับความต้องการของญาติหรือไม่เป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อเสนอของแมคเกรเกอร์ (McGregor 1981 : 1477-1478) ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก อาการของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้รักษาผู้ป่วย พร้อมทั้งแจกคู่มือเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนักก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยจะช่วยลดความวิตกกังวล

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่า การให้ข้อมูลญาติคงต้องมองประเด็นเนื้อหาของข้อมูลที่จะให้กับญาติ ควรให้สอดคล้องกับความต้องการของญาติในแต่ละสถานการณ์ด้วย

แต่อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลแก่ญาติในสถานการณ์เช่นการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเนื้อหาที่จะให้ข้อมูลแก่ญาติ เนื่องจากผู้วิจัยคาดการณ์ไว้ว่า ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักนี้จะมิตระดับความวิตกกังวลสูง เนื่องจากญาติรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่รุนแรงของญาติผู้ป่วยและการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยหรือไม่เป็นภาวะคุกคาม ร่วมกับวิธีการเก็บข้อมูลวัดความวิตกกังวลของญาติที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย อาจจะมีผลต่อความวิตกกังวล ถึงแม้การศึกษาของซิลวา ที่วัดความวิตกกังวลของญาติก่อนเข้าเยี่ยม และหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยออกแบบการวิจัยเพื่อจะดูว่าการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าเยี่ยมจะมีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมหรือไม่ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม (Solomon four groups) พบว่าการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ไม่มีผลทำให้ความวิตกกังวลของญาติเพิ่มขึ้นก็ตาม (Silva 1979 : 127-136) แต่การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ออกแบบการวิจัยควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าว และผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสอดคล้องกับที่ผู้วิจัยคาดการณ์ไว้ว่าคะแนนความวิตกกังวลของญาติสูงจริง โดยเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าเยี่ยมมีค่า 61.27 และ 57.04 ตามลำดับ ซึ่งเป็นคะแนนที่สูงเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์เหมือนกัน ดังเช่นงานวิจัยของชมชื่น สมประเสริฐ (2526) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวลในกลุ่มนักศึกษา ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนทำการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 39.44-44.89 จวี มากน้อม (2530) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในถุงน้ำดี ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนทำการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในช่วง 41.33-42.87 กัญจณี พันธ์ยะ (2528) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนในการดาผู้ป่วยครั้งแรกที่ผ่าตัดคลองท่อน้ำท่อน้ำตา ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนทำการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในช่วง 56.53-59.63 และสุรีย์ เทพคุรังษิกุล (2532) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนทำการทดลองของทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วง 45.07-51.2 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกัน ความวิตกกังวลของญาติที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่าสูง อาจมีผลต่อการรับรู้ของญาติได้ เนื่องจากการรับรู้ของญาติจะแคบลง จะรับรู้เฉพาะขอบเขตสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ (สุวีย์ ตันติพัฒนานันท์ 2522 : 122, Lader and Marks 1971 : 118-121, สมจิต หนูเจริญกุล 2521 : 6) การให้ข้อมูลที่มากโดยการพูดอธิบายก่อนเข้าเยี่ยมโดยไม่เห็นสถานการณ์จริง ญาติผู้ป่วยไม่สามารถจะรับได้หมดและอาจเพิ่มความวิตกกังวลแก่ญาติ ทำให้ผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเนื้อหาของการให้ข้อมูลก่อนเข้าเยี่ยมในการสนองความต้องการลดความวิตกกังวลของญาติ นอกจากนี้ถ้ามองประเด็นว่ากลุ่มควบคุมมีโอกาสได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ขณะเข้าเยี่ยม ซึ่งอาจทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมลดลง แต่การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการส่งเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการจับฉลาก ดังนั้นกลุ่มทดลองก็มีโอกาสได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เช่นกัน และเป็นข้อมูลเพิ่มเติมจากการเตรียมอย่างมีแบบแผน ซึ่งถ้าแบบแผนการเตรียมมีประสิทธิภาพก็น่าจะทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการวิจัยที่พบว่าความวิตกกังวลหลังเยี่ยมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงว่าแบบแผนการเตรียมญาติที่ใช้กับกลุ่มทดลองนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะลดความวิตกกังวลของญาติ

ปัจจัยประการที่สองที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการทดลองที่ไม่ได้เป็นไปตามความคาดหวัง คือ การเตรียมญาติอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยนั้น ไม่ช่วยลดความวิตกกังวลของญาติ เพื่อพบกับสถานการณ์จริงที่เผชิญในขณะที่เยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการให้ข้อมูลกับญาติในกลุ่มทดลอง เป็นวิธีที่ผู้วิจัยอธิบายและให้เห็นรูปภาพเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หลังทำแบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมเสร็จแล้ว และให้ข้อมูลทั้งหมดในเวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งอาจเป็นเวลาที่นานมากสำหรับญาติที่ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหรือสิ้นใจไปแล้วที่จะทำให้อาการได้เข้าใจหรือรับรู้เกี่ยวกับข้อมูล ซึ่งวิธีการและรูปแบบของการให้

