

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีศึกษาทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
2. ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อสมาชิกครอบครัว
3. ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
4. การสนับสนุนด้านข้อมูลและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

### ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ความเจ็บป่วยรุนแรงหรือความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้ามาก่อน (Prevost, 1997) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง (Russell, 1999) การเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยหนักเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตและความผาสุกของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีความเข้าใจว่าการเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยหนักนี้ จะทำให้ตนเองได้รับความทุกข์ทรมานหรือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงใกล้จะเสียชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยได้ (ขวัญเรือน แพริ่งสกุล, 2544; Hudak, Gallo & Morton, 1998; Frazier, 2002) ในความเจ็บป่วยนี้มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว และทำให้ระบบครอบครัวเสียความสมดุลได้ โดยเฉพาะทำให้เกิดความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย (Appleyard, 2000) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดและเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล การเจ็บป่วยที่รุนแรงดังกล่าวไม่เพียงมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย (Acorn, 1995) ในทันทีที่ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงจนได้รับ

การเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งครอบครัวไม่ทันได้เตรียมการล่วงหน้าในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้นี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ (Reider, 1994) ผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ เมื่อแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมาด้วยอาการหมดสติหรืออาการป่วยหนัก อาจต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์ในการดูแลรักษาที่ซับซ้อน และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นช่วงวิกฤตของชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาโดยการใส่สายระบาย สายยาง และอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการที่เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักดังกล่าว มีผลทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น และรู้สึกรู้ว่าเป็นภาวะคุกคามทางจิตใจ เนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วย และต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก (Bokinskie, 1992)

หอผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีอาการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอย่างรวดเร็ว มีภาวะคุกคามต่อความปลอดภัยของชีวิต และต้องการการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินอาการ ให้การดูแลรักษาเพื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องด้วยอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ซึ่งลักษณะที่เฉพาะของหอผู้ป่วยหนักก็คือ มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีที่ซับซ้อน รวมทั้งมีเสียงของสัญญาณต่าง ๆ ของเครื่องมือ มีแสงไฟเปิดตลอดเวลา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการหนักได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สาย และท่อระบายต่าง ๆ ผู้ป่วยบางรายไม่รู้สึกรู้ว่าไม่สามารถสื่อสารได้ ต้องนอนรับการรักษาอยู่บนเตียงตลอดเวลา และมีกิจกรรมการรักษายาบาลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีการจำกัดเวลาการเข้าเยี่ยมของญาติ ลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพลัดพรากจากสมาชิกในครอบครัว เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว กลัว รวมทั้งการได้รับสิ่งกระตุ้นมากเกินไป ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม (Prevost, 1997) โอแมลลีย์ (O'Malley, 1991) ได้กล่าวว่า ความเจ็บป่วยที่รุนแรงและวิกฤต เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บทบาทการดำเนินชีวิตและการพึ่งพาผู้อื่น

ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอวัยวะหรือการทำหน้าที่ของร่างกายหลายระบบรวมกัน เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคของระบบทางเดินหายใจ ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคุกคามต่อความปลอดภัยของชีวิต ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการ สัญญาณชีพ ต้องให้การดูแล และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการรักษายาพิเศษ รวมทั้งเครื่องมือ

อุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ เช่น การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) การใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่หรือทำผ่าตัดทั่วไปแต่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและมีปัญหาแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาและนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา และมีกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง

รัฟเพิร์ต และไมเซล (Ruppert & Meisel, 1996) กล่าวว่า สถานการณ์ในหอผู้ป่วยหนักเป็นสถานการณ์ที่มีลักษณะแตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล สถานการณ์เหล่านี้จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ แฮนสัน (Hanson, 1994) กล่าวว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากหลายแหล่งด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์จากภายในร่างกายของบุคคลนั้น ๆ สถานการณ์สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์จากการจินตนาการหรือการคาดเดาของผู้ป่วยเอง สถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลในผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน (ขวัญเรือน แพร้งสกุล, 2544)

พรีโวสต์ (Prevost, 1997) ได้จำแนกสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตหรือในหอผู้ป่วยหนัก เป็น 3 ด้าน ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตหรือในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาพยาบาลตามสภาพของความเจ็บป่วยเฉพาะของแต่ละบุคคล สภาพส่วนใหญ่ในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับการรักษาพยาบาล ได้แก่

การคาท่อช่วยหายใจทางปากหรือจุ่มกร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากที่สุด และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการดึงรั้งของสายหรือท่อทำให้ปวดเมื่อยและเจ็บคอ การศึกษาของวันเดอร์ลิช เพอร์รี่ เลวินและเคทซ์ (Wunderlich, Perry, Lavin, & Katz, 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเครียดของผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาโดยการคาท่อช่วยหายใจทางปากหรือจุ่มกร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จแล้ว พบว่า การคาท่อช่วยหายใจทำให้เจ็บคอเช่นเดียวกับการศึกษาของจอห์นสัน และเซกตัน (Johnson & Sexton, 1990) พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานขณะคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้การสื่อสารบกพร่องภายในช่องปากแห้งและเจ็บปวด การกระหายน้ำและความหิว การถูกจำกัดการเปลี่ยนท่าจากการดึงรั้งของสายหรือท่อต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยเกิดภาวะเครียด และความวิตกกังวล

ความเจ็บปวด เป็นสถานการณ์ที่มีผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยมาก โดยมีสาเหตุทั้งจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย และกิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น การคาท่อช่วยหายใจ การใส่สารละลายทางหลอดเลือดดำ การใส่ท่อระบายต่าง ๆ การใส่สายคาท่อปัสสาวะ การได้รับการผ่าตัด และการดูแลแผล จากการศึกษากองพันทิลโล (Punttillo, 1990) เกี่ยวกับประสบการณ์

การได้รับความเจ็บปวดของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า ความเจ็บปวดที่ได้รับ คือ ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและการไอ การดูดเสมหะ การใส่ท่อระบายทรวงอก การคาท่อช่วยหายใจ และการได้รับยาทางสายสารละลายทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องนอนอยู่เฉยๆบนเตียง ไม่มีอิสรภาพ และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกเหมือนถูกพันธนาการด้วยสายต่าง ๆ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

การรบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ความเจ็บป่วย การปวดแผล การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบ่อยๆ ได้แก่ การทำแผล การเช็ดตัว การดูดเสมหะ การตรวจสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง รวมไปถึงการสื่อสารพูดคุยของเจ้าหน้าที่ แสงไฟที่สว่างตลอดเวลา เสียงของอุปกรณ์เครื่องมือการแพทย์ และกิจกรรมการรักษา การรบกวนการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถง่วงซึ่งแบบแผนการนอนหลับที่ปกติได้ ทำให้มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนเพลีย และเกิดความผิดปกติของอารมณ์ได้ กาญจนา สิมะจาริก (2538) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหัวใจแบบผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 40 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักพบว่า สถานการณ์หรือกิจกรรมที่เป็นการรบกวน และก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ได้แก่ การคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การคาและการถอดสายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ การคาหรือการถอดท่อระบายทรวงอก การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับร่างกายทั้งภายนอกและภายในร่างกาย สิ่งแวดล้อมที่เสียงดัง อุณหภูมิที่ไม่สบาย การมองเห็นแพทย์และพยาบาลปฏิบัติการช่วยชีวิตหรือการทำหัตถการกับผู้ป่วยอื่น การปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่นุ่มนวล การที่เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจผู้ป่วย ล้วนเป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย

2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวและความวิตกกังวลเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและรับรู้ว่าเป็นสัญญาณอันตรายของการเสียชีวิต อาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ในขณะที่รับการรักษาผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลจากการที่ทีมเจ้าหน้าที่ใช้เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยพบเห็นมาก่อน วิตกกังวลจากการรักษาโดยคาท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลัวเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลต่างๆ กลัวสูญเสียรายได้ การถูกแยกจากสมาชิกของครอบครัว การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น การไม่ทราบระยะเวลาที่จะต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Prevost, 1999) นอกจากนี้ความวิตกกังวลเกิดจากการสนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยฟังแล้วไม่เข้าใจ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ และมีความหวาดกลัว

จากการได้เห็นผู้ป่วยข้างเตียงที่มีอาการหนักหรือเสียชีวิต การบกพร่องในการสื่อสารก็เป็นสิ่งที่มีผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างหนึ่งด้วยเช่นกัน ความเบื่อหน่าย การสูญเสียการควบคุมตนเอง จากการที่เข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ถูกแยกออกจากสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักอยู่บนเตียงตลอดเวลาและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายแก่ผู้ป่วยและรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง การศึกษาของรัสเซลล์ (Russell, 1999) เกี่ยวกับการรับรู้ ความทรงจำ และประสบการณ์ของผู้ป่วยขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าสถานการณ์ที่สร้างความเบื่อหน่ายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ความวุ่นวายจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนักที่เกิดขึ้น เสียงสัญญาณเตือนต่าง ๆ จากเครื่องมืออุปกรณ์การดูแลรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไปของหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเข้ามาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทำให้ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว แยกจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ถูกจำกัดให้อยู่กับที่ตลอดเวลา การเสียการควบคุมตัวเองไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเมื่อได้รับการนอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงมีผลต่อการฟื้นฟูของร่างกาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นจากการรักษาและจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางราย มีอาการวิตกกังวลสูง กระวนกระวายพักผ่อนไม่ได้ สับสนในเวลาและสถานที่ และซึมเศร้า (Lindsay, 1997)

3. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จากสภาพทั่วไปของหอผู้ป่วยหนักมีการจัดเตียงผู้ป่วยไว้ใกล้กัน การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยทั้งชายและหญิง การปฏิบัติการรักษาพยาบาลบนเตียงผู้ป่วยที่มีการเปิดเผยส่วนร่างกายของผู้ป่วยถึงแม้จะมีม่านกั้นแต่ก็ไม่มิดชิดพอ นอกจากนั้นการได้พบเห็นญาติของผู้อื่นเข้ามาเยี่ยม ทำให้ผู้ป่วยขาดความเป็นส่วนตัวและรู้สึกอึดอัดที่ถูกแวดล้อมไปด้วยกลุ่มคนภายในหอผู้ป่วย เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ รวมทั้งเสียงดังของทั้งจากเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ เสียงโทรศัพท์ เสียงลากอุปกรณ์ และเสียงจากบุคคล เช่นเสียงการสนทนาญาติกับผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจได้ สิ่งแวดล้อมดังกล่าวมีผลกระทบต่อการรับรู้ของผู้ป่วยและทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Ruppert & Meisel, 1996) เซาท์เวลล์และวิสโทว (Southwell & Wistow, 1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับช่วงกลางคืนในหน่วยหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้แบบสอบถามสุ่มกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจำนวน 454 ราย พบว่า เสียงดังที่มีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ เสียงโทรศัพท์ เสียงผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ เสียงรองเท้าของพยาบาลเป็นเสียงที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยตามลำดับ และพบว่า แสงสว่างก็มีส่วนที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นกัน ก่อให้เกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักมีการเปิดไฟส่องสว่างตลอดเวลา และไม่มีหน้าต่างที่สามารถให้ผู้ป่วยสามารถสัมผัสกับธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยก

กลางวันและกลางคืนได้ รวมถึงการรับรู้เรื่องเกี่ยวกับวันเวลา และสถานที่เปลี่ยนไป

การเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบอย่างกะทันหันสำหรับผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความผาสุกของผู้ป่วย (Russell, 1999) นอกจากนั้นสภาพของผู้ป่วยหนักอื่น ๆ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักและกิจกรรมการรักษาพยาบาลยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียด กลัว และความวิตกกังวล การเปลี่ยนบทบาท และหน้าที่ของตนเองจาก ผู้ที่เคยมีสุขภาพดีมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักและไม่ทราบวาทบาทของตนเองขณะเป็นผู้ป่วยต้องปฏิบัติตนอย่างไร นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพโดยไม่ได้แจ้งให้ทราบล่วงหน้า การสัมผัสจากเจ้าหน้าที่โดยที่ผู้ป่วยไม่ทันรู้ตัว หรือการสัมผัสที่รุนแรง เป็นการรับรู้ที่ไม่รื่นรมย์ และมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ ทำให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย (Lindsay, 1997) การแยกผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก และการที่ไม่ได้พบปะกับคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เนื่องจากระบบการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนักจะมีการให้เยี่ยมเป็นเวลาที่กำหนด มีการจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมและเวลาในการเยี่ยมทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้พบกัน ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากครอบครัว เหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และยังส่งผลกระทบถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ทำให้ระบบครอบครัวเสียความสมดุล เกิด ผลกระทบทางด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว ก่อให้เกิดความวิตกกังวล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (Appleyard, 2000) แต่อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนในการส่งเสริมการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด ค้นเคย รู้ข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับผู้ป่วย และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ให้ การดูแลได้ (อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล, 2541)

การศึกษาของกัวเลียโน และกัวเลียโน (Giuliano & Giuliano, 1992) เกี่ยวกับการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อการเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัว และการตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาล โดยทำการตรวจวัดจังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตขณะที่ผู้ป่วยนอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในผู้ป่วยจำนวน 50 ราย ซึ่งการทดลองกลุ่มตัวอย่างขณะที่สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยม และการตรวจเยี่ยมของแพทย์และพยาบาล พบว่า จังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่พบว่า ผลการเยี่ยมของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อความเครียด และความวิตกกังวลน้อยกว่าการตรวจเยี่ยมของแพทย์และพยาบาล การที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้

น้อยลงจากการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษา รวมถึงระยะเวลาที่พบปะกับสมาชิกในครอบครัวมีน้อยจากการจำกัดเวลาการเยี่ยม ทำให้เกิดปัญหาในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย และในทางกลับกันครอบครัวก็อาจมีผลทำให้อาการที่เจ็บป่วยนั้นทรุดลงได้เช่นกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2534) ครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญในทางสังคมของมนุษย์ และมีความใกล้ชิดผูกพันกันทางสายเลือด ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และสามารถส่งเสริมการฟื้นฟู รวมทั้งเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย หากครอบครัวเองไม่สามารถให้การส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วย จากการมีความวิตกกังวลสูงจนเกินไปหรือไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ในภาวะวิกฤต จะส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวได้

### ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อสมาชิกครอบครัว

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ยังมีผลกระทบกับสมาชิกในครอบครัวด้วย ทำให้ครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤต และก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด ดังนั้น ครอบครัวจึงได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ครอบครัวจึงต้องมีการปรับเพื่อให้สามารถรักษาสมดุลนั้นไว้ตลอดเวลา โดยอาศัยความสามารถของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ในการทำหน้าที่ตามบทบาทของครอบครัว จะเห็นว่าหากบุคคลใดไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทใดได้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ต้องพยายามที่จะปรับบทบาทของตน เพื่อคงบทบาททั้งหมดของครอบครัว และเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ตามปกติ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจะมีการตอบสนอง หรือแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา (Hudak, Gallo & Morton, 1998) ปฏิกริยาของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของ ครอบครัวนั้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงพฤติกรรมออกหลายรูปแบบ ได้แก่ ร้องไห้ ให้ความปกป้องผู้ป่วยมากเกินไปจนความจำเป็น เครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้อาจรู้สึกปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหรือตำหนิผู้ป่วย การที่ครอบครัวมีปฏิกริยาและมีพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดนั้นเป็นเพราะสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักด้วย (Engli & Farmer, 1993) ปฏิกริยาของครอบครัวจะเป็นในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ คือ อายุ อารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา การเผชิญปัญหาที่เคยเข้ามาแล้ว ตลอดจน

ความสามารถในการคิดวิเคราะห์หรือความเฉลียวฉลาดนั่นเอง แต่การที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่รุนแรงเป็นเวลานาน จะทำให้สถานภาพของครอบครัวไม่มั่นคง และเพื่อให้ครอบครัวสามารถประคับประคองให้ระบบครอบครัวยังคงอยู่ได้นั้นครอบครัวต้องการความมั่นใจ ต้องการความช่วยเหลือจากแรงสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ ด้วย (Leavitt, 1984)

ภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นภาวะหรือสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอันตรายและคุกคามต่อตนเองและครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ทำให้มีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ และเป็นทั้งโอกาสและอันตราย ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้โดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติ ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และการแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ได้ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล เมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤต ครอบครัวจะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตแตกต่างกันไปตามระยะ ซึ่งเอ็กเวลอร่า และเมสสิก (Aquilera & Messick, 1982) ได้แบ่งระยะการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะตามลำดับ ดังนี้คือ

1. ระยะช็อก หรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลรับรู้ถึงผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ ขาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที หรือเป็นชั่วโมง บางคนอาจมีอาการหลายชั่วโมง
2. ระยะถอยหลังหรือระยะสับสน ผู้อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง มีความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง และอาจมีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นระยะที่บุคคล และครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงอาจใช้เวลาหลายวัน
3. ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคล และครอบครัวเริ่มยอมรับ และพยายามหาทางแก้ไขปัญหาลงไปด้วยดีอีกครั้งหนึ่ง ความคิดสงบ ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์
4. ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลและครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

จากการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีผลกระทบอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัวได้เช่นเดียวกับผลกระทบต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีความผูกพันกันทางสายเลือดและทางอารมณ์ มีแบบแผนการปฏิบัติ ทางพฤติกรรม ความเชื่อ ค่านิยม ศีลธรรมเดียวกัน เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงหรือเกิดผลกระทบด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน (Hanson, 1994) เมื่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย ลักษณะการให้บริการ กฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนัก การจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการ

ขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนัก จะทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว มีหลายด้านดังนี้

1. ด้านภาวะสุขภาพของร่างกาย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะอันตราย และก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากวิถีทางหรือจากแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ และ จำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการปรับตัวในเวลาจำกัด ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวแต่มีผลคุกคามต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง และไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักมีความต้องการที่มากขึ้นกว่าภาวะปกติ เพื่อให้สามารถคงภาวะสมดุลของครอบครัวไว้ได้ (Hudak, Gallo & Morton, 1998) เช่นมีการอำนวยความสะดวกขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย มีห้องพักสำหรับญาติ ต้องการมีผู้รับฟังและเห็นใจ หากไม่ได้รับการตอบสนองดังกล่าวจะเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ การรับฟังน้อยลง แบบแผนการนอนผิดปกติ การรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง สมาธิสั้น มีอาการสับสนลูกลี้ลูกถน หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ความสนใจตนเองลดลง เกิดความสับสน ไม่อดทน โกรธ ร้องไห้ ซึมเศร้า รู้สึกผิด พุดจาหยาบคาย กล่าวโทษผู้อื่น ไม่พอใจในการรักษาพยาบาล ขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การพูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม การพยายามเข้าใจหรือสนใจเครื่องมืออุปกรณ์ในหอผู้ป่วยหนัก รับประทานอาหารน้อยลง และสนใจตนเองน้อยลง (Reider, 1994) เช่นเดียวกับการศึกษาของฮอนและเทส (Horn & Tesh, 2000) ศึกษาผลกระทบและการตอบสนองความเครียดและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 50 ราย พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอน จำนวนชั่วโมงในการนอนน้อยลง การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหารน้อยลง และลดจำนวนมือของการรับประทานอาหาร และมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