ข้อมูลแก่ญาตินั้น ฮอร์เนอร์ (Hornor 1986 : 30A) ได้เสนอวิธีการให้ข้อมูลโดยการทำเทป โทรทัศน์ให้ข้อมูลแก่ญาติก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก จะทำให้ญาติได้เห็นภาพและได้ยินเสียงภายในหอผู้ป่วยหนัก และโดเออร์ และ โจนส์ (Doerr and Jones 1979 : 315-316) ได้ศึกษาวิธีการเตรียมญาติก่อนเข้าเยี่ยม โดยการให้เอกสารเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนัก และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามพยาบาลว่าจะมีผลช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหรือไม่ โดยเชื่อว่าเมื่อญาติได้รับข้อมูลแล้วจะมีความวิตกกังวลลดลง และจะมีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงด้วย ซึ่งผลการวิจัยของโดเออร์ และ โจนส์ ก็ได้ผลดังกล่าวคือ ผู้ป่วยของญาติที่เป็นกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลง แสดงให้เห็นว่าวิธีการ และรูปแบบของการให้ข้อมูลมีส่วนที่ทำให้ญาติรับรู้เกี่ยวกับข้อมูล และใช้ข้อมูลนั้นในการประเมินสถานการณ์ใหม่ ทำให้ลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอาจใช้วิธีการที่ไม่ได้ช่วยญาติรับรู้ข้อมูลชัดเจน รวมทั้งญาติอาจจะรู้สึกยังไม่ไว้วางใจพยาบาลที่ให้ข้อมูล เนื่องจากไม่ได้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีหรืออบอุ่นระหว่างผู้วิจัย และญาติมาก่อน ซึ่งเรนน่า (Renna 1987 : 79) ได้กล่าวว่า พยาบาลควรมีปฏิสัมพันธ์กับญาติและความไวในการเข้าถึงความต้องการของญาติ โดยสร้างทัศนคติในการดูแล (Caring Attitude) เน้นที่สายตา เลือกคำพูด แสดงสีหน้า น้ำเสียง ท่าทาง การสัมผัส ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยแต่ละคนมากน้อยไม่เท่ากัน เนื่องจากไม่ได้กำหนดไว้ในแบบแผนการเตรียม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งสองกลุ่ม (ดังตารางที่ 4) ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการพบผลวิจัยเช่นนี้ อาจเนื่องจาก การรับรู้ในเหตุการณ์ของญาติผู้ป่วยที่คาดว่าผู้ป่วยจะมีอาการหนัก ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามานานในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน การพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน กลัวผู้ป่วยจะเจ็บปวดหรือเสียชีวิต ขาดความเป็นส่วนตัว ไม่รู้สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก (Bedsworth 1982 : 450-456, Gardner 1978 : 105-110) ญาติจะประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ตารางที่ 2) อาการเจ็บหน้าอกทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และถูกรับไว้ในหอผู้ป่วยหนักทันที ทำให้ญาติผู้ป่วยประเมินว่าอาการของผู้ป่วยหนักและรุนแรง โรเบิร์ตกล่าวว่า ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามานานในหอผู้ป่วยหนักด้วยภาวะวิกฤตจะได้รับการสนใจดูแลอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ แต่ญาติผู้ป่วยจะเข้ามาโรงพยาบาลเหมือนคนตาบอด มีความคิดสับสน คิดล่วงหน้าว่าอาจจะมียาอะไรเกิดขึ้นกับคนที่ตนรัก (Robert 1976 : 354) ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัวอันเกิดจากความไม่รู้ และการรับข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Beland

1975 : 377) สิ่งเหล่านี้ย่อมคุกคามต่อความรู้สึกของญาติ ถ้าญาติไม่ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ญาติอาจคาดคะเนไปตามประสบการณ์เดิม ซึ่งส่วนใหญ่ประเมินไปในทางลบ (กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2527 : 424) ซึ่งในการศึกษานี้คะแนนความวิตกกังวลของญาติทั้งสองกลุ่มก่อนเข้าเยี่ยมสูงกว่าการศึกษาอื่นดังกล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เมื่อญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยแล้วได้เห็นสภาพผู้ป่วยไม่ได้มีอาการหนักตามที่คิดไว้ คือ ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวตื่นตาคู่กับญาติได้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ได้รับการรักษาโดยการให้นอนพักอยู่บนเตียง ดมออกซิเจน และติดสายต่อเข้าเครื่องเฝ้าดูการเต้นของหัวใจ ซึ่งจากการศึกษาของแคปลิน และเซกซ์ตัน พบว่าญาติได้เรียงลำดับของ "สัญญาณเตือนและไฟกระพริบจากเครื่องเฝ้าดูการเต้นของหัวใจในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก" เป็นความเครียดในอันดับท้าย ๆ และญาติยังรับรู้ว่าการมีอุปกรณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (Caplin and Sexton 1988 : 37) ดังนั้นเมื่อญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว จากสภาพแวดล้อมและเห็นอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยลดน้อยลงหรือไม่ได้เป็นหนักอย่างที่คาดการณ์ไว้ตั้งแต่แรก ญาติจะเกิดการประเมินซ้ำว่าสิ่งที่คาดการณ์ไว้ตั้งแต่แรกไม่ใช่ภาวะคุกคามอีกต่อไป ความวิตกกังวลจึงลดลง

นอกจากนี้ระยะห่างของการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเยี่ยมแตกต่างกันมากใช้เวลาตั้งแต่ 30 นาที ถึง 24 ชั่วโมง ทำให้ญาติผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีโอกาสได้รับการสนับสนุน ประคับประคองหรือได้ระบายความรู้สึกจากเจ้าหน้าที่ที่มสสุขภาพ หรือญาติด้วยกันเอง และเมื่อระยะเวลาผ่านไป ร่วมกับการที่ญาติรับรู้สภาพอาการของผู้ป่วยดีขึ้น ระดับความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะลดลงเอง (Lader and Marks 1971 : 9) จากปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ความวิตกกังวลของญาติทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าเยี่ยม เมื่อเปรียบเทียบกับตอนก่อนเข้าเยี่ยม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลของญาติในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อาจเนื่องจากแบบแผนการเตรียมญาติโดยการให้ข้อมูล ญาติก่อนเข้าเยี่ยมเป็นข้อมูลที่ไม่ได้ตอบสนองตรงกับความต้องการของญาติ ที่อาจต้องการรู้เกี่ยวกับสภาพอาการ และต้องการเห็นผู้ป่วยมากกว่า ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนักก่อนเข้าเยี่ยมครั้งแรก นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยให้กับญาติอาจไม่ได้ช่วยให้ญาติได้รับรู้ข้อมูลอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมของทั้งสองกลุ่มน้อยกว่าก่อนเยี่ยม อาจเนื่องจากการรับรู้ในเหตุการณ์ คือ เห็นอาการของผู้ป่วยเมื่อเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว ทำให้ญาติประเมินสถานการณ์ใหม่ว่าคุกคามลดลง ความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยจึงลดลงทั้งสองกลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าเยี่ยม

สรุปการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับ และไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเป็นครั้งแรก และมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2532 ถึง 31 มกราคม 2533 จำนวน 52 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยดังนี้ คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถพูดภาษาไทย ได้รู้เรื่องและเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการศึกษา ไม่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็นได้ชัดว่าจะไม่สามารถตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล หรือรับฟังข้อมูลจากผู้วิจัยได้รู้เรื่อง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ให้มีความเท่าเทียมกันในเรื่อง ระดับความรู้สึกตัว การใส่เครื่องช่วยหายใจ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ แปลเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงนิตยา ศุภกิติ และคณะ โดยวัดก่อนการเข้าเยี่ยม และหลังจากเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกันคือ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรสาวร้อยละ 50 ญาติของผู้ป่วยที่ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 61.54 และญาติของผู้ป่วยที่รู้สึกตัวร้อยละ 92.31 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และส่วนใหญ่มีลักษณะดังต่อไปนี้ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.08 และ 65.38 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 88.64 และ 92.30 ตามลำดับ ทำงานนอกบ้านทั้ง 2 กลุ่มเท่ากันคือ ร้อยละ 65.38 มีประสบการณ์ที่ญาติเคยมาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน คือ ร้อยละ 69.23 ไม่มีปัญหาค่ารักษานพยาบาล ร้อยละ 61.54 และ 76.93 ตามลำดับ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าทั้ง 2 กลุ่มเท่ากันคือ ร้อยละ 50 ส่วนอายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม คือ 42.65 และ 43.57 ปีตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนความวิตกกังวลภายหลัง เข้า เข็มผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเตรียม และ ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน เมื่อใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อน เข้า เข็ม เป็นตัวแปร ร่วม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าคะแนนความวิตกกังวลหลัง เข้า เข็มผู้ป่วยของ ญาติผู้ป่วยทั้งในกลุ่มที่ได้รับการเตรียม และ ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนน้อยกว่าก่อน เข้า เข็มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

ควรเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้า เข็มผู้ป่วย เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในตอนแรกที่ญาติมา เข็ม กรณีที่ผู้ป่วยมีสภาวะความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมาก เช่น ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจตีบตันที่รู้สึกตัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. วิจัยซ้ำ

1.1 ปรับแบบแผนการเตรียมญาติให้ครอบคลุมในเรื่องสนับสนุนระดับประคอง ความรู้สึกของญาติ เช่น ความหวัง ความสามารถของผู้ดูแล และอื่น ๆ นอกเหนือจากสิ่งแวดล้อม และการทำงานขณะญาติ เข้า เข็มผู้ป่วย

1.2 ปรับวิธีการให้ข้อมูล โดยการใช้สื่อ หรือวิธีการสร้างสัมพันธภาพญาติแบบ อื่นที่ต่างจากการวิจัยครั้งนี้

2. ความคุ้มครองระหว่างการตอบแบบสอบถามก่อน และหลัง เข็มให้เท่ากัน ทั้งนี้ เพื่อควบคุมอิทธิพลจากการได้ข้อมูลและการสนับสนุนจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่จากผู้วิจัยให้ข้อมูล

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ สุวรรณโคต "การพยาบาลกับพฤติกรรมบุคคล" เอกสารการสอนชุดวิชาในมิติและกระบวนการพยาบาล. เล่ม 3, หน้า 418. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: หนึ่งใจจัดการพิมพ์, 2528.
- กัญจนีย์ นิตยยะ ผลการการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ทำคลอดทางหน้าท้อง วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530 : 58.
- จินตนา ยูนิพันธ์ ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529 : 57-64.
- จรัส จันทลักษณ์ และอนันต์ชัย เชื้อธรรม. สถิติเบื้องต้นประยุกต์. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. ผลการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- ฉวี มากพุ่ม. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530 : 46.
- ฉวีวรรณ สิทธิเวช ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2520.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

ปราโมทย์ เชาวศิลป์. คู่มือทฤษฎีจิตวิเคราะห์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหประชาพาณิชย์, 2526.