2. ด้านอารมณ์ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ มักมีความรู้สึกโกรธ เสียใจ รู้สึกผิด คับข้องใจ กลัว วิตกกังวล และยังมี ความหวังแต่บางครั้งอาจรู้สึกหมดหวังได้เช่นกัน นอกจากนี้อาจรู้สึกปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหรือตำหนิผู้ป่วย การพยายามลดความสำคัญของการเจ็บป่วยหรือปฏิเสธการเจ็บป่วย แสดงออกถึงความไม่สนใจหรือสนใจข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มากผิดปกติ รู้สึกตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Halm, 1990) สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยอาจต้องการความมั่นใจในเรื่องนั้น ต้องการยืนยันคำตอบที่ได้รับหรืออาจเป็นการหลีกเลี่ยงที่จะไม่

พูดถึงความรุนแรงของโรค การพยายามแสดงให้เห็นว่าตนเข้มแข็ง สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา (Horn & Tesh, 2000) เทรซี ฟาวเลอร์ และ มากาเรลลี (Tracy, Fowler & Magarelli, 1999) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความหวังและความวิตกกังวลตามสถานการณ์ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 44 ราย พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลสูงภายใน 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

3. ด้านบทบาทหน้าที่ สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนอาจมีบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน มีหน้าที่เฉพาะของแต่ละบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมีสิ่งที่กระทบต่อสมาชิกอื่น ๆ ก็มีผลในครอบครัวด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด ดังนั้น ครอบครัวจึงได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้ครอบครัวต้องมีการปรับเพื่อให้สามารถรักษาสมดุลตลอดเวลา โดยการทำหน้าที่แทนตามบทบาทของสมาชิกใดที่ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทนั้นได้ สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ต้องพยายามที่จะปรับบทบาทของตน เพื่อคงบทบาททั้งหมดของครอบครัวเพื่อให้ ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ตามปกติ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย (Appleyard, 2000) การช่วยรับภาระและทำหน้าที่แทนขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ครอบครัวที่มีสมาชิก เจ็บป่วย เช่น การทำงานเพื่อหาเงินมาเลี้ยงทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหน้าที่เป็น หัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้หารายได้ส่วนใหญ่เพื่อมาจุนเจือในครอบครัว ฮับเชและเพนโรด (Hupcey & Penrod, 2000) ได้ศึกษาติดตามประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 12 ราย ระหว่างที่คู่สมรสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกะทันหันในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า คู่สมรสมีความวิตกกังวล โดยมีภาวะทางใจที่เด่นชัด คือ ความวิตกกังวล ความกลัว และความโกรธ สิ่งที่คู่สมรสมองว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนคือ การสูญเสียสามีหรือภรรยา การสูญเสียสุขภาพของผู้ป่วย การกลับเป็นโรคซ้ำ ความมั่นคงทางการเงิน และการต้องปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ในครอบครัว คู่สมรสของผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท และมีการทำหน้าที่แทนบทบาทเดิมของผู้ป่วยที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นสิ่งที่คู่สมรสไม่เคยปฏิบัติ หรือมีความยุ่งยากในการปฏิบัติหน้าที่ทดแทน พบว่า ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในคู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้ สมาชิกครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท และหน้าที่ของแต่ละบุคคลเพื่อคงภาวะสมดุลของครอบครัวไว้ โดยสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ จะช่วยรับภาระและทำหน้าที่แทนขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยจะสามารถทำหน้าที่ได้น้อยกว่า ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวที่สุขภาพดี เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้กำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดว่าอาจ

เป็นอันตราย และก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากวิถีทางหรือจากแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ บุคคลในครอบครัวจำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการปรับตัวในเวลาจำกัด (Dunbar & McLain, 1993; McClowry, 1992) ความรู้สึกดังกล่าวอาจเกิดขึ้นชั่วคราว แต่มีผลคุกคามต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ส่งผลให้ไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติได้ ทำให้สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการ การสนับสนุนด้านความช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวที่มากขึ้นกว่าภาวะปกติเพื่อให้สามารถคงภาวะสมดุลของครอบครัวไว้ได้

4. ด้านสภาพเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพ จากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีผลกระทบในด้านการงานหรือการประกอบอาชีพที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้หารายได้ส่วนใหญ่เพื่อมาจุนเจือในครอบครัว ซึ่งสมาชิกไม่สามารถปฏิบัติแทนได้ ดังนั้น การหารายได้ที่นำมาจุนเจือในครอบครัวก็ต้องขาดหายไปในช่วงที่ผู้ป่วยยังนอนพักรักษาตัว สมาชิกในครอบครัวยังต้องผลัดเปลี่ยนกันมาเยี่ยมตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรายที่ไม่มีสิทธิพิเศษ รวมถึงค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว (Pittman & Fowler, 1997)

ส่วนของผลกระทบในด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัวนั้น การที่ครอบครัวมีปฏิกริยาและมีพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งหลายนั้นเป็นเพราะครอบครัวต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย ได้แก่ การเผชิญกับความเจ็บปวด และการไร้ความสามารถ การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและการรักษาต่าง ๆ ต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ พยายามรักษาภาพลักษณ์ของตนเองไว้ พยายามปรับอารมณ์ให้มีเหตุผล รักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและเพื่อน ปฏิกริยาของครอบครัวจะเป็นในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ คือ อายุ อารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา การเผชิญปัญหาที่เคยเข้ามาแล้ว ตลอดจนความสามารถในการคิดวิเคราะห์หรือความเฉลียวฉลาดนั่นเอง (Prevost, 1997) แต่การที่ครอบครัวต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่รุนแรงเป็นเวลานาน จะทำให้สถานการณ์ของครอบครัวไม่มั่นคงและเพื่อให้ครอบครัวสามารถประคับประคองให้ระบบครอบครัวยังคงอยู่ได้นั้น ครอบครัวจึงต้องการความช่วยเหลือจากแรงสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ ด้วย (Gew-Ens, 1994)

การที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการที่แตกต่างไปจากความต้องการในภาวะปกติ ความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมากมาย เกรนเพลและเพาเวอร์ (Kleinpell & Powers, 1992) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก จำนวน 64 ราย พบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องการ

การได้รับข้อมูล และการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเลสเก (Leske,1992) ส่วนแอฟเลียด และเดวิด มาร์ติน (Appleyard,2000; Davis-Martin, 1995) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก พบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องการข้อมูล และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

สำหรับประเทศไทย มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัว การศึกษาของอุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) ได้ศึกษาถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะเฉียบพลัน พบว่า ความต้องการเรียงตามลำดับคือ การลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านข้อมูล และความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ชิตินา วทานิชเวช (2540) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักโดยใช้แนวคิดของมอร์เตอร์ (Moltor, 1979) และแนวคิดของกาเกลิโอน (Gaglione, 1984) แบ่งความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักออกเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูล ข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ อโซเลย์ (Azoulay,2001) พบว่า ความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น ๆ

ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (informational needs) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักระบุว่า มีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบและเวลาเยี่ยมของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย คำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ เหตุผลของการใช้เครื่องมือ การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunbar &McLain, 1993) ตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการข้อมูลข่าวสาร และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยต้องการให้มีการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลคนเดิมทุกวัน ต้องการทราบว่าถามข้อมูลไหน ได้จากใคร ต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช่คำศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกิน (Gaw-Ens,1994; Hickey, 1993) อีกทั้งขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยหรือขณะที่พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยถูกเชิญให้ออกนอกห้องผู้ป่วย ทำให้ขาดโอกาสในการติดต่อสื่อสารที่ดี และได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอจากทีมการดูแลรักษา (Hicky, 1993) ส่งผลให้สมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ตามความเข้าใจ แปลความหมายและเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย โดยประเมินจากสภาพที่พบเห็น และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ตรงความจริงจากแหล่งอื่น ๆ ทำให้มีการตีความสภาพผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง (Arkley, 1990 ; Gaw-Ens, 1994) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาผู้ป่วย นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักยังต้องการความสะดวกในการสอบถามข้อมูล โดยต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ต้องการทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย และต้องการทราบว่าจะสามารถโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลได้จากใคร เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง (Giuliano, Giuliano, Bloniasz & Wood, 2000) โอียาซุน (Oyazun, 1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล ความกลัวและปัญหาในการสื่อสารในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หลังรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าการให้ข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสามารถช่วยลดปัญหาและความวิตกกังวลได้

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า มีความต้องการที่คล้ายคลึงกัน เพื่อตอบสนองความต้องการในภาวะวิกฤตของครอบครัว หากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ก็จะทำให้เกิดผลกระทบในทุก ๆ ด้านของสมาชิกครอบครัว ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงได้ (Hicky, 1993) หากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลสูงเกินไป จะทำให้ไม่มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Prevost, 1997) เนื่องจากครอบครัวมีความสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นฟูของผู้ป่วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

### ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

สตรัทและซันดี (Stuart & Sundean, 1991) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่ไม่สบาย ประกอบไปด้วยความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน หวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น กระสับกระส่าย อึดอัด ตระหนกตกใจในบางสิ่งที่บอกไม่ได้

ความวิตกกังวลเป็นภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกถูกคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยและสวัสดิภาพของตน เป็นส่วนหนึ่งของความกลัวที่เกิดภายในใจ อาจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการจินตนาการขึ้นเอง ทำให้เกิดภาวะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเป็นการตอบสนองในระยะแรกเมื่อเกิดภาวะคุกคามด้านจิตใจ เป็นอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความเครียด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น หรือไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากคาดว่าอาจเป็นอันตรายคุกคาม

ต่อชีวิตได้ (Wolman, 1994)

ความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) คือ ความรู้สึกหวาดหวั่น วุ่นวาย หรือรู้สึกไม่สบายใจของครอบครัวของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่มีอยู่ขณะนั้น ต่อเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น หรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะเป็อันตรายคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม สิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากความคิดหรือการทํานายเหตุการณ์ล่วงหน้าว่าจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจเป็นอันตรายได้ บุคคลจะรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจ และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดและประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคล

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ ความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย และการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอาจต้องเผชิญกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย หรือ การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับผู้ป่วย (Pittman & Fowler, 1997)

### ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) แบ่งประเภทความวิตกกังวลโดยทั่วไป เป็น 2 แบบ

1. ความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์หรือในขณะปัจจุบัน (state anxiety or A - State) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายต่อบุคคล และจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ในช่วงที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ความวิตกกังวลแบบนี้ทำให้นักเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง มีความรุนแรง และระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2. ความวิตกกังวลประจำตัวหรือแบบแฝง (trait anxiety or A-Trait) คือ ลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ มักเกิดกับบุคคลจนเป็นนิสัย โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้ และแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิดนี้ มีความแตกต่างกันตามที่ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) ได้กล่าวว่า A-State เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกันเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะ

คุกคาม ส่วน A-Trait จะเป็นอารมณ์พื้นฐานที่อาจเกิดขึ้นผสมกันบ่อยหรือนาน ๆ ของบุคคล จนทำให้เกิดเป็นอารมณ์ที่คงที่ของคนคนนั้น ในขณะที่ A-State นั้น สามารถเปลี่ยนแปลงได้ พิตแมนและฟาวเลอร์ (Pittman & Fowler, 1997) กล่าวว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในระยะแรกของผู้ป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะคุกคามจากความเจ็บป่วยว่ารุนแรง และเป็นอันตราย และการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ความวิตกกังวลจากการกลัวว่าจะสูญเสียบุคคลที่รัก กลัวว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิต (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) เทรซี่ ฟาวเลอร์ และมากาเรลลี (Tracy, Fowler & Magarelli, 1999) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีความวิตกกังวลสูงภายใน 72 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ เนื่องจากความเจ็บป่วยรุนแรงจะต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่มีสิ่งเร้าเข้ามา มีความรุนแรงเป็นอันตรายคุกคามทางด้านจิตใจ และทำให้ในขณะที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักขณะกำลังเผชิญกับเหตุการณ์ในครั้งนี้ และเกิดความวิตกกังวลสูง

### ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จะมีมากหรือน้อยจะขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ธรรมชาติของบุคคล ปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลนั้น ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ยากและเกิดจากความวิตกกังวลประจำตัว บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงมักจะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ (Fishe, 1998) ซึ่งธรรมชาติของบุคคลนั้น ได้แก่ เพศ พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์มากกว่าเพศชาย อายุ พบว่า ความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ในช่วงวัยผู้ใหญ่เฉลี่ย 16-40 ปีจะมีมาก กรมพันธุ์ พบว่า ความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวล (anxiety neurosis) สูงถึงร้อยละ 15 นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตก็ยังมีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในปัจจุบันได้ (Kneisl, 1996)

2. สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า เกิดจากบุคคลมีการเผชิญหรือจัดการกับความวิตกกังวลไม่

เหมาะสม ทำให้เกิดสิ่งเร้าในอารมณ์ (Blair & Ramones, 1996) ความวิตกกังวลมีสาเหตุจากสิ่งที่มีกระตุ้นว่าจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความหมายของเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์ เกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร ซึ่งคุกคามต่อร่างกายและความมั่นคงและปลอดภัย (Kneisl, 1996)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีหลายประการ ได้แก่

1. สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก บรรยากาศที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป มีเสียงเสียงที่มีตลอดเวลา อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มากมาย และสภาพของผู้ป่วยหนัก ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลสูงขึ้น (Hudak, Gallo, & Morton, 1998)
2. บุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล และมุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วย ขาดการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และเปรียบเหมือนคนแปลกหน้า เหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Arkley, 1990)
3. กฎระเบียบ และการกำหนดเวลาในการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก โดยทั่วไปหอผู้ป่วยหนักจะมีการจำกัดเวลาของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักรู้สึกถูกแยกจากบุคคลที่รัก มีความเป็นห่วง และต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อไม่สามารถได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ (Hopkins, 1994)
4. ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ ความคาดหวัง ความเชื่อ กรรณพันธุ์ เพศ อายุ ล้วนทำให้มีผลต่อเกิดความวิตกกังวล และธรรมชาติของสิ่งมากระตุ้น จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความหมายของเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์ เกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร ซึ่งคุกคามต่อร่างกายและความมั่นคงและปลอดภัย (Kneisl, 1996)
5. ปัจจัยทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีความสำคัญในครอบครัว และมีหน้าที่บทบาทต้องรับผิดชอบ เมื่อมีความเจ็บป่วยรุนแรง หน้าที่และบทบาทจะถูกครอบงำ ทำให้ครอบครัวเสียความสมดุล และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เหลืออยู่จะต้องรับภาระแทน เป็นการเพิ่มบทบาทและหน้าที่เดิมที่มีอยู่ นอกจากนั้นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักยังคงต้องวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว และงานเดิมที่ผู้ป่วยรับผิดชอบอยู่เหล่านี้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นได้ในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอ

ผู้ป่วยหนัก (นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535)

### ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้ 4 ระดับ ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้บุคคลตื่นตัวขึ้น สนามการรับรู้กว้างขึ้น เกิดการกระตุ้นให้มีการเรียนรู้ มีสมาธิ และมีการพัฒนาหรือสร้างสรรค์มากขึ้น
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) บุคคลจะมีความสนใจอยู่เฉพาะอย่างที่เกี่ยวข้องด้วยเท่านั้น สนามการรับรู้แคบลง มีการตื่นตัวมากขึ้น มีอาการลูกลี้ลูกกลน สมาธิลดลง
3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) บุคคลจะมีการรับรู้แคบลงมาก จุดสำคัญจะถูกมองข้ามไป จะมุ่งความสนใจเฉพาะรายละเอียดเท่านั้น ความสามารถในการสื่อสารโดยการใช้คำพูดลดลง ลูกลี้ลูกกลน กระสับกระส่ายมากขึ้น
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด (panic anxiety) ในภาวะนี้บุคคลจะมีความลนลาน หวาดกลัว และตกใจกลัวจนควบคุมไม่ได้ จะไม่สามารถทำอะไรตามคำสั่งใดๆ ได้ อาจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นเพียงการจินตนาการขึ้นเอง ทำให้เกิดภาวะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การรับรู้จะหยุดชะงัก ความคิดกระจัดกระจาย และมีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา เช่น จุกเสียวง่าย วิงเวียน หรือต่อสู้อย่างรุนแรง

จะเห็นว่าความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ที่ก่อให้เกิดทั้งประโยชน์และโทษ ความวิตกกังวลระดับต่ำเป็นตัวกระตุ้นที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ช่วยให้มีแรงจูงใจ และทำให้การปฏิบัติงานต่างๆ มีประสิทธิภาพสำเร็จลุล่วง ในขณะที่ความวิตกกังวลในระดับสูงจะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง และทำให้เกิดปัญหาทางจิตประสาทได้ (ฉวีวรรณ สัตย์ธรรม, 2541; Fishel, 1998)

### การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถแสดงออกได้โดยตรง จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม หรือโดยอ้อมจากการแสดงออกผ่านกลไกการเผชิญปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวล

ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ จะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลของบุคคล (Stuart, 1995) ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงประเมินได้หลายวิธี สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1976) ได้เสนอแนะว่า ผู้ประเมินควรเลือกวิธีการประเมินให้เหมาะสมกับเหตุการณ์และวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

1. การประเมินด้านสรีรวิทยา (physiological measures) เป็นการประเมินทางด้านร่างกาย โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อุณหภูมิของร่างกาย ซึ่งการวัดนั้นจะต้องใช้เครื่องมือต่าง ๆ ช่วยในการวัด การวัดวิธีนี้ยุ่งยาก และไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงของบุคคล เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกัน (สุริย์ เทพสุภรังษิกุล, 2532; Wilson-Barnet, 1992)

2. การประเมินด้านจิตใจ (psychological measures) ประกอบด้วย การประเมิน 2 วิธี คือ

2.1 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measure of anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในการเคลื่อนไหว การรับรู้ คำพูด เช่น อาการกระสับกระส่าย การถอนหายใจ ร้องไห้ หงุดหงิด ซึ่งมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลเป็นปฏิกิริยาสะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน ทำให้บุคคลอื่นสามารถเห็นได้ แต่ วิลสัน บาร์เน็ต (Wilson-Barnet, 1992) พบว่า การสังเกตความวิตกกังวลจากการแสดงออกทางสีหน้าไม่สามารถแยกได้จากอารมณ์อื่น ๆ เช่น ความกลัว ความเจ็บปวด นอกจากนี้การประเมินวิธีนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุ วัฒนธรรม และประสบการณ์พื้นฐาน

2.2 การให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความรู้สึกที่ตนเองได้รับรู้ โดยให้ตอบความรู้สึกของตนเองแล้วนำมาแปลผล เครื่องมือชนิดนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1970) ซึ่งแบบวัดนี้

2.2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory or State Inventory) เป็นการประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาขณะหนึ่งของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง

2.2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety Inventory or A-Trait Inventory) เป็นการประเมินบุคลิกภาพของบุคคล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983) ได้สร้างแบบวัดความวิตกกังวล (STAI) เป็น Form X ในปี ค.ศ. 1970 และได้พัฒนาและปรับปรุงแบบวัดความวิตกกังวล ในปี ค.ศ. 1983 เป็น Form Y โดยแยกตามความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์และความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกเลยจนถึงมากที่สุด แบบวัดดังกล่าวนี้ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม ค่าความเชื่อมั่น และค่าความเที่ยงตรงของ

เครื่องมือเป็นที่ยอมรับและไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการสอบข้ามวัฒนธรรม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1970) ประเภทแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือตามสภาวะการณ์ (State Anxiety Inventory or A-State Inventory form X-I) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย นิทยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสัยสุข (2524) เนื่องจากสามารถแยกประเมินความวิตกกังวล ในสถานการณ์ขณะนั้น ๆ มีความนิยมแพร่หลาย มีความเชื่อมั่นและเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ และมีผู้นำไปใช้ในกลุ่มของสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักหลายท่าน เช่น พิกุล ตันติธรรม (2533) นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนัก นาฎยา เอื่องไพโรจน์ (2535) ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และสุนา แสนมาโนช (2541) ได้นำไปใช้ วัดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษา โดยการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ส่วนการประเมินของความวิตกกังวลแบบแฝงนั้น จะต้องใช้ในการวัด ความวิตกกังวลเฉพาะตัวบุคคลแล้ว ซึ่งผู้ศึกษาต้องการการประเมินความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ ในขณะนั้นของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

### วิธีการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในรอบครัว มักมีผลกระทบต่อสมาชิก ในครอบครัวเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่มีความใกล้ชิด กับผู้ป่วย มักจะเกิดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวล (Bernstein, 1990) มีการศึกษา เกี่ยวกับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งพบว่าคะแนนความ วิตกกังวลของญาติหรือครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ขวัญเรือน แพร้งสาย, 2544 ; พิกุล ตันติธรรม; Barbara et al, 1998; Clarks, 1993; Frazier, 2002) จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผล กระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลแก่ ครอบครัว หากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักประเมินว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ คุกคามความมั่นคงของครอบครัว ขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ และความต้องการ ไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลสูงมากขึ้น (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; Meisel, 1991; Washington, 2001) มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลด ความ ตึงเครียด ความวิตกกังวล และตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก มีผู้เสนอวิธีการลดความวิตกกังวลได้หลากหลายวิธี ดังนี้

1. ด้านการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพ และการรับฟังความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นการช่วยเหลือบุคคลในระยะแรกในภาวะวิกฤต และเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพดังกล่าวทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลง มีความไว้วางใจบุคลากรผู้ให้การดูแล จากการศึกษาของบริดจ์แมนและคาร์ (Bridgman & Carr, 1998) เกี่ยวกับพฤติกรรมการพยาบาลในการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นเมื่อพยาบาลเข้าไปพูดคุยด้วยในบรรยากาศที่เป็นกันเองอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังปัญหาจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เช่นเดียวกับนาฏยา เอื่องไพโรจน์ (2535) ได้มีการสร้างสัมพันธภาพก่อนให้แบบแผนการให้ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลง เลสเก้ (Leske, 1992) กล่าวว่า การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ และความเห็นใจกัน ควรสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในระยะแรก ๆ และต่อเนื่อง โดยการรับฟัง ตอบคำถามอย่างเปิดเผย ส่งเสริมให้เกิดความหวังที่เป็นไปได้ และย้ำกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ดังนั้น ในการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักนั้น ควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยไม่ได้ให้เฉพาะครั้งแรกหรือให้ครั้ง

2. การให้ข้อมูลเพื่อลดระดับความวิตกกังวล ควรให้ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ โดยผู้ให้การเป็นแพทย์และพยาบาล การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การพยากรณ์โรคที่เจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่มีความตรงกับความเป็นจริงในแต่ละวันเกี่ยวกับผู้ป่วย ควรใช้ภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย ข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวและการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะในการเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยด้วย (รัตน อยู่เปล่า, 2543) รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความสุขสบาย และการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย (Henneman & Cardin, 2002) พิกุล ดันดิธรรม (2533) ได้ศึกษาวิธีการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยการเตรียมญาติของผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยมครั้งแรก เพื่อให้ญาติมีความวิตกกังวลลดลงก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลง สรุปได้ว่าญาติที่ได้เตรียมก่อนเข้าเยี่ยมสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏยา เอื่องไพโรจน์

(2535) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยหนักสลับกรรมที่เข้าเยี่ยมโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ในกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความวิตกกังวลของคู่สมรสลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดิงและเบตตี (De Jong & Beatty, 2000) พบว่า ผู้รับบริการมีความเห็นว่าการพูดคุยและการได้รับข้อมูลจากบุคคลากรในโรงพยาบาล ทำให้ทราบถึงความต้องการ ความคาดหวังของแพทย์ พยาบาล และแนวทางการเตรียมตัว การปฏิบัติตนที่จะให้ความร่วมมือ ซึ่งสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลร่วมกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาล และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ เลสเก (Leske, 2002) ได้ทำการศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า การให้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้หน่วยงานมีการทำงานให้บริการที่มีประสิทธิภาพ เกิดผลดีทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ นอกจากการให้ข้อมูลแล้วในแนวทางยังมีการให้หมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยที่สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา การทำแผ่นพับ เอกสาร หรือคู่มือเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยหนัก รวมทั้งเกี่ยวกับความรู้ภาวะโรค และการป้องกัน การปฏิบัติตัว การเปิดวิดีโอเทปแนะนำสถานที่ การมีห้องพักสำหรับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย และการจัดกลุ่มหรือทีมในการดูแลช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีการศึกษาเช่นเดียวกับ อโซเลย์ และคณะ (Azoulay et al., 2002)

3. ด้านการให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทวิบิล (Twibill, 1998) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการแก้ปัญหาของครอบครัวภาวะวิกฤต จำนวน 59 คน พบว่า หากครอบครัวใดมีกลไกการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดการตัดสินใจไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วย คิดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยได้ และถ้าพยาบาลวิกฤตสามารถประเมินและช่วยเหลือการเผชิญปัญหา (coping) ที่เหมาะสม ก็จะเกิดผลทำให้ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจอย่างสูง นอกจากนี้ญาติยังช่วยในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ดังนั้นการมีญาติที่มีความใกล้ชิด คำนึง ทราบชีวิตส่วนตัวและลักษณะนิสัยของผู้ป่วย อาจสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาล ซึ่งเปรียบเสมือนคนแปลกหน้า นอกจากนี้ญาติยังช่วยสื่อความต้องการของผู้ป่วยแก่พยาบาล และมีส่วนทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วขึ้น การที่ญาติมีความสำคัญและเป็นแหล่งประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรเห็นความสำคัญ และให้การช่วยเหลือญาติในการปรับตัว และเผชิญต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; Bokinskie, 1992) ดังนี้

4. การลดแรงกดดันอันเนื่องมาจากความวิตกกังวลโดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

4.1 การออกกำลังกาย เป็นการที่ร่างกายผลิตสารเอนดอร์ฟิน (endorphine) ระหว่างการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล (Shives, 1998)

4.2 การทำสมาธิ เป็นการฝึกจิตใจให้สงบไปจุดใดจุดหนึ่ง มีส่วนช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณได้ผ่อนคลาย (Shives, 1998)

4.3 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวด เป็นการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ จนทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ผ่อนคลาย การนวดสามารถช่วยในการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวด (Shives, 1998)

4.4 การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายสัมผัสก่อให้เกิดความรู้สึก และลดความวิตกกังวล (ภัสพร ขำวิชา, 2534)

4.5 การใช้ดนตรีบำบัด การฟังเพลง การเดินเล่นเปลี่ยนสถานที่ เป็นการลดความวิตกกังวลโดยการพาตัวเองออกจากสถานการณ์หรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Shives, 1998)

4.6 การให้คำปรึกษาในเชิงจิตวิทยา เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารแบบสองทาง ทำความเข้าใจของปัญหา ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลออกมา และแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง (ปริญญา พุฒประเสริฐศักดิ์, 2546)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีผลกระทบในทุก ๆ ด้านของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามโดยสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย และอาจมีการสูญเสียเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จึงมีความต้องการการช่วยเหลือทางสังคมมากในขณะนี้ เพื่อช่วยในการลดระดับความวิตกกังวล การเผชิญและการแก้ไขปัญหาเพื่อหาหนทางในการดำเนินชีวิตต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมวิธีการในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลตั้งแต่ในระยะแรก ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพและการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่มีการให้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงมีผลต่อการช่วยเหลือและเป็นการให้การพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