พนารัตน์ โพธาเจริญ การแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องเพื่อลดความวิตกกังวล วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ แผนกบริหารพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2514.

ยุดติ ภาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, ยะวาลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลิสุวรรณ, พรรณชาติ พุทธิวัฒนะ และ รุจิเรศ ธนุรักษ์. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2526.

วิจิตร บุญไฮตร และคณะ. "การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่มีปัญหาด้านจิตสังคม". เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการที่เลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต. เล่ม 1 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิบูลย์อักษร, 2530 : 152-170.

ศิริกาญจน์ เนื่องเทศ. ผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน และการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดคอในแง่ อัมพาต ซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527 : 49.

สมจิต หนูเจริญกุล. "ความเกี่ยวพันในมิติของการพยาบาล." การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่ม 2, หน้า 6. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2521.

สมศรี เชื้อหิรัญ. สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย และการประเมิน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2528 : 22-23.

สุนีย์ ตันตพัฒนานันท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522 : 121-135.

สุริย์ เทพศุภรังษิกุล. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารัตติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532 : 46.

อุบล นิวัติชัย. "พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอาารมณ์และการพยาบาล." เอกสารการสอนชุดวิชา การเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช หน้า 111-115 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : นํ้ากิงการพิมพ์, 2528.

อุไรพร วงศ์พัฒนาอุล. ความต้องการของผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

AACN's Clinical Reference for Critical Care Nursing. 2nd. ed. New York : Mc Graw-Hill Company, 1988.

Abels, L. Critical Care Nursing : A physiologic Approach. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1986.

Adams, M.M. "The Forgotten Victims of A Medical Crisis." RN. 51 (April 1988) : 30-33.

Anastasi, A. Psychological Testing. 5th. ed. New York: McMillion Publishing Co., Inc, 1982.

Arkoff, A. Adjustment and Mental Health. New York : McGraw Hill Book Company, 1968.

Ashworth, P. "Don't Forget to Talk to Them." Nursing Mirror. 160 (1 May 1985) : 50-52.

Bedsworth, J.A. et al. "Psychological Stress in Spouses of Patients With Myocardial Infarction." Heart Lung. 11 (September/October 1982) : 450-456.

Beland. et al. Clinical Nursing. 3rd. ed. New York : Macmillan Publishing, 1975.

Boore, J. "Pre-Operative Care of Patient." Nursing Time 73 (March 1977) : 409-411.

Bramwell, L. et al. "Effect of Role Clarity and Empathy on Support Role Performance and Anxiety." Nursing Research. 35 (Sep-Oct 1986) : 282-287.

Brant, A.M. "Consider The Patient Part of A Family." Nursing Forum. 21 (January 1984) : 19-23.

Breu et al. "Helping The Spouse of Critically Ill Patients." American Journal of Nursing. 78 (January 1978) : 50-53.

Broome, M.E. "Working With Family of a Critically Ill Child." Heart Lung. 14 (July 1985) : 368-372.

Brunner et al. The Lippincott Manual of Medical Surgical Nursing 3rd Edition. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1982.

Caine, R.M. "Families in Crisis Making the Critical Difference." Focus on Critical Care. 16 (June 1989) : 184-189.

Caplin, M.S. et al. "Stresses Experienced by Spouses of Patients in A Critical Care Unit with Myocardial Infarction." Focus on Critical Care. 15 (October 1988) : 31-40.

Cassem, N. et al. "Sources of Tension for the CCU Nurse." American Journal of Nursing. 72 (1972) : 1426.

- Chatham, M.A. "The Effect of Family Involvement on Patient Manifestation of Post Cardiotomy Psychosis." Heart Lung. 7 (Nov/Dec 1978) : 995-999.
- Chavez, C. et al. "Effect of an Education-Oriented Program on Family Members Who Visit Their Significant Others in the Intensive Care Unit." Heart Lung. 16 (Jan 1987) : 92-99.
- Clark, S. "Nursing diagnosis: Ineffective coping 1. A theoretical framework." Heart & lung. 16 (November 1987) : 670-674.
- Cozac, J. "The Spouse's Response to Coronary Artery Bypass Graft Surgery." Critical Care Nurse. 8 (Jan/Feb 1988) : 65-71.
- Daley, L. "The Perceived Immediate Needs of Families with Relative in the Intensive Care Setting." Heart Lung. 13 (May 1984) : 231-237.
- Daley, T.J. et al. "Stress Management Through Hypnosis." Topic in Clinical Nursing. 10(1973) : 59-65.
- Danis, M. et al. "A Comparison of Patient Family and Nurse Evaluation of the Usefulness of Intensive Care Unit." Critical Care Medicine. 15 (Feb 1987) : 138-143.
- De Lisser, A. "Holiday Blues : Theirs and Ours." Critical Care Nurse. 6 (Nov/Dec 1986) : 55-59.
- Dhooper, S.S. "Family Coping with the Crisis of Heart Attack." Social Work and Health Care. 9 (Fall 1983) : 15-31.

- Doers, B. et al. "Effect of Family Preparation on the State Anxiety Level of the Critical Care Unit." Nursing Research. 28 (Sep/Oct 1979) : 315-316.
- Dracup, K. et al. "Using Nursing Research Finding to Meet the Needs of Grieving Spouse." Nursing Research. 27 (Jul-Aug 1978) : 212-216.
- Dunkel, J. et al. "Families in the Intensive Care Unit : Their Effect on Staff." Heart Lung. 12 (May 1983) : 258-261.
- Epperson, M.M. "Family in Sudden Crisis : Process and Intervention in a Critical Care Center." Social Work and Health Care. 2 (Spring 1977) : 265-273.
- Freismuth, C.A. "Meeting the Needs of Families of Critically Ill Patients : A Comparison of Visiting Policies in the Intensive Care Setting." Heart Lung. 15 (1986) : 309.
- Gaglione, K.M. "Assessing and Intervening with Families of Critical Care Unit Patients." Nursing Clinic of North America. 19 (Sep 1984) : 427-432.
- Gardner, D. et al. "Staff Involvement with Families of Patients in Critical Care Units." Heart Lung. 7 (Jan/Feb 1978) : 105-110.
- Gomez, E.A. et al. "Anxiety as a Human Emotion : some basic conceptual models." Nursing Forum. 21 (1984) : 38-42.
- Graham, LE. et al. "Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patient." Nursing Research. 20 (Mar-April 1971) : 113-122.
- Haber, J. et al. Comprehensive psychiatric Nursing. 2nd ed. New York : Mcgrow-Hill Book Company, 1982.

Hampe, S.O. "Needs of the Grieving Spouse in a Hospital Setting." Nursing Research. 24 (1975) : 113.

Heater, B.S. "Nursing Responsibilities in Changing Visiting Restriction in Intensive Care Unit." Heart Lung. 14 (Mar 1985) : 181-186.

Hickey, M. "What are the Needs of Family of Critically Ill Patients." Focus Critical Care. 12 (Feb 1985) : 41-43.

Horner, A.J. "Intensive Caring : Orienting ICU Families Through AV Media." Nurse Manage. 17 (Dec 1986) : 30A, 30D, 30E, 30H.

Hodovanic, B.H. "Family Crisis Intervention Program in the Medical Intensive Care Unit." Heart Lung. 13 (May 1984) : 243-249.

Holloway, N.M. Nursing the Critically Ill Adult. Massachusetts : Addison-Wesley Publishing Company, 1979.

Hudak, C.M. et al. Critical Care Nursing : A Holistic Approach. 4th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1986.

Ingles, T. "Do Patient Feel Lost in General Hospitals ?" American Journal of Nursing. 60 (1960) : 651.

James, P. "Relatively speaking : Intensive care." Nurse Mirror. 155 (August 1982) : 40-3.

Johnson, K.A. "Comparison of the Nurse's Perception of the Priority Needs of the Spouse as They Related to Those Identified by the Spouse." Heart Lung. 15 (1986) : 306.

Johnson, S.H. "10 Ways to Help the Family of a Critically Ill Patient." Nursing. 16 (Jan 1986) : 50-53.

- Joyce, J.M. Critical Care Nursing Hand book. St. Louis : Warsen H. Green, Inc., 1983.
- Kornfeld, D.S. "Psychiatric View of the Intensive Care Unit." British Medical Journal. 11 (Jan 1969) : 108-110.
- Kronne, H.W. et al. Achievement Stress and Anxiety. Washington : Hemisphere Publishing Corporation, 1982.
- Lachman, V.D. Stress Management : A Manual for Nurses. New York : Grune and Stratton, Inc., 1983.
- Lader, M. et al. Clinical Anxiety. New York : Grune and Stratton, 1971.
- Lambert, V.A. et al. Psychosocial Care of the Physically Ill What Every Nurse Should Know. 2nd ed. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1985.
- Lazarus, R.S. et al. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer publishing company, 1984.
- Leske, J.S. "Needs of Relatives of Critically Ill Patient : A Follow up." Heart Lung. 15 (Mar 1986) : 189-193.
- Levi, L. Emotion : Their Parameters and Measurement. New York : Raven Press, Publisher, 1975.
- Lewis, S.M. et al. Medial-Surgical Nursing : assessment and management of clinical problems. New York : McGraw-Hill Book Company, 1983.

- Luckman, J. et al. Medical-Surgical Nursing A Psychophysiologic Approaches. 2 nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders Co., 1980.
- Lundin, R.W. Personality A Behavioral Analysis. London : The Macmillan Company, 1969.
- Lynn-Mc Hale, D.J. et al. "Need Satisfaction Level of Family Members of Critical Care Patient and Accuracy of Nurses Perception." Heart Lung. 17 (Jul 1988) : 447-453.
- Manley, K. "The Needs and Support of Relatives." Nursing. 3 (December 1988) : 19-22.
- Mc Gregor, E.A. et al. "Care and Support for Relatives in the ITU." Nursing Time. 19 (August 1981) : 1477-1478.
- Mason, A. et al. "Touch" Nursing Times. 76 (June 1980) : 999-1001.
- Mikhail, J.N. "Developing a Family Assessment and Intervention Protocal." Critical Care Nurse. 8 (May 1988) : 114-118.
- Molter, N.C. "Needs of Relative of Critically Ill Patient : A Descriptive Study." Heart Lung. 8 (Mar/Apr 1979) : 332-339.
- Monat, A. et al. Stress and Coping. Newyork : Columbia University press, 1977.
- Nathan, P.E. "Psychopathology and Society. 2nd Ed. New york : R.R. Donnelly & Sons co., 1980.