#### การสนับสนุนด้านข้อมูลและความวิตกกังวลในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งสจวร์ทและทิลเดน (Stewart & Tilden, 1995) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมี

ความสามารถในการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพในทางที่ดีขึ้นจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ปกป้องบุคคลจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลได้ (Stewart, 1993)

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหา โดยการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะแนวทาง และการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental support) เป็นการให้สิ่งของ อุปกรณ์ เงิน การให้บริการต่าง ๆ และการสนับสนุนด้าน การประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้การติดต่อสื่อสารข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ การ รับรองยืนยันต่าง ๆ ซึ่ง การสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ จะปรับผลกระทบของความเครียดและความวิตกกังวลลง โดยทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ และในการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมนั้น ต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์และลักษณะของบุคคลนั้น ๆ ดังนั้นควรมีการประเมินชนิดของการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อไป การสนับสนุนทางสังคมเป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนัก มีความสามารถในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพในทางที่ดีขึ้นจากความเจ็บป่วย ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร พบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ที่สำคัญมากที่สุด คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล และรองลงมาเป็น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และเป็นการสนับสนุนทางด้านการประเมินค่าตามลำดับ (De Jong & Beatty, 2000) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมากในการให้การสนับสนุนทางสังคม โดยเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยรุนแรงเฉียบพลัน ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (รัตน อยู่นุ่น, 2543; Stewart & Tilden, 1995)

ทวิเบล (Twibell, 1998) กล่าวว่า การแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้เมื่อเผชิญกับความเครียดหรืออยู่ในสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยให้ความหมายของการแสวงหาข้อมูลว่าเป็นการที่บุคคลพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่ประสบอยู่ให้มากขึ้น เพื่อจัดการกับปัญหานั้น ๆ และการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งข้อมูลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอทำให้บุคคลไม่สามารถเชื่อมโยง

การกระทำเข้ากับผลของการกระทำได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะหมดหนทางช่วยเหลือได้ การสอนหรือการให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะ และ การปฏิบัติ ดังนั้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสม (เกษณี อำนจวรรณพันธ์, 2543) การให้ข้อมูลที่ดีย่อมมีความถูกต้อง เทียบตรง และมีประโยชน์ ข้อมูลควรมาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นข้อมูลที่ทันสมัยและครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่ดีจะกลายเป็นรากฐานที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่อไป ส่วนข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความเข้าใจและความรู้สึกผิด ๆ เมื่อนำมาใช้จะเกิดอันตรายมากกว่าการปล่อยให้ไม่ได้รับข้อมูลอะไรเลย (Azoulay, 2002; Laubach, 2000; Henneman & Cardin, 2002) ไอมิน (Aimin, 1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับรัตนยา อยู่เปล่า (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### วิธีการในการให้ข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการตอบสนองความต้องการ และลดความวิตกกังวลในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (Gaw – Ens, 1994) ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลจึงมีวิธีการหรือองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้ คือ

#### 1. การเตรียมองค์ประกอบที่สำคัญของการทำแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล ประกอบด้วย

1.1. บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่มีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทีมในการให้การดูแล ของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความต้องการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยต้องการรู้ประเภทของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Henneman & Cardin, 2002) ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลคนเดิมทุกวัน ต้องการทราบว่า จะถามข้อมูลชนิดไหนได้ จากใคร นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักยังต้องการความสะดวกในการสอบถามข้อมูล โดยต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เกี่ยวกับสภาพ

ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ต้องการทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย และต้องการทราบว่าจะสามารถโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลได้จากใคร เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง (Leske, 2002) การให้ข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ นี้ มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดและทักษะในการเผชิญปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและป้องกันโรค พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ และเหมาะสมที่สุดในการให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วย และครอบครัวในโรงพยาบาล (เกษณี อำนาจวรรณพันธ์, 2543; สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541) ทวิเบลล์ (Twibell, 1998) กล่าวว่า วิธีการให้ข้อมูลที่สามารถช่วยในการเผชิญและแก้ไขปัญหของครอบครัวในภาวะวิกฤต และตอบสนองความต้องการนั้น พยาบาลควรเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดี โดยการให้นั้นต้องใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ระดับเสียงปานกลาง การสัมผัสในขณะให้ข้อมูล นอกจากการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้ว ควรมีการรับฟังการระบายความรู้สึก ควรให้กำลังใจ ควรหลีกเลี่ยงคำพูดที่มีความหมายในแง่ลบ มีความยินดีในการให้ข้อมูลหรือมีความกระตือรือร้นเมื่อครอบครัวของผู้ป่วยเข้าหา เมื่อมีปัญหาในการสื่อสารหรือความไม่พอใจในการได้รับข้อมูล ให้ญาติและขอความช่วยเหลือจากผู้ที่มีความสามารถและเหมาะสมมากกว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และยังติดต่อกับบุคลากรอื่น ๆ ทางกายภาพและทีมสุขภาพอื่น ซึ่งสามารถเป็นผู้ที่มีการถ่ายทอดข้อมูลได้ดี (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักยังต้องมีการให้โดยกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นกลุ่มของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล หรือจากกลุ่มที่มาจากอาสาสมัครหรือกลุ่มจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์มาช่วยให้การดูแลการสนับสนุนความช่วยเหลือ และการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนัก (Gavaghan & Carroll, 2002; Henneman & Cardin, 2002)

2.2. สถานที่ใช้ในการให้ข้อมูลแก่ในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น สถานที่ เสียง การถ่ายเทอากาศ ฝ้า (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการจัดสถานที่สำหรับเลสเก (Leske, 1992) กล่าวว่า บรรยากาศที่ผ่อนคลายและสงบ จะช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจและความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หรือการจัดห้องพักสำหรับญาติในโรงพยาบาล อุปกรณ์และสื่อในการให้ข้อมูลแก่ในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรมีอุปกรณ์ที่ช่วยกระตุ้นความสนใจให้ติดตามฟังได้ตลอด เช่น ภาพพลิก และเมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูลแล้วควรให้เอกสาร หรือคู่มือ

เพื่อนำกลับไปอ่านบททบทวนที่บ้านได้ตลอดเวลาด้วย (Henneman & Cardin, 2002) เลสเก (Leske, 2002) ได้ทำการศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า นอกจากการให้ข้อมูลแล้วในแนวทางยังมีการให้ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา การทำแผ่นพับ เอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยหนัก รวมทั้งเกี่ยวกับความรู้ ภาวะโรคและการป้องกัน การปฏิบัติตัว การเปิดวิดีโอเทปแนะนำสถานที่ และการจัดกลุ่มหรือ ทีมในการดูแลช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีการศึกษา เช่นเดียวกับ อโซเลย์และคณะ (Azoulay et al., 2002) แมกกัวเฮย์และแฮร์ริสัน (McGauhey & Harrison, 1994) เฮนนิแมนและคาร์ดิน (Henneman & Cardin, 2002) จอห์นสันและแฟรงค์ (Johnson & Frank, 1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการให้ข้อมูล โดยการใช้ โทรศัพท์ในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย พยาบาลจะโทรศัพท์ไปแจ้งสภาพ ของผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ซึ่งจะรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาใหม่ที่ได้รับ ความคงที่ ของสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด ผลการตรวจต่าง ๆ และอาการที่เปลี่ยนแปลง พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของเมดแลนด์และเฟร์รานส์ (Medland & Ferrans, 1998) ศึกษาในสมาชิก ครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 30 ราย โดยการให้ข้อมูลและการโทรศัพท์แจ้ง เกี่ยวกับอาการและการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักทุกวัน พบว่า สามารถลดอัตราการโทรศัพท์ถามถึงอาการของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอ ผู้ป่วยหนักมีความพึงพอใจมากในการให้บริการ

2. ระยะเวลาในการให้ข้อมูลแก่ในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยหนักโดยทั่วไปมีนโยบายให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนด เนื่องจากผู้ป่วยในระยะวิกฤตต้องการการพักผ่อน แต่การเยี่ยมของสมาชิกครอบครัวของ ผู้ป่วยก็มีความสำคัญที่เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยได้ (Clarke, 1994) จากการศึกษาของกัวเลียโน และกัวเลียโน (Giuliano & Giuliano, 1992) โดยทดลองในผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 50 ราย เกี่ยวกับการตอบสนองของระบบ หัวใจและหลอดเลือดต่อการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนักและการตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาล พบว่า จังหวะการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตไม่มีการ เปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นพบว่า ผลจากการเยี่ยมของญาติก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยได้น้อย กว่า การตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่านโยบายการเยี่ยมที่จำกัดระยะเวลาเข้า เยี่ยม และการได้พบสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนักในระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือน

ตัดขาดจากครอบครัว และเกิดภาวะเครียดได้ การศึกษาของ คาพอลส์ (Krapohl, 1995) ได้รวบรวมผลงานการวิจัยของหลายงานวิจัยเกี่ยวกับการกำหนดเวลาการเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า นโยบายการเข้าเยี่ยมควรมีการเยี่ยม 2-4 ครั้งต่อวัน ระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมตั้งแต่ 25-45 นาที ในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มอายุของผู้ป่วยด้วย พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีความต้องการการเยี่ยมลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ต้องการเพียง 1-2 ครั้งต่อวัน ในขณะที่เดียวกันการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักก็ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ ความช่วยเหลือ และแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีผลต่อการหาย ปั่นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยด้วย (Clarke, 1994; Titler & Walsh, 1992) จากการศึกษาของกัวเลียโน กัวเลียโน โบรโนส เกริกซ์ และวูด (Giuliano, Giuliano, Bloniasz, Quirk & wood, 2000) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีการพัฒนาการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้รูปแบบหลักการบริหารของ จูราน (Juran model) ซึ่งได้มีการใช้นโยบายการให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุก 1 ชั่วโมง ครั้งละ 30 นาที ตั้งแต่เวลา 13.00 น.-20.00 น. นอกจากเวลาดังกล่าวนั้น ให้เยี่ยมได้ทุก 1 ชั่วโมง ครั้งละ 10 นาที ซึ่งยังไม่จำกัดเวลาแน่ชัดอยู่ในความเหมาะสมในแต่ละชั่วโมง พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความ วิตกกังวลลดลงและมีความพึงพอใจ

3. ลักษณะของข้อมูลสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก การสนับสนุนด้านข้อมูลในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักควรเป็นข้อมูลที่เป็นจริง ทันต่อเหตุการณ์ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เหมาะสม ควรมีข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาพยาบาล ส่วนข้อมูลอีกชนิดหนึ่งเป็นข้อมูลที่จะตอบสนองความต้องการทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นข้อมูลที่จะช่วยผ่อนคลายความ วิตกกังวล และความเครียดขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล (รัตน อยู่เปล่า, 2543) พยาบาลผู้ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ได้ และร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำ คำอธิบาย เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเกิดความมั่นใจ ทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สภาพ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีความสอดคล้องกัน (เกษณี อำนจวรรณพันธ์, 2543) ดังนั้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อและพฤติกรรม การดูแลตนเอง และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกของ ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (De Jong & Beatty, 2000)

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ควรมีลักษณะของข้อมูลที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอน และแนวทางการประเมินผลไว้อย่างมีระบบ โดยเฉพาะการกำหนดเนื้อหา ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (De Jong & Beatty, 2000) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (informational needs) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักระบุว่า มีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ข้อมูลดังกล่าวได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบ และเวลาเยี่ยมของข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย คำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ เหตุผลของการใช้เครื่องมือการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รวมถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา (Dunbar & McLain, 1993 ; Graydon & Jickiking, 1997; Henneman & Cardin, 2002) ต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่ายไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลเหล่านั้น อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ (Gaw – Ens, 1994) อีกทั้งขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยหรือขณะที่พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยถูกเชิญให้ออกนอกหอผู้ป่วย ทำให้ขาดโอกาสในการติดต่อสื่อสารที่ดีและได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใช้จินตนาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย โดยประเมินจากสภาพที่พบเห็น และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ตรงความจริงจากแหล่งอื่น ๆ ทำให้มีการตีความสภาพผู้ป่วยอย่างไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง (Arkley, 1990 ; Gaw – Ens, 1994)

ลินเซ (Lindsay, 1997) ได้กล่าวว่า วิธีการตอบสนองความต้องการ และการให้การสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากการใส่สายสวนล่างหลอดเลือดหัวใจ คือ การให้ข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะเวลา การดูแลรักษาพยาบาลหลังจากทำการรักษา และการปฏิบัติตัวตามลำดับ การให้ข้อมูลเพื่อลดระดับความวิตกกังวลควรให้ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ โดยผู้ให้ควรเป็นแพทย์และพยาบาล การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การพยากรณ์โรคที่เจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่มีความตรงกับความเป็นจริงในแต่ละวันเกี่ยวกับผู้ป่วย ควรใช้ภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวและการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะในการเยี่ยมผู้ป่วย (Gew-Ens, 1994) นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย

ด้วย รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความสุขสบายและการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย (Henneman & Cardin, 2002)

4. ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นการให้ข้อมูลตามแผนที่ได้วางไว้ โดยเริ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้รับข้อมูล โดยที่ผู้ให้ข้อมูลต้องมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้ความเป็นกันเอง ทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย ชักถามปัญหาต่างๆ สนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และควรให้ผู้รับข้อมูลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การนำเสนอข้อมูลที่เป็นสาระเนื้อหา อาจเป็นช่วงระยะเวลาหรือวันละครั้งในหัวข้อเรื่องที่ต่างกัน และมีการประเมินผลการให้ข้อมูลและปฏิกิริยาของผู้รับข้อมูลด้วย

5. รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เป็นการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอื่นร่วมด้วย จากการศึกษาส่วนใหญ่ มีรูปแบบดังนี้

5.1 การให้ข้อมูลเป็นแบบโปรแกรมและเป็นแบบแผน โลเปซ ฟากิน (Lopez-Fagin, 1995) ได้มีการศึกษาโดยใช้ผลการวิจัยในด้านความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักใน 5 ข้อ ในการรับรู้ของครอบครัวและพยาบาลนั้น และการพบว่า การที่จะสามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการ โดยการจัดตั้งโปรแกรมเพื่อหาแนวทางในการปรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพบว่า การจัดทำสมุดคู่มือเกี่ยวกับหอผู้ป่วย การจัดสถานที่พักผ่อนที่พักรักษาใจ การยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้บ่อยขึ้น การจัดแนวทางการให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ครอบครัว มีการประเมินผลโดยการรับฟัง การให้คำแนะนำความคิดเห็นและการเขียนจดหมายมาติดชม โดยทางหอผู้ป่วยมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทักษะการฟัง ความพึงพอใจ และการได้รับการตอบสนองความต้องการดีขึ้น เฟอร์เรนและเมดแลนด์ (Ferran & Medland, 1998) ได้ศึกษาผลของการจัดทำโปรแกรมในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลอง 15 ราย พบว่า กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจและไม่โทรศัพท์มาถามเจ้าหน้าที่บ่อย ๆ การศึกษาของ นาญา เอื่องไพโรจน์ (2535) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่เข้าเยี่ยมโดยการใช้แบบแผนการให้ข้อมูลในกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความวิตกกังวลของคู่สมรสลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ ไอมิน (Aimin, 1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก

โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ รัตนา อยู่เปล่า (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จัดกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็น 2 กลุ่ม จำนวน 20 ราย แบ่งกลุ่มทดลองโดยได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 การให้ข้อมูลเป็นแบบแนวทาง หรือมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน (guideline) ดังเช่น เกว เอนส์ (Gew-Ens, 1994) ได้สร้างพัฒนาแนวทางการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยใช้แนวคิดของครอบครัวในภาวะวิกฤต ความไม่แน่นอนของความเป็นผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม โดยได้นำทั้งสามแนวคิดมาประยุกต์ใช้และสร้างแนวทางในการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยเชื่อว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤต ย่อมมีความวิตกกังวล และต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมโดยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล จากแนวทางการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤต จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวล ความไม่แน่นอน ความกลัวของสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ วอชิงตัน (Washington, 2001) ได้ศึกษาถึงการพบทวนการนำพยาบาล แพทย์ และบุคลากรทางทีมสุขภาพมาช่วยเหลือครอบครัว และผู้ป่วยในการทำแนวทางระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินไปสู่ห้องผู้ป่วยหนักให้มีการคลายวิตกกังวล มีความมั่นใจ เข้าใจในสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และช่วยให้ครอบครัวใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องโดยการสร้างแนวทางการปฏิบัติในการดูแลครอบครัวในภาวะวิกฤตในระยะต่าง ๆ ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ช่วยทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจและพึงพอใจในคุณภาพโรงพยาบาล ผลทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น อาการดีขึ้นจากการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ทำให้กำลังใจเข้มแข็งในเวลาต่อมา เลสเก (Leske, 2002) ได้ทำการศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยการสร้างแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลและการลดความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าการให้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้งานหน่วยงานมีการทำงานให้บริการที่มีประสิทธิภาพเกิดผลดีทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ และลดความวิตกกังวลลงได้

5.3 การให้ข้อมูลร่วมกับการใช้รูปแบบอื่นร่วมด้วย ซึ่งลักษณะการให้ข้อมูลจะมีการนำวิธีอื่นมาใช้ร่วมด้วย เช่น การปรับนโยบายระยะเวลาการเข้าเยี่ยม การใช้อุปกรณ์อื่นมาใช้ร่วม