- Norris, C.O. et al. "Investigation of Selected Psychosocial Needs of Family Members of Critically Ill Patient." Heart Lung. 15 (Mar 1986) : 194-199.
- Nyamathi, A. "The Coping Responses of Female Spouses of Patient with Myocardial Infarction." Heart Lung. 16 (Jan 1987) : 86-92.
- Olsen, E.H. "The Impact of Serious Illness on the Family System." Postgraduate Medicine. (Feb 1970) : 169-174.
- Pearlmutter, D.R. et al. "Model of Family - Centered Care in One Acute Care Institution." Nursing Clinic of North America. 159 (Sep 1984) : 173.
- Philichi, L.M. "Supporting the Parents when the Child Requires Intensive Care." Focus Critical Care. 15 (Apr. 1988) : 34-38.
- Polit, D. et al. Nursing Research : Principles and Method. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1983.
- Porter et al. "Patient Need on Admission." American Journal of Nursing. 77(January 1977) : 113.
- Renna, R. "Caring Courtesy Understanding in Critical Care Unit." Nurse Manage. 18 (Aug 1987)78-79.
- Roberts, S.L. Behavioral Concepts and the Critically Ill Patient. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1976.
- Rodgers, C.D. "Needs of Relatives of Cardiac Surgery Patient During the Critical Care Phase." Focus on Critical Care. 10 (Oct 1983) : 50-55.

- Schmitt et al. "Psychological Preparation of Surgical Patient." Nursing Research. 22 (Mar/April 1973) : 108-116.
- Scott, D.W. et al. "A Stress coping Model." Advances in Nursing Science. 3 (October 1980) : 9-23.
- Silva, M.C. "Effect of Orientation Information on Spouses' Anxiety and Attitudes toward Hospitalization and Surgery." Research in Nursing and Health. 22 (1979) : 127-136.
- Skelton, M. et al. "Psychological Stress in Wives of Patient with Myocardial Infarction." British Medical Journal. 14 (April 1973) : 101-103.
- Skillman, J.J. Intensive Care. Boston : Little, Brown and Company, 1975.
- Skipper, J.K. "Communication and Hospitalization Patient." Social Interaction and Patient Care. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1965 : 61-80.
- Spence, J. et al. Anxiety and Behavior. New York : Academic Press Inc. 1966.
- Spielberger, C.D. et al. STAI Manual. California : Consulting Psychologist Press, Inc., 1970.
- Staubb et al. "Increasing Pain Tolerance by Information about Aversive Stimuli." Journal of personality and Social Psychology. 21 (1972) : 198-203.

- Stillwell, S.B. "Importance of visiting Needs as Percieve by Family Members of Patient in Intensive Care Unit." Heart Lung. 13 (May 1984) : 238-242.
- Thompson, D.R. et al. "Support of Wives of Myocardial Infarction Patient." Journal of Advance Nursing. 13 (Mar 1988) : 223-228.
- Thompson, J.M. et al. Clinical Nursing. St. Louise : The C.V. Wesby Company, 1986.
- Wallace P. "Relative Should be Told about Intensive Care-but How Much and by Whom?" Canadian Nurse. 67 (June 1971) : 33-4.
- Woellner, D.S. "Flexible Visiting Hours in the Adult Critical Care Unit." Focus on Critical Care. 15 (Apr 1988) : 66-69.
- Wolff et al. Fundamental of Nursing. 6th ed., Philadelphia : J.B. Lippincott, 1979.
- Wolterman, M.C. et al. "Caring for Parents in Crisis." Nursing Forum. XXII (1985) : 34-37.





แบบฟอร์มส่วนตัวบุคคล

คำชี้แจง

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยกาเครื่องหมาย (/) หน้าหัวข้อและเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ

- 1) ชาย
- 2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

- 1) พุทธ
- 2) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

- 1) โสด
- 2) คู่
- 3) หม้าย, หย่า, แยก

5. จำนวนปีที่ศึกษา.....ปี

6. อาชีพปัจจุบัน.....

7. ปัญหาเรื่องค่ารักษานายาบาล

- 1) มีมาก
- 2) มีน้อย
- 3) ไม่มีเลย

8. ประสบการณ์ที่ญาติเคยมาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในโรงพยาบาล

- 1) เคย
- 2) ไม่เคย

ข้อมูลแสดงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล		คนที่	คะแนนความวิตกกังวล	
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการ เข้าเรียน	หลังการ เข้าเรียน		ก่อนการ เข้าเรียน	หลังการ เข้าเรียน
1	45	30	1	76	72
2	58	53	2	65	51
3	41	30	3	41	33
4	52	54	4	54	46
5	60	59	5	48	45
6	69	80	6	57	67
7	59	41	7	60	58
8	55	49	8	57	54
9	58	60	9	71	56
10	71	49	10	53	52
11	71	48	11	48	43
12	66	59	12	59	52
13	74	74	13	69	51
14	56	66	14	73	78
15	75	79	15	54	48
16	57	37	16	61	64
17	71	74	17	61	58
18	80	79	18	53	45
19	62	62	19	67	70
20	51	31	20	43	32
21	48	50	21	47	53

คนที่	คะแนนความวิตกกังวล		คนที่	คะแนนความวิตกกังวล	
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการ เข้าเยี่ยม	หลังการ เข้าเยี่ยม		ก่อนการ เข้าเยี่ยม	หลังการ เข้าเยี่ยม
22	53	34	22	55	43
23	67	59	23	40	38
24	65	51	24	64	69
25	67	72	25	52	46
26	62	65	26	55	54



แบบแผนการเตรียมญาติที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

เมื่อญาติผู้ป่วยเข้ามารอนักในห้องพักที่จัดไว้ข้างหออภิบาลผู้ป่วยหนักแล้ว ผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ข้อมูลดังนี้

จุดประสงค์	เนื้อหาของข้อมูล
1. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยคุ้นเคยกับสถานที่ สิ่งแวดล้อมใหม่ เพื่อลดความวิตกกังวล	<p>การนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อสังเกตอาการ และเพื่อรับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จะประกอบไปด้วยเครื่องมือพิเศษที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่นๆที่ท่านเคยพบ และพยาบาลที่อยู่ในหน่วยนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย และการใช้เครื่องมือ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ก็จะย้ายไปยังหอผู้ป่วยสามัญ</p> <p>หอผู้ป่วยนี้จะรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด 8 เตียง มีเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลคอยดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงโดยแบ่งเป็น 3 ผลัด คือ เวร เช้า บ่าย ดึก มีพยาบาล 4 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 - 3 คน ต่อ 1 ผลัด แพทย์ประจำบ้าน 2 คนคอยดูแลผู้ป่วย และ ประจำอยู่ในหอผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงก็จะทราบ และมีแพทย์พยาบาลพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ</p> <p>เมื่อท่านเข้าไปในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่ท่านจะได้เห็นสิ่งต่อไปนี้</p>

จุดประสงค์

เนื้อหาของข้อมูล

รูปถ่าย 8 " x 10 ."

เครื่องเฝ้าดูการเต้นของหัวใจ (MONITOR
EKG) พร้อมสายและแผ่นนำคลื่นไฟฟ้า

เครื่องเฝ้าดูการเต้นของหัวใจ เป็นเครื่องมือรูปทรงสี่เหลี่ยมวางอยู่ข้างเตียง หรือเหนือเตียงผู้ป่วย สำหรับตรวจวัดการเต้นของหัวใจโดยจะบอกลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ จะติดแผ่นนำคลื่นไฟฟ้าไว้บนผิวหนังบริเวณหน้าอก 2 แห่ง และสายโคจรเข้า 1 แห่ง และต่อสายเข้ากับเครื่อง คลื่นไฟฟ้าหัวใจก็จะปรากฏบนเครื่องนี้ จะใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีแนวโน้มหัวใจเต้นผิดจังหวะ ต้องการการเฝ้าดูตลอดเวลา ภาพและสัญญาณจะเข้าสู่จอภาพใหญ่ระบบศูนย์กลางที่โรงพยาบาล ซึ่งมีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยเฝ้าดูตลอด จะมีสัญญาณเตือนขึ้นเมื่อมีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าและอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่องเหล่านี้จะเอาออก เมื่อไม่มีความจำเป็นต้องเฝ้าสังเกตอาการอีก เครื่องเฝ้าดูการเต้นของหัวใจจะไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรืออันตรายกับผู้ป่วย

จุดประสงค์

เนื้อหาของข้อมูล

รูปถ่าย 8 " x 10 "

เครื่องช่วยหายใจ (Bird's) ต่อสายเข้ากับท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube)
เครื่องช่วยหายใจ (Bennett) ต่อสายเข้ากับท่อช่วยหายใจ

เครื่องช่วยหายใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง หรือหายใจเองไม่เพียงพอจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจเข้าทางจมูก หรือ ทางปาก และต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ เครื่องนี้จะมีเสียงดังเบาๆเป็นจังหวะตามการหายใจ และมีสัญญาณเตือนเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ท่อหายใจที่ใส่เข้าไปในจมูก หรือปากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกรำคาญหรือเจ็บภายในคอบ้าง และผู้ป่วยไม่สามารถพูดให้มีเสียงออกมาได้ เนื่องจากท่อนั้นขวางอยู่จนหมดเสียง การพูดจาติดต่อกับผู้ป่วย จึงใช้การดูจากริมฝีปาก ใช้การเขียนหนังสือติดต่อ ใช้การพยักหน้า กระพริบตาแทน เครื่องช่วยหายใจนี้จะเอาออกเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ดีแล้ว และผู้ป่วยก็จะเริ่มพูดมีเสียง ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจะมีเสมหะมาก จำเป็นจะต้องดูดเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่งตลอดเวลา และให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอพยาบาลจะ ใช้เครื่องดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะ ซึ่งอาจจะตรงกับช่วงที่ญาติเข้าเยี่ยม

จุดประสงค์

เนื้อหาข้อมูล

เพื่อสะดวกในการปฏิบัติงาน ญาติควรออกไป
คอยข้างนอกสักครู่ แล้วจึงเข้ามาเยี่ยมใหม่เมื่อ
เจ้าหน้าที่ดูแลห่มห่มให้ผู้ป่วยเสร็จแล้ว

รูปถ่าย 8 " x 10 "

การให้น้ำเกลือผ่านทางเครื่องควบคุม
การหยดของน้ำเกลือ

ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องให้น้ำเกลือ หรือ
สารน้ำและยาหลายขวดในขณะเดียวกัน พร้อม
ทั้งใช้เครื่องควบคุมการหยดของน้ำเกลือ เพื่อ
ให้ผู้ป่วยได้รับยาในระดับที่พอเหมาะตามแผนการ
รักษา

รูปถ่าย 8 " x 10 "

การให้ออกซิเจนทางสายเข้าจมูก

ผู้ป่วยบางรายที่การไหลเวียนของเลือดไม่ดี
พอ หรือปริมาณของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าค่า
ปกติ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนผ่านกระ
บองนำความชื้น แล้วเข้าสู่ตัวผู้ป่วยทางสายเข้า
จมูก หรือหน้ากากครอบจมูก

จุดประสงค์	เนื้อหาของข้อมูล
2. ให้ข้อมูลญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทั่วไป และโรคของผู้ป่วย	<p>"ญาติของคุณขณะนี้ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค.....อาการขณะนี้เป็นอย่างไรร.....ปัญหาของผู้ป่วยขณะนี้คือ.....แผนการรักษา.....ขณะนี้ใช้เครื่องมืออะไรบ้าง.....มี DRIP ยาสีฟันอะไรบ้าง....."</p>
3. เพื่อให้ญาติได้รู้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก จะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์ และพยาบาลอย่างดีที่สุด นับตั้งแต่ยาที่เตรียมพร้อมไว้ตลอดเวลาสำหรับการช่วยชีวิตผู้ป่วย การติดตามผลการรักษาพยาบาล และเอาใจใส่ในเรื่องความสุขสบายอย่างใกล้ชิด และอาหารที่ผู้ป่วยจะได้รับตามลักษณะของโรคครบทั้ง 3 มื้อ และกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ จะได้รับประทานอาหารผ่านทางสายยางที่ใส่ทางจมูกถึงกระเพาะอาหาร และเนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยได้นักผ่อนอย่างเต็มที่ ญาติควรจะเข้าเยี่ยมครั้งละ 1 - 2 คน โดยจะเปิดให้เยี่ยมเวลา 12 น. ถึง 13 น. และ 15 น. ถึง 18 น.</p>

จุดประสงค์

เนื้อหาของข้อมูล

4. เพื่อให้ญาติรับรู้ถึงความ
วิตกกังวลของผู้ป่วยใน
หออภิบาลผู้ป่วยหนักและ
รับรู้ถึงการปฏิบัติตนเมื่อ
เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อมีส่วน
ช่วยลดความวิตกกังวล
ของผู้ป่วย

เราทราบว่าในช่วงเวลาเช่นนี้ เป็นช่วง
เวลาแห่งความตึงเครียดของทั้งผู้ป่วย และญาติ
ผู้ป่วยนอกจากต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของตน
เองแล้ว ยังต้องมาอยู่ในสถานที่แปลกใหม่ที่ตัว
เองไม่รู้จัก มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ยุ่งยากซับซ้อน
ทั้งเสียงจากเครื่องมือต่างๆรบกวน รวมทั้งต้อง
อยู่กับเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย สิ่งเหล่านี้
สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดความวิตก
กังวลได้ ซึ่งอาจจะทำให้การฟื้นตัวช้าลงได้
เราจึงหวังว่า การที่ญาติจะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย
จะเป็นการลดความเครียด และความวิตกกังวล
ของผู้ป่วย โดยการให้กำลังใจ สร้างความมั่น
ใจแก่ผู้ป่วย ไม่ควรแสดงความวิตกกังวลมาก
หรือร้องไห้ให้ผู้ป่วยได้เห็น เพราะผู้ป่วยอาจคิด
ไปได้ว่า อาการเขาหนักมาก หรือสิ้นหวัง การ
พูดให้กำลังใจ การสัมผัสตัวผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล
การสร้าง ความมั่นใจแก่ตัวผู้ป่วย โดยแสดงสี
หน้าท่าทางที่เป็นปกติ ไม่พูดเรื่องที่จะทำให้ผู้
ป่วยวิตกกังวล จะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยได้ และจะช่วยให้การฟื้นตัวจากโรค
เร็วขึ้น นอกจากนี้ญาติสามารถที่จะสัมผัสกับ
เครื่องมือต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องกลัว
และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ข้อมูลแก่ท่าน
ตอบคำถามที่สงสัย และให้ความช่วยเหลือเมื่อ
ท่านต้องการความช่วยเหลือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบแผนการเตรียมยาฉีดผู้ป่วย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี, วท.บ., วท.ม.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวจริยา ตันติธรรม, วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)
หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวพัชรา อินทรสุข, พยาบาลศาสตร์บัณฑิต.
หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางชวนพิศ นิธิยางค์, กศ.บ. (พยาบาล)
หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลราชวิถี
6. นางลดาวัลย์ รวมเมฆ, วท.บ., ค.ม.
ผู้ช่วยหัวหน้าตึก ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์