ด้วย การใช้รูปแบบของการนำเสนอข้อมูลดังนี้ ที่โรงพยาบาลเฮร์แมน(Hermann) ในเมืองฮุสตัน สหรัฐอเมริกา โดยอิลเลียตและสมิท (Elliott & Smith, 1985) ได้เห็นความสำคัญของการตอบสนองความต้องการของญาติจึงเพิ่มมีการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับญาติ โดยให้มีการจัดตั้งกลุ่มที่ทำให้กำลังใจช่วยเหลือญาติ ประกอบด้วย พยาบาลกับญาติ และมีการประชุมกลุ่ม สัปดาห์ 1 ชั่วโมง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน พบว่า พยาบาลมีโอกาสมิการรับรู้ และทราบถึงความต้องการของญาติเกี่ยวกับผู้ป่วย การรักษาพยาบาลและอาการของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพในการดูแลรอบคอบและผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนญาติหรือครอบครัวก็ได้รับทราบถึงนโยบายของ โรงพยาบาล กฎระเบียบ และข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ครอบครัวสามารถใช้ทักษะในการเผชิญความเครียด ช่วยลดความวิตกกังวลและมีการรับรู้ข้อมูลได้ถูกต้อง จอห์นสันและ แฟรงค์ (Johnson & Frank, 1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลโดยการใช้ โทรศัพท์ในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย พยาบาลจะโทรศัพท์ไปแจ้งสภาพ ของผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ซึ่งจะรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาใหม่ที่ได้รับ ความคืบหน้าของสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด ผลการตรวจต่าง ๆ และอาการที่เปลี่ยนแปลง พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่า เชนนีแมน และแมคเคนซี (Henneman & McKenzie, 1992) ได้ศึกษาการประเมินความต้องการข้อมูลในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 147 ราย พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความต้องการที่จะได้รับข้อมูลร่วมกับการมีคู่มือแนะนำ สำหรับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และการมีนโยบายการเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งสามารถยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยมด้วย ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิก ครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จากการศึกษาของกัวเลียโนและคณะ (Giuliano et al; 2000) เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก มีการพัฒนาการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งใช้นโยบาย การให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุก 1 ชั่วโมง ครั้งละ 30 นาที ตั้งแต่เวลา 13.00 น- 20.00น. นอกจากนี้ยังใช้การให้ข้อมูลและการอำนวยความสะดวก แก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก และอุปกรณ์ในการให้ข้อมูลร่วมด้วย พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีความวิตกกังวลลดลงและมีความพึงพอใจ นอกจากนี้การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักยังต้องมีการให้โดยกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นกลุ่มของ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล หรือจากกลุ่มที่มาจากอาสาสมัครหรือกลุ่มจากสมาชิกครอบครัวของ ผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์มาช่วยให้การดูแล การสนับสนุนความช่วยเหลือ และการให้ ข้อมูล

แก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนัก พบว่า สามารถช่วยให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยหนักมีการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาได้ ลดความวิตกกังวลและตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลได้ (Gavaghan & Carroll, 2002; Henneman & Cardin, 2002) การสนับสนุนข้อมูลที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ศึกษาได้นำมาปรับใช้เป็นแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อเหมาะสม และเป็นขั้นตอนในการให้ข้อมูลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### แผนการสนับสนุนข้อมูลสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

การให้ข้อมูลในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรให้ในระยะแรกที่เข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลลงได้ ผู้ที่ให้ข้อมูลควรเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนัก ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนข้อมูลที่ดี นอกจากการจัดสถานที่ที่เหมาะสมแล้ว การสร้างสัมพันธภาพที่ดีก็มีผลต่อการลดความวิตกกังวลลงได้ โดยการใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักขณะพูดคุย การนำเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียง การอยู่ด้วยขณะเยี่ยม การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้พูดระบายความรู้สึก การรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่เกิดขึ้นและยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกมา การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลและการใช้การสัมผัสที่เหมาะสม เพื่อแสดงถึงความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ในการให้ความมั่นใจโดยการบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะที่นอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ภายหลังเมื่อให้ข้อมูลตามวิธีการนี้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะเกิดความไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึก ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ ในการสนับสนุนด้านข้อมูลดังกล่าวแล้วนั้น มีวิธีการให้เป็นช่วงระยะเวลา เป็นขั้นตอน สามารถให้ข้อมูลซ้ำได้หลายครั้ง และให้ตรงกับความต้องการและการสามารถเผชิญปัญหาตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลได้ เนื่องจากในการให้ข้อมูลในทุกเรื่องครั้งแรกครั้งเดียวและใช้ระยะเวลานานเกินไป หรือการให้ข้อมูลในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแตกต่างกัน จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเกิดความวิตกกังวลสูงยิ่งขึ้น และไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนั้นวิธีการสนับสนุนด้านข้อมูลสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้กำหนดเป็นแบบแผนและช่วงระยะเวลา ดังต่อไปนี้

1. ในระยะแรก 24-48 ชั่วโมงแรก ข้อมูลที่ผู้รับบริการต้องการในระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่สำคัญ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับ กฎระเบียบของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวและค่าใช้จ่าย การให้ข้อมูลเพื่อลดระดับความวิตกกังวล ควรให้ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ โดยผู้ให้ควรเป็นแพทย์และพยาบาล การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ควรให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การพยากรณ์โรคที่เจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่มีความตรงกับความเป็นจริงในแต่ละวันเกี่ยวกับผู้ป่วย ควรใช้ภาษาที่ฟังเข้าใจง่าย ข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวและการ ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะในการเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ รัตนา อยู่เปล่า (2543) พบว่า การเริ่มให้ข้อมูลนั้นควรมีการสนับสนุนทางอารมณ์ก่อน โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การแนะนำตนเอง การสร้างบรรยากาศการพูดคุยที่เป็นกันเอง การยอมรับพฤติกรรมที่แสดงออกมา การรับฟังอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้ซักถามหรือการระบายความรู้สึก และการใช้การสัมผัสตามความเหมาะสม รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความสุขสบายและการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย (Henneman & Cardin, 2002) เลสเก (Leske, 2002) กล่าวว่า นอกจากการให้ข้อมูลแล้ว ในแนวทางยังมีการให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา การทำแผ่นพับ เอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ การปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ (Reider, 1994) เนื่องจากในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังจากผู้ป่วยได้รับความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต และมีการแยกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก รวมถึงการมีการจำกัดเวลาการเข้าเยี่ยม ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเกิดความวิตกกังวลรุนแรงมาก ถ้าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ไม่สามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และยังคงมีความวิตกกังวลในระดับสูงเกินไป จะทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ให้ไปและการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร (Prevost, 1997; Reider, 1994)

2 การให้ข้อมูลในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษา สูดัล แกลโล และมอร์ตัน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีความวิตกกังวลสูงอยู่ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอกับทีมสุขภาพ ทำให้ระดับความวิตกกังวลไม่ลดลง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

ในหอผู้ป่วยหนักอาจมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทรซี ฟาวเลอร์ และมากาเรลลี (Tracy, Fowler & Magarelli, 1999) ศึกษาเกี่ยวกับความหวังและความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 44 ราย พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะมีความวิตกกังวลสูงอยู่ภายใน 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ดังนั้นควรให้การสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและความเจ็บป่วย รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุโรค ผลการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น อาการความเจ็บป่วยในปัจจุบันและรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องที่ผู้ป่วยจะได้รับ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เลสเก (Leske, 2002) กล่าวว่า นอกจากการให้ข้อมูลแล้วในแนวทางยังมีการให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอดเวลา การทำแผ่นพับ เอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับความรู้ภาวะโรค การป้องกัน และการปฏิบัติตัว

3. การให้ข้อมูลในระยะ ช่วงหลัง 3 ถึง 5 วัน หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษา สูดก แกลโด และมอร์ตัน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอกับทีมสุขภาพทำให้ระดับความวิตกกังวลไม่ลดลง เนื่องจากสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอาจมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังนั้น การสนับสนุนข้อมูลในระยะนี้จะไม่ได้ผลดีถ้าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักยังคงมีความวิตกกังวลสูงอยู่ การให้ข้อมูลของบุคคลากรในหอผู้ป่วยหนักในระยะต้นๆ จะมีผลช่วยให้ลดความวิตกกังวลลง ดังนั้นในระยะหลัง 3 ถึง 5 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การสนับสนุนด้านข้อมูลสามารถให้รายละเอียดที่เพิ่มมากขึ้นได้ ซึ่งการให้ข้อมูลที่จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้หรือมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสม ควรให้ในช่วงที่คลายความวิตกกังวลลง ซึ่งเป็นช่วงที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก อาจมีความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในอนาคต การสนับสนุนด้านข้อมูลในระยะนี้ จะเป็นการให้ข้อมูลในการทบทวนพยาธิสภาพของโรค การรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำหรือสุขศึกษาการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอามิน (Aimin, 1998) เลสเก (Leske, 2002) กล่าวว่า นอกจากการให้ข้อมูลแล้วในแนวทางยังมีการให้แผ่นพับ เอกสารหรือคู่มือเกี่ยวกับความรู้ภาวะโรคและการป้องกัน การปฏิบัติตัวของโรคที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยอยู่ และการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำอีก นอกจากนี้

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอาจยังมีความวิตกกังวลอยู่เนื่องจากเกิดความไม่แน่ใจในภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการให้บริการ การดูแลรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยต้องย้ายออกไปพักฟื้นในหอผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะหอผู้ป่วย การให้บริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลต่อในหอผู้ป่วยทั่วไปก็เป็นสิ่งจำเป็น

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) เป็นความรู้สึกลึกซึ้งหวาดหวั่นไม่สบายใจของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตต่อเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น หรือคาดว่าจะเป็อันตรายคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งไม่สามารถตัดสินใจ หรือเกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในการเผชิญกับปัญหา หรือความเจ็บป่วยที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิตเป็นสถานการณ์ขั้นวิกฤตที่ไม่เพียงแต่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะเกิดผลกระทบต่อครอบครัวโดยมิได้คาดหวังก่อน ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลสูงต่อสมาชิกในครอบครัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้เป็นความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้กำหนดเป็นแผนการให้ข้อมูลเป็นระยะจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลสามารถช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการตอบสนองตามความต้องการในลดความวิตกกังวลและความต้องการด้านข้อมูล ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลจะส่งผลให้ลดระดับความวิตกกังวลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้ ซึ่งส่งผลให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้ให้การดูแลส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย