

ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวล
ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน



นางสาวจิติมา ธารประสิทธิ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-3329-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GIVING INTRAOPERATIVE INFORMATION ON ANXIETY
OF FAMILY CAREGIVERS OF EMERGENCY SURGICAL PATIENTS



Miss Titima Thanprasitt

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

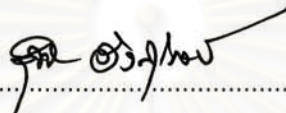
Chulalongkorn University

Academic year 2005


ISBN 974-14-3329-8

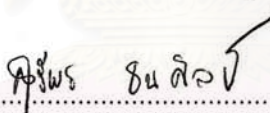
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน
โดย นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

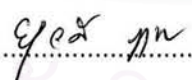
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยวดี ภาษา)

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4577640036 : MAJOR NURSING ADULT

KEY WORD : INTRAOPERATIVE INFORMATION/ANXIETY OF FAMILY CAREGIVERS OF EMERGENCY SURGICAL PATIENTS

TITIMA THANPRASITT : THE EFFECT OF GIVING INTRAOPERATIVE INFORMATION ON ANXIETY OF FAMILY CAREGIVERS OF EMERGENCY SURGICAL PATIENTS.

THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 114 pp. ISBN 974-14-3329-8

The purposes of this quasi-experimental research were to study the effects of giving intraoperative information on anxiety of family caregivers of emergency surgical patients. The research subjects consisted of 40 family caregivers of emergency surgical patients, Trang Hospital, family caregivers of emergency surgical patients were selected by matched pair into an experimental group and a control group. Two groups were similar in sex, relation, age ,and operation. The control group received routine nursing care while the experimental group received intraoperative information. Research instruments were an intraoperative information, handbook for patient's family about caring surgical patient, operative video and knowledge test sheet. Research data were obtained by questionnaires of families' anxiety. The instruments were validated by panel of experts. The Cronbach's alpha coefficient were .90. Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test.

Major results were as follows:

1. The anxiety at the posttest phase of the experimental group was significantly lower than the anxiety at the pretest phase (p<.05).
2. The anxiety at the posttest phase of the experimental group was significantly lower than that of the control group (p<.05).

Field of study.....Nursing Adult.....
Academic year.....2005.....

Student's signature.....
Advisor's signature.....

สุวิภา ตานประสิทธิ์
Sureep T

จิตติมา ธารประสิทธิ์ : ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน (THE EFFECT OF GIVING INTRAOPERATIVE INFORMATION
ON ANXIETY OF FAMILY CAREGIVERS OF EMERGENCY SURGICAL PATIENTS)

อ.ที่ปรึกษา : รศ.ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 114 หน้า ISBN 974-14-3329-8

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดของห้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ อายุ และชนิดของการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลขณะผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้ข้อมูลขณะผ่าตัด คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิดีทัศน์เรื่องการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดและแบบทดสอบความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้ใหญ่.....

ปีการศึกษา.....2548.....

ลายมือชื่อนิสิต.....จิตติมา ธารประสิทธิ์.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....อ.สุวีพร ธนศิลป์.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและดูแลอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ภาษา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำและการเรียนรู้ที่มีประโยชน์แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง พยาบาลหัวหน้างานห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอระลึกถึงพระคุณพ่อ แม่ ที่ได้ให้กำลังใจและโอกาสในการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นปริญญาโททุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจอย่างดีมาโดยตลอดจนวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน.....	13
สาเหตุการบาดเจ็บช่องท้อง.....	13
กายวิภาคของช่องท้อง.....	16
พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บช่องท้อง.....	17
การบาดเจ็บที่มีแผลทะลุเข้าช่องท้อง.....	20
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทางเลือกวิธีผ่าตัดของศัลยแพทย์.....	22
การพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัด.....	23
การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว.....	24
ความหมายของครอบครัว.....	24
ประเภทของครอบครัว.....	25
หน้าที่ของครอบครัว.....	26
ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน.....	27
ความหมายของความวิตกกังวล.....	28

	หน้า
สาเหตุของความวิตกกังวล.....	28
ระดับความวิตกกังวล.....	29
ประเภทของความวิตกกังวล.....	30
ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล.....	31
ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล.....	32
การตอบสนองต่อความวิตกกังวล.....	33
การประเมินระดับความวิตกกังวล.....	34
ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน.....	35
การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด ช่องท้องฉุกเฉิน.....	39
การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน.....	41
แนวคิดการให้ข้อมูล.....	41
ประเภทของข้อมูล.....	42
วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล.....	43
เนื้อหาของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การดำเนินการทดลอง.....	54
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	57
สรุปแผนดำเนินการทดลอง.....	58
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	68
สมมติฐานการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การดำเนินการวิจัย.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
สรุปผลการวิจัย.....	70
อภิปรายผลการวิจัย.....	70
ข้อจำกัดการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	75
รายการอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	85
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลวิจัย.....	87
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	93
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	114

สารบัญญัตราสาร

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด ช่องท้องฉุกเฉิน.....	60
2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....	63
3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	64
4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	65
5 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนทดลองและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	65
6 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม.....	66
7 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	67
8 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล หลังทดลอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	66

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

- 1 แสดงแผนดำเนินการทดลอง..... 58



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การได้รับบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุและจากการทำร้ายร่างกายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ในประชากรวัยผู้ใหญ่ (Joyee, Jane and Annabelle, 2001) การตายจากการได้รับอุบัติเหตุและจากการทำร้ายร่างกายก็เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอายุต่ำกว่า 35 ปี (ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2535) เป็นวัยที่กำลังทำงานได้ดีที่สุดและส่วนใหญ่มีภาวะทางครอบครัว จากข้อมูลทางสถิติปี 2545 พบว่าจำนวนและอัตราตายจากอุบัติเหตุการขนส่งและการทำร้ายผู้อื่นต่อประชากร 100,000 คนของประเทศไทยเท่ากับ 13,438, 21.5 และ 510, 1.6 ตามลำดับ และจำนวนการตายจากอุบัติเหตุและการเป็นพิษ และบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตายและอื่นๆ ของจังหวัดตรังเท่ากับ 154 และ 111 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ตายแต่ทุพพลภาพตลอดชีวิต ซึ่งจากอุบัติเหตุต่างๆ และการทำร้ายร่างกายพบว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บช่องท้องนั้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยการบาดเจ็บช่องท้องอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การบาดเจ็บที่เกิดจากการถูกกระแทกและบาดแผลไม่ทะลุเข้าช่องท้อง พบแต่รอยฟกช้ำดำเขียวหรือรอยถลอก และการบาดเจ็บที่เกิดจากของมีคม และมีบาดแผลทะลุเข้าไปในช่องท้อง จากสถิติของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตรัง ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2546 ถึงเดือนกรกฎาคม 2547 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน 303 ราย ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มากพอสมควร เฉลี่ยแล้วจะมีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินประมาณ 1 รายต่อวัน

การผ่าตัดเป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษา โรคและความผิดปกติบางอย่างไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือทุเลาอาการได้ด้วยวิธีอื่นนอกจากการผ่าตัด ในสถานการณ์ดังกล่าวการผ่าตัดจึงจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจุบันแม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความปลอดภัยสูงเนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการดูแลที่ดีทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยมาก แต่ยังคงทำให้ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดมีความวิตกกังวล โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพราะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้มีการเตือนล่วงหน้า จึงไม่มีโอกาสในการเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัด จึงถือเป็นภาวะวิกฤตและส่งผลกระทบอย่างมากต่อสภาพจิตใจผู้ป่วย (Pierantognetti, Covelli, and Vario, 2002) เพราะนอกจากผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนแล้ว ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษาจากการผ่าตัดอีกด้วย

การผ่าตัดฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งประกอบไปด้วย บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง รวมถึงผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างสูง (Halm, 1990; Reider, 1994) พบว่าการผ่าตัดส่งผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวโดยเฉพาะในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด (Kathol, 1984; Silva, manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) ซึ่งช่วงเวลานี้เป็นช่วงที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย (Raliegh et al.; Silva, manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) โดยความวิตกกังวลนี้เกิดจากความกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Hodak, Gallo & Morton, 1998) ความไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (Halm, 1990; Teslani-Dufour, Chappel-Aiken & Gueldner, 1992) การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Halm, 1990) การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอยร่วมกับกรณีที่พยาบาลมุ่งให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสนใจครอบครัวผู้ป่วย ปัจจัยดังกล่าวนับเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่ครอบครัวผู้ป่วย (Halm and Alpen, 1993) แม้ว่าระยะเวลาการรอคอยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ แต่ถ้าครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้คลายความวิตกกังวลได้แล้วก็จะก่อให้เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์ได้ หรือเรียกว่าเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้เองมีผลทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามมา เช่น คลื่นไส้ เป็นลม เกิดความรู้สึกสับสน ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) ไม่สามารถควบคุมความคิดได้ สมาธิลดลง และการให้เหตุผลไม่ถูกต้องเหมาะสม (Lee, 1998) ถ้าครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงมากเกินไป จะทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Reider, 1994) และไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บุคคลมากมายทั้งในอดีตและปัจจุบันล้วนคุ้นเคยกับคำว่าความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่บุคคลประสบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกยุคสมัย ทุกวัฒนธรรมตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย (Johnson, 1993 อ้างถึงในถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้หลายท่านด้วยกัน เช่น Spielberger (1976) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัว และกังวลของบุคคล ซึ่งกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าจะถูกคุกคาม หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า โดยได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็นสองชนิด คือ ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่

เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป และจะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-anxiety) ในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลขณะเผชิญ คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายมากระตุ้นและจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้

ในปัจจุบันพบว่าขณะที่มีบุคคลากรทางด้านสุขภาพกำลังทำการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องโดยวิธีการผ่าตัดนั้น อาจจะมีผลของการดูแลให้ครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วย ดังที่ Yung et al. (2002) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องนั่งรออยู่นอกห้องผ่าตัด ไม่สามารถติดต่อกับผู้ป่วยได้ ไม่สามารถสื่อข้อมูลข่าวสารถึงกันได้ เหตุการณ์ทำนองนี้เกิดขึ้นในหลายๆ โรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งแมคไนท์ (McKnight, 1976) ได้กล่าวว่า พยาบาลมักไม่เห็นความสำคัญของญาติ แต่สำหรับผู้ป่วยแล้วญาติเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่มีผลในการดูแลรักษาพยาบาล ถ้าพยาบาลละเลยญาติก็เท่ากับว่ามองข้ามส่วนสำคัญของผู้ป่วยไป ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้น หากความวิตกกังวลเกิดขึ้นในระดับสูงและไม่ได้รับการแก้ไข แม้ว่าจะเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก็ตาม ก็จะทำให้เกิดการสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ หรือเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ความวิตกกังวลไม่เพียงเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ดังนั้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการผ่าตัด จะส่งผลไปสู่สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยบางครั้งมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง ความวิตกกังวลของครอบครัวของผู้ป่วยเกิดขึ้นเมื่อพบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งในระยะแรกนั้นเป็นความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ ความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตรายและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่ครอบครัวของผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย (Pittman & Fowler, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลสามารถสื่อถึงกันได้ (Frederickson, 1989) และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยอาจถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยได้ (Stuart and Sundeen, 1995)

จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) ของผู้วิจัยระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน ถึง 5 กรกฎาคม พ.ศ.2547 รวม 16 วัน โดยการสุ่มสำรวจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตรัง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการด้านข้อมูลจากพยาบาลผ่าตัดจำนวน 15 ครอบครัว พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการตั้งนี้ร้อยละ 93.3 มีความต้องการข้อมูลในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด โดยอยากทราบว่าผู้ป่วยจะใช้เวลาในการผ่าตัดนานเท่าใด และผู้ป่วยมีความปลอดภัยหรือไม่ ร้อยละ 86.7 มีความต้องการอยู่ใกล้ชิด

ผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจและได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงเวลาก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ร้อยละ 86.7 มีความต้องการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเพราะมีความเป็นห่วงผู้ป่วยมาก ร้อยละ 90.2 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้างในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลให้กับครอบครัวผู้ป่วย (Hopkins, 1994) เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย (Bokinskie, 1992) และครอบครัวจะได้รับประโยชน์จากการติดต่อกับพยาบาลมากที่สุด (Vassar & Grogan, 1995) โดยการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว เป็นวิธีการสำคัญในการลดความวิตกกังวล เพิ่มความเข้าใจ และความร่วมมือจากครอบครัว ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เขาเหล่านั้นต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พยาบาลควรให้ข้อมูลต่างๆ กับครอบครัวโดยไม่ต้องรอให้มีการซักถามจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อน (Mirr, 1991) และพยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ตั้งแต่วะยะแรกของการเจ็บป่วย (Rieder, 1994)

การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลได้จริง House (1981) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหา ทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม โดยการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะให้แนวทาง และการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย ได้แก่ โรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วย อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด หมายถึงการให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การแสดงความห่วงใย และการรับฟัง โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยขณะสนทนา การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก การรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงท่าทีที่เข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นและยอมรับพฤติกรรมเหล่านั้นที่แสดงออกมา การใช้น้ำเสียงนุ่มนวลในการสื่อสาร และการใช้สัมผัสที่เหมาะสมเพื่อแสดงความสนใจ เอาใจใส่ และเอื้ออาทรต่อสมาชิกในครอบครัว การให้ความมั่นใจโดยการบอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดี และตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วยข้อมูลที่เป็นจริง โดยเห็นได้จากการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของรัตนากัญญา (2543) พบว่าความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล

และอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยขณะผ่าตัดนั้นมีน้อยมาก ซึ่งในขณะที่ผ่าตัดนั้นเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงสุด (Raliegh et. Al.; Silva, Manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) โดยในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยรอการผ่าตัดของผู้ป่วย พยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเมื่อมีการสอบถามเท่านั้น แต่การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากพยาบาลตามขั้นตอนที่เป็นจริงทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอีกประการหนึ่งที่จะช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่ระยะแรก จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยค่อยๆ ยอมรับและมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป

จากการศึกษาของ Leske (1995, 1996) เกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดจากพยาบาลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลในขณะที่ผ่าตัด (เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปได้ 50%) กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ได้รับการเอาใจใส่ด้วยการอ่านข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเบียบของทางโรงพยาบาล และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางโทรศัพท์ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ

จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดมีผลในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจริง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังไม่ได้มีการศึกษาในเรื่องนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูล, การสัมผัส, การใช้ภาพการ์ตูนตลก และการใช้ดนตรีต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนหรือหลังผ่าตัดเท่านั้น สำหรับการศึกษานี้ เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) เรื่องผลของการจัดรูปแบบการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และภายหลังเข้าร่วมโครงการแล้วครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง แต่รูปแบบการพยาบาลดังกล่าว เป็นการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดหนึ่งวัน ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่ไม่มีเวลาในการเตรียมตัว ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยขณะผ่าตัดจึงมีความจำเป็นสำหรับครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน

จากการศึกษาของดาราพรพรรณ อุทัย (2545) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนซึ่งกันและกันจึงมีความจำเป็นในการปรับตัวที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศไทย (กันยา ออประเสริฐ, 2541) มีดังนี้ คือ ประเมินสภาพผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดเชื้อบริหารจัดการการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ อย่างประหยัดและมีคุณภาพ ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะพยาบาลส่งเครื่องมือ พยาบาลช่วยเหลือการผ่าตัดหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรในที่มสุขภาพอื่นๆ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีของนักศึกษาพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพ สนับสนุนการเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการหรือฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองให้ก้าวทันกับเทคโนโลยีทางการผ่าตัดที่มีความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรวิชาชีพพยาบาล แต่จะพบว่าในการปฏิบัติงานจริงนั้นพยาบาลมักจะละเลยการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ครอบครัวผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลสูงสุด (Raliegh et al.; Silva, manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการให้ข้อมูลและการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวและมีผลต่อการลดความวิตกกังวล มาพัฒนาเป็นรูปแบบการพยาบาลสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน เพื่อเป็นประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ซึ่งความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข หวาดกลัว กระวนกระวายใจ เนื่องจากคาดว่าจะมีบางสิ่งบางอย่างคุกคามความมั่นคงและค่านิยมของชีวิตตน โดยความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีผลให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (ด้านชีวเคมีและด้านสรีรวิทยา) และความสามารถอื่นๆ (ด้านการสังเกต ด้านสมาธิ และความจำ ด้านการเรียนรู้และการปรับตัว และด้านพฤติกรรมกรรมการแสดงออก) โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลและความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยประเมินว่าการผ่าตัดที่จะได้รับเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วย และรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ไม่แน่นอน ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ บริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ

จากการศึกษาของเพียร์จิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) พบว่า ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลในเรื่องระยะเวลาการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Leske (2002) ที่ศึกษาถึงข้อมูลที่ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดต้องการว่าประกอบด้วย สภาพผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด บุคลากรทีมสุขภาพ และหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะย้ายไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษานำร่องของผู้วิจัยที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินมีความต้องการข้อมูลในขณะหรือผู้ป่วยผ่าตัด ในเรื่องระยะเวลาในการผ่าตัด และความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวผู้ป่วยยังมีความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจและได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงเวลาดำเนินไปผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงมีความต้องการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

จากการศึกษาของ Carmody, Hickey, and Bookbinder (1991) และสมพันธ์ ใหญ่ชีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544) พบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอันดับแรกคือ ความต้องการด้านข้อมูล ดังเช่นการศึกษาของ Leske (1996) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดจากพยาบาล เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปได้ 50% ต่ระดับความวิตกกังวลครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด พบว่าครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลของพยาบาลในขณะผ่าตัดโดยข้อมูลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยนั้นครอบครัวอยู่ในเรื่องสภาพผู้ป่วย, รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ดำเนินไปได้ 50%, ผู้ป่วยต้องย้ายเข้าห้องพักฟื้นหลังจากเสร็จการผ่าตัด และการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย มีความวิตกกังวลต่ำกว่า

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับความใส่ใจความห่วงใย และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดของ Leske (1996) จะครอบคลุมในเรื่องสภาพของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของการผ่าตัด เมื่อเสร็จการผ่าตัดจะย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเป็นปกติ ก็จะย้ายไปพักยังหอผู้ป่วยศัลยกรรม และญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ และจากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยของ Leske (2002) โดยมีกระบวนการเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ด้วยการ แนะนำตนเองและสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาลก่อน แล้วจึงให้ครอบครัวผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับ ผู้ป่วย (Proximity) ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (Assurance) ด้วย การแนะนำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้จักกับแพทย์/พยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ให้คำยืนยันว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล นุ่มนวล เอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อนคุยและตรวจสอบความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participate) ด้วยการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) ด้วย การเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็น ผู้ฟังที่ดี เข้าใจและยอมรับการแสดงออก ตลอดจนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและช่วยหา แนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจะส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับ อารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกตึงเครียดลดลง และทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่อไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540 ; รัตนา อยู่เปล้า, 2543 ; Halm, 1990 ; Nicholson et.al., 1993)

สำหรับในด้านการมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นและเพียงพอ ด้วยการ ให้แหล่งประโยชน์ (Providing resources) โดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยใน เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีอยู่และสามารถหาได้ในโรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสามารถรวบรวมและหาแหล่ง ประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้มากขึ้น และเพียงพอเพื่อใช้ในการเผชิญความเครียด ส่งผล ให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (มารยาท วัชรเกียรติ, 2536 ; Sabo et.al., 1989 ; Halm, 1990)

นอกจากนี้การจัดให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในครอบครัวผู้ป่วย (Family Conferences) ก็จะมีส่วนช่วยในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้ด้วย ดังงานวิจัยของ Bokinskie (1992) ที่ศึกษาผลของการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นภายใน ครอบครัวผู้ป่วย 24 ชั่วโมงก่อนย้ายผู้ป่วยออกจาก NICU (Neuroscience intensive care unit)

ไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป มีความวิตกกังวลน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินมาจากแนวคิดการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดของ Leske (1995, 1996, 2002) และแนวคิดเกี่ยวกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในครอบครัวของ Bokinskie (1992) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรับรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล และประเมินการรับรู้เกี่ยวกับบุคลากรที่มสุขภาพ ระยะเวลาการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วย สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด พร้อมแจกคู่มือ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 บุคลากรที่มสุขภาพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด พนักงานเปล

2.2 ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด: ขึ้นอยู่กับชนิดการผ่าตัดในครั้งนั้นๆ

2.3 สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยขณะผ่าตัดจะได้รับการวางยาสลบ ซึ่งจะใส่ท่อช่วยหายใจไว้เพื่อช่วยในการหายใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว และหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะคาท่อช่วยหายใจไว้หรืออาจจะเอาท่อช่วยหายใจออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์/วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล

2.4 สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/หญิง หรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของศัลยแพทย์

3. จัดให้มีการอภิปรายภายในครอบครัวผู้ป่วย โดยยึดแนวคิด Family Confernce ของ Bokinskie (1992) เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ รวมถึงพยาบาลจะมีการอธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4. ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยหลังการให้ข้อมูล โดยการให้ทำแบบทดสอบความรู้ ถามย้อนกลับและสังเกตสีหน้าว่าแสดงอาการงุนงงสงสัยหรือไม่

หากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน ได้รับข้อมูลในขณะผ่าตัด และมีส่วนร่วมในการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องและเป็นจริง มีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่มากพอ และ

มีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ก็น่าจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ผ่าตัดฉุกเฉินมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัย และน่าจะมีภาวะวิตกกังวลน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ที่ได้รับข้อมูลขณะ ผ่าตัดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินหลังการทดลอง กลุ่ม ที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อระดับ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โดยศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดตรัง จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้ ข้อมูลขณะผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดร่วมกับการพยาบาลตามปกติกลุ่มละ 20 ครอบครัว เก็บ ข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2548-สิงหาคม 2548 โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้ว จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองตามมา

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลขณะผ่าตัด
2. ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

การให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้แก่ผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปได้ 50% ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และรับรู้ ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล และประเมินการรับรู้เกี่ยวกับบุคลากรทีม สุขภาพ ระยะเวลาการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วย สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจาก เสร็จสิ้นการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ รวมถึงแหล่ง สนับสนุนทางสังคม

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยยึดหลักการเกี่ยวกับการให้ข้อมูลของ John (1972) และแนวคิดของ Leske (1995, 1996, 2002) และ Bokinskie (1992) ซึ่งพยาบาลอธิบายผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยพร้อมแจกคู่มือ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 บุคลากรที่มีสุขภาพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด พนักงานแปล

2.2 ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด: ขึ้นอยู่กับชนิดการผ่าตัดในครั้งนั้นๆ

2.3 สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยขณะผ่าตัดจะได้รับการวางยาสลบ ซึ่งจะใส่ท่อช่วยหายใจไว้เพื่อช่วยในการหายใจของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว และหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะคาท่อช่วยหายใจไว้หรืออาจจะเอาท่อช่วยหายใจออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์/วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล

2.4 สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด ซึ่งอาจจะ เป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/หญิง หรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของศัลยแพทย์

3. จัดให้มีการอภิปรายภายในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ รวมถึงพยาบาลจะมีการอธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4. ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยหลังการให้ข้อมูล โดยการให้ทำแบบทดสอบความรู้ ถามย้อนกลับและสังเกตสีหน้าว่าแสดงอาการงุนงงสงสัยหรือไม่

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย หมายถึง สมาชิกที่อาจมี/ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วยก็ได้ ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ญาติพี่น้อง บุตร รวมถึงภรรยา ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ซึ่งมีจำนวน 3-7 คน ในการศึกษาครั้งนี้จะวัดความวิตกกังวลจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ความตึงเครียด และความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่มีอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และต่อเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในภายหลังและเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเป็อันตราย โดยจะตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถวัดได้จากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์ (State-Trait Anxiety Inventory [STAI], 1983) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาพดี และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) โดยคะแนนรวมมาก แปลว่า มีความวิตกกังวลมาก

ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องโดยมิได้มีการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งได้รับอุบัติเหตุบริเวณช่องท้องรวมถึงการถูกยิงและถูกแทงบริเวณช่องท้อง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้ข้อมูลของพยาบาลห้องผ่าตัดตามความสงสัยหรือความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลในเรื่องบุคลากรที่มีสุขภาพระยะเวลาในการทำผ่าตัด และสภาพของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ด้านบริการ เพื่อพัฒนางานบริการพยาบาลแบบองค์รวม โดยให้บริการพยาบาลครอบคลุมถึงผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดของห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. ด้านการศึกษา เพื่อพัฒนาการเรียนการสอน ค้นหารูปแบบและเนื้อหาข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดของห้องฉุกเฉินต่อไป
3. ด้านบริหาร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถ และเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลและประสิทธิภาพของข้อมูลที่จัดให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
4. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
3. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
4. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน
5. การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน

การบาดเจ็บช่องท้องแบ่งได้ดังนี้

การบาดเจ็บช่องท้อง (Abdominal injuries) มีแนวการแบ่งการบาดเจ็บโดยใช้หลักดังนี้

1. ใช้ผนังหน้าท้องเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ถ้าผนังหน้าท้องทะลุทะลวงเป็นโพรง เป็นทางเข้าไปในช่องท้องก็เรียก Penetrating wound (Open wound) ถ้าผนังหน้าท้องยังคงสภาพอยู่ก็เรียก Non penetration wound (Close wound) แต่ถ้าการแทงทะลุผ่านทวารต่างๆ โดยผนังหน้าท้องยังดีอยู่จัดให้เป็น Penetrating wound เรียก Impalementating wound

2. ใช้ลักษณะของแรงที่ปะทะเข้ากับผนังหน้าท้องเป็นเกณฑ์ ถ้าเป็นวัตถุแหลมคมก็มักจะใช้เป็นกลุ่ม Penetrating wound เนื่องจากผลของการปะทะเข้ากับผนังช่องท้องมักจะเป็นแผลทะลุทะลวงเข้าช่องท้อง ถ้าเป็นวัตถุแบนทู่มักจะจัดเป็นพวก Blunt wound เนื่องจากผนังหน้าท้องยังไม่ทะลุทะลวง

สาเหตุการบาดเจ็บช่องท้อง จะแบ่งการบาดเจ็บช่องท้องเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทะลุทะลวง (Penetrating injuries) จะมีวัตถุปักคาอยู่หรือไม่ก็ได้
 - 1.1 ถูกของแหลมคมประกอบด้วย
 - 1.1.1 Stab wound บาดแผลจากของมีคมมักจะแหลม ขนาดความกว้างไม่มากนัก และแทงทะลุเข้าช่องท้อง เช่น มีด ดาบ เหล็กขูดซ้าพท์ ไชควง เหล็กแบนแหลมตามรั้ว เหล็กเส้นที่บริเวณก่อสร้าง

1.1.2 ทะลุผ่านทวาร หรือเสียบ (Impalement) จะเป็นของแข็ง แรงดันจากของเหลว หรือก๊าซเข้าทางทวารทำให้ลำไส้แตกทะลุ ตกจากที่สูง ถูกวัตถุเสียบเข้าทวารพบได้บ่อย

1.1.3 Puncture wound มักจะเกิดจากของแหลมเป็นแท่งเล็กๆ เช่น ไม้เสียบลูกชิ้น เข็มสอยดอกไม้ ตะปู ถูกยิงด้วยธนู หน้าไม้ ฉมวก ลูกดอก เครื่องยิงลวด ยิงตะปู ปืนลม พบรูเล็กๆ ทะลุเข้าท้อง

1.1.4 Cut wound เกิดจากถูกของมีคมฟันเอา เขียวเอา บาดเอา เช่น ดาบฟัน มีดฟัน ขวานจาม รวมทั้งสิ่งกะลือบาด เข่งบาด แผ่นเครื่องขัด ใบเลื่อย เครื่องเจียระไนแตกกระเด็นเสียบท้อง หรือถูกของมีคมเกี่ยวกระซาก

1.2 บาดแผลถูกยิงด้วยอาวุธปืน ประกอบด้วย

1.2.1 Gun shot wound ถูกยิงด้วยอาวุธปืนที่กระสุนปืนต้องรูดผ่านลำกล้องปืน ทำให้เกิดแรงขึ้น 3 ทิศทางคือ ก. แรงส่งของดินปืน ข. ลูกกระสุนหกคะเมนหมุนตัวเอง ค. การควงส่ววนตัวเองของลูกปืนเมื่อพ้นลำกล้องแรงปะทะจึงรุนแรงมี blast effect เกิดขึ้นแปรไปตามความเร็วที่กระสุนปะทะร่างกาย และอำนาจทะลุทะลวงจะแปรไปตามความหนาแน่นของอวัยวะนั้นๆ ปืนเหล่านี้ได้แก่ ปืนพกมาตรฐาน ปืนลูกกรด ปืนที่กำหนดเป็นอาวุธสงครามตามกฎหมาย และความเร็วของกระสุนปืนและแรงปะทะ ความเร็วที่กระสุนปืนเมื่อพ้นลำกล้องแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความเร็วต่ำ คือ น้อยกว่า 1,200 ฟุตต่อวินาที (ft/s) ความเร็วปานกลาง 1,200-2,000 ft/s ถ้าเกิน 2,000 ft/s ถือว่าเป็นความเร็วสูงอย่างแรงการทำลายกว้างขวางมากขึ้น ความเร็วมากขึ้นช่องว่างจากแรงดูดมากจนสิ่งกีดขวางระเบิดกระจายออก

1.2.2 ปืนลูกซอง (Shot gun wound) ลักษณะสำคัญคือ ลูกปืนถูกแรงดันของดินปืนให้ออกจากลำกล้องที่กลวงและโตกว่าลูกปืน ถ้ายิ่งใกล้จ่อยิงอำนาจการทะลุทะลวงจะมาก ที่สำคัญคือ หมอนปืนที่ปิดเก็บลูกโลหะในลูกกระสุนของปืนลูกซองจะถูกขับออกมา หมอนลูกกระสุนปืนที่เป็นกระดาศแข็งหรือพลาสติกจะฝังเข้าไปในร่างกายด้วย ถ้าถูกยิงระยะไกลหมอนปืนจะตกถึงพื้นก่อน แต่ลูกปืนจะกระจายกว้างขึ้นแต่แรงปะทะลดลง ในกลุ่มของ shot gun wound นี้ ประกอบด้วยปืนลูกซอง ปืนแก๊ป ปืนลูกซองสั้น ลูกกระสุนปืนมักจะมีหลายเม็ดขนาดแตกต่างกันไป ถ้ามีลูกกระสุนเม็ดเดียว เรียกว่า “ลูกโดด”

1.3 ระเบิด (Bombs) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.3.1 ระเบิดที่ประดิษฐ์ขึ้นในราชการสงคราม จะเป็นกับระเบิดฝังดินระเบิดมือ มีมาตรฐานและเลขหมายกำกับตามระเบียบของกองทัพ ชิ้นส่วนของเปลือกระเบิดจะเป็นตัวทำลายทะลุทะลวง

1.3.2 ระเบิดแสงเครื่อง เป็นระเบิดที่ประดิษฐ์จากสิ่งที่ไม่ได้นำมาเป็นดินระเบิดแต่นำมาใช้ในด้านเกษตรกรรมในครัวเรือน หรือพวกสารไวไฟต่างๆ การทำลายขึ้นอยู่กับเปลือกระเบิดที่ประดิษฐ์ขึ้น เช่น หล่อด้วยปูนผสมตะปู โถเซรามิก ขวดแก้ว เป็นต้น

ผลของการระเบิด นอกจากการแผ่กระจายชิ้นส่วนของระเบิดแล้วยังมีแรงอัดจากการระเบิด (Blast effect) ทำให้เกิดการบาดเจ็บในช่องท้องได้ พบในกรณีที่ระเบิดในน้ำในที่คับแคบหรือในห้องอับทึบ การบาดเจ็บจากแรงระเบิดที่พบอีกประการหนึ่งคือ ไฟไหม้ วัตถุถูกหล่นทับ กระจกบาด ฯลฯ

1.3.3 ระเบิดจากเชื้อเพลิงไวไฟ ได้แก่ ไฟแช็คที่ใช้จุดไฟสูบบุหรี่ เชื้อเพลิงไวไฟที่บรรจุอยู่ในภาชนะพลาสติกใสจำนวนน้อยชนิด แต่เมื่อถูกความร้อนจะเกิดแรงดันภายในจนระเบิดได้ ชิ้นส่วนที่ประกอบเป็นไฟแช็คก็จะกระจัดกระจายออกรอบทิศทางพร้อมๆ กัน อาจจะถูกติดไฟ ซึ่งมีความร้อนสูงมาก การระเบิดของถังแก๊สหุงต้มเป็นตัวอย่างที่พบได้บ่อยในกลุ่มนี้

2. กลุ่มที่ผนังท้องไม่ทะลุ (Blunt abdominal injuries) เกิดจาก

2.1 ถูกตี ต่อย กระทบ (Hit, Direct crush) ได้แก่ ถูกต่อย ถูกเตะ ถูกกระทืบ ถูกด้ามจับรถจักรยานกระแทก คันไถ ไม้ คานกระทบ ฆ่าเตะ ควายขวิด วัวขวิด สายเข็มขัดนิรภัยรัดท้อง ฯลฯ แรงปะทะจะสัมผัสผนังท้อง ถ้าถูกต่อย กระทบทางด้านหน้าท้องแรงจะอัดอวัยวะภายในเข้ากับกระดูกสันหลังที่รองอยู่ อวัยวะที่วางพาดขวางกระดูกสันหลังมักจะได้รับอันตราย ถ้าแรงปะทะมาจากด้านข้าง ด้านหลัง หรือด้านบนแรงจะทำให้อวัยวะที่เป็นก้อน เช่น ตับ ไต ตับอ่อน ม้าม ได้รับอันตราย

2.2 แรงทับบด (Crash) เกิดได้ 2 กรณี คือ

ก. แรงอัด (Compressing) มี Tensile strain injuries ผู้บาดเจ็บจะอยู่ระหว่างกลางของวัตถุขนาดใหญ่ที่เบียดเข้าหากัน เช่น ถูกรถถอยมาอัดติดกำแพง ล้มลงนอนบนพื้นถูกของหนักหล่นทับ ดินถล่มขณะขุดหลุมเกิดแรงอัดในช่องท้องมากมาย

ข. แรงบด (Crushing) ลักษณะคล้ายกับ Compressing ต่างกันคือ มีแรงหนึ่งหมุนข้ามตัวผู้บาดเจ็บ ได้แก่ รถทับข้ามตัว แรงหมุนนั้นจะกระชาก (Shearing force) ทำให้อวัยวะได้รับบาดเจ็บ

2.3 แรงหยุดกะทันหัน ได้แก่ แรงปะทะที่ร่างกายรุนแรงจากมีส่วนของ Shear strain injuries มาก

ก. แรงส่งอย่างรุนแรง (Accelerating force) จากหยุดอยู่กับที่ถูกร่างกายให้ตัวลอย ได้แก่ ถูกรถชนอย่างแรงจนกระเด็น เกิด Shear strain injuries

ข. แรงหยุดอย่างรุนแรง (Decelerating force) จากตัวที่กำลังเคลื่อนที่อยู่ถูกหยุดยั้งทันที เช่น ตกจากที่สูง ชับรถชนกัน เป็นต้น ร่างกายปะทะกับพื้นแรงที่ทำให้ร่างกายเปลี่ยน

ความเร็วอย่างกะทันหันจะเกิด momentum ทำให้ส่วนที่เป็นขั้วต่างๆ ถูกยึด กระชากตามแรงเฉื่อย จนสะบัดฉีกขาดได้ นอกจากนี้แรงที่สัมผัสร่างกายจะส่งผลทำให้อวัยวะที่เป็นก้อนฉีกขาดหรือแตกได้ ในกรณีชนกัน (Motorvehicle collisions) จะเกิดการบาดเจ็บของคนขับในท่าต่างๆ คือ (1) รูดลงกับพื้น (2) ถูกโยนลอยขึ้นจากเบาะ ซึ่งแต่ละท่ามีอวัยวะบาดเจ็บแตกต่างกัน การบาดเจ็บเกิดขึ้น 3 จังหวะและ 3 ระดับ

แรงปะทะครั้งแรก (Primary impact) ตัวเลื่อนไปข้างหน้า อาจโยนตัวหรือโกลตัว ระดับสูงหรือระดับที่ 1 บาดเจ็บที่ศีรษะใบหน้าปะทะกระจกหน้ารถ ระดับที่ 2 คอ หน้าอก ท้อง ปะทะพวงมาลัยรถ ระดับที่ 3 เข่า ต้นขา ปะทะหน้ารถ

แรงปะทะครั้งที่ 2 (Secondary impact) ระดับที่ 1 คอจะสะบัดแขนศีรษะเต็มแรง (Hyperextension, Direct downward force flexion) ทำให้คอหัก หรือเคลื่อน หรือบิดไปด้านข้าง (Lateral vertical compression) ระดับที่ 3 คือขาจะดันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด หรือถ่าง การยกตัวลอยจะกระแทกลงเบาะอย่างแรงเกิดเจ็บที่บริเวณก้นกบ กระดูกสันหลัง

แรงปะทะครั้งที่ 3 แรงส่งแรงเฉื่อยทำให้วัตถุในรถหรือคนนั่งข้างหลังลอยมาทับอีกครั้งแต่รถชนกันอาจชนกันด้านตรง ด้านข้าง ด้านหลัง หรือด้านบนก็ได้ มีกลไกบาดเจ็บซับซ้อน

2.4 แรงแถว (Splitting) ได้แก่ การถ่างขาออกอย่างรุนแรง เช่น กรณีรถชนขณะวิ่งข้ามถนน ขาข้างหนึ่งอยู่บนกระโปรงรถ อีกข้างหนึ่งอยู่กับพื้น ถูกรถดันไปข้างหน้าจะแยกขาออกจากกัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณฝีเย็บได้ หรือในกรณีที่ชนรถจักรยานยนต์ล้มในความเร็วยุ่ง ผู้ชนมักจะหักเลี้ยวทำให้ตัวรถจักรยานยนต์เอนขวางถนนเพื่อเอียงตัวใช้ขาข้างด้านตรงข้ามทิศทางที่จักรยานยนต์ลอยไปยันพื้นแต่แรงเฉื่อยจะดันขาอีกข้างที่ติดกับรถ แยกขาออกไปรุนแรงประกอบกับตัวถ่วงครูดไปตามแรงเฉื่อยทำให้บริเวณฝีเย็บ (Perineum) และสะโพกได้รับบาดเจ็บ

3. กลุ่มที่กลืนวัตถุแปลกปลอม หรือสอดใส่วัตถุแปลกปลอมเข้าทางทวารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับช่องท้อง เช่น ในระบบทางเดินอาหารก็จะกลืนกินเข้าไปหรือสอดใส่เข้าทางทวารหนัก ทางทวารของระบบขับถ่ายปัสสาวะ ทางอวัยวะเพศ เป็นต้น นอกจากจะเป็นจุดก่อให้เกิดการติดเชื้อ ยังพบว่าเป็นสาเหตุการอุดตันของระบบนั้นตลอดจนแตกทะลุของอวัยวะที่มีสิ่งแปลกปลอมค้างคาอยู่

กายวิภาคของช่องท้อง (Abdominal anatomy)

เพื่อจัดให้เป็นสัดส่วนเหมาะสมกับอวัยวะที่อยู่ในช่องท้อง จึงแบ่งเป็น

1. อาณาเขตของช่องท้อง เป็นส่วนหนึ่งของลำตัวขอบบนสุดอยู่ที่กะบังลม (Diaphragm) ขอบล่างสุดอยู่ที่ทวารหนัก ถ้ามองในรูปตัดขวางจะพบว่ากะบังลม (Diaphragm) เมื่อหายใจออกสุดๆ

แล้วจะอยู่ในระดับราวนมทางด้านหน้าหรือปลายของกระดูกสะบักทางด้านหลัง ขอบล่างสุดอยู่ที่ขอบล่างของก้นย้อย (Buttock line, Gluteal fold)

2. แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

ก. ด้านหน้า (Anterior abdomen) จะอยู่ในแนวของ Anterior axillary line ทั้ง 2 ข้าง ตั้งแต่ราวนมลงมาจนถึง Buttock (Gluteal) line แล้วแบ่งระดับออกเป็น 2 คือ ส่วนที่อยู่ในกระดูกชายโครงและส่วนที่เป็นท้อง โดยใช้แนวระนาบของสะดือเป็นตัวแบ่ง โดยที่ส่วนที่อยู่ในกระดูกซี่โครงมีส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้ชายโครง อีกส่วนหนึ่งไม่มีซี่โครงหุ้ม แต่จะพบอวัยวะในช่องท้อง ถ้าบาดแผลทะลุทะลวงเข้าท้องจะมีบาดเจ็บของอวัยวะ แต่ถ้าแผลถูกยิงจะพบการบาดเจ็บของอวัยวะหลายชิ้นหลายระดับ

ข. ด้านข้าง หรือส่วนสี่ข้างของท้อง (Flank) อยู่ระหว่าง Anterior กับ Posterior axillary line ขอบบนอยู่ระดับกะบังลม คือเส้นที่ลากจากหัวนมไปยังขอบของขอบล่างของกระดูกสะบัก (Inferior scapular angle) ประมาณที่จุด Intercostals space ที่ 6-7 ตัดกับ Mid scapular line ขอบล่างของอาณาเขตสี่ข้างคือ Iliac crest จะเห็นว่ามีโครงกระดูกเป็นเกราะป้องกันทั้งบนและล่าง มีกล้ามเนื้อหนาซ้อนกัน 3 ชั้น มีแกนป้องกันอีกชั้นหนึ่งนอกร่างกาย ถ้าแผลถูกแทงการบาดเจ็บมักจะเป็นที่อวัยวะชั้นเดียวแต่ถูกยิงจะเกิดแผลขึ้นหลายแห่ง

ค. ส่วนหลัง (Back) อยู่ระหว่าง Posterior axillary line ทั้ง 2 ข้าง ขอบบนอยู่ขอบล่างของ Inferior scapular angle ขอบล่างอยู่ที่ Iliac crest มีส่วนต่างๆ ของกล้ามเนื้อกระดูกมาเป็นเกราะป้องกันหน้าแข็งแรง ถ้าแผลถูกแทงการบาดเจ็บมักเกิดที่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ถ้าถูกยิงการบาดเจ็บจะเกิดกับอวัยวะหลายชิ้น และซับซ้อน

พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บช่องท้อง (Pathophysiology of abdominal trauma)

ถ้าพิจารณาถึงพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ในการบาดเจ็บทั่วไป ส่วนใหญ่จะมีองค์ประกอบ 4 ข้อในตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ในองค์ประกอบดังกล่าวจะแสดงออกมาเล็กน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ซึ่งต้องนำความรู้ด้านกายวิภาค สรีรวิทยา พยาธิวิทยา มาเป็นองค์ประกอบและตามมาด้วยผลของการบาดเจ็บที่มีต่อร่างกายและชีวิต องค์ประกอบของการบาดเจ็บก็คือ

1. ความเจ็บปวด (Pain) จะเกิดได้ตั้งแต่ผิวหนังกล้ามเนื้อลงไปถึงอวัยวะ พอจะแบ่งเป็น Somatic pain กับ Visceral pain เป็นการกระตุ้นได้ทั้งทางกายภาพ (Physical stimulation) และการกระตุ้นทางเคมี (Chemical stimulation) อย่างไรก็ตาม ในด้าน Somatic pain บางครั้งอาจไม่แสดงออกเนื่องจากความเครียดตกใจ ซึ่งพบได้ประมาณ 1/3 ของผู้บาดเจ็บ แต่ในด้าน Visceral pain จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น บางรายเกิดอาการมากจนมีภาวะ Neurogenic shock ได้

เนื่องจากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Vago-vagal reflex) อาการเจ็บปวดจะแสดงออกเป็นจุด แน่น หายใจไม่ออก ถ้าเกิดจาก Chemical substance ระยะเวลา อาการปวดจะขึ้นกับ

ก. Acid irritation จากน้ำในกระเพาะมี HCl ออกมา มีอาการปวดเช่นเดียวกับ peptic perforation

ข. ปวดในระยะต้นเล็กน้อยและทวีปวดมากขึ้นตามลำดับ ค่อยเป็นค่อยไป รุนแรงเพิ่มขึ้นมักจะเป็น Pancreatic juice ที่เล็ดลอดออกมาเล็กน้อยคงอาการตลอดเวลา

ค. ปวดและแน่นท้องพร้อมๆ กับท้องอืดมากขึ้นหลัง 4 ชั่วโมงไปแล้ว มักจะเกิดจาก Peritonitis จาก Infection ที่มาจากลำไส้แตกทะลุ

ง. ปวดอืดหน่วงๆ อาการ Peritonitis ไม่ชัดมักจะเกิดจากการกระตุ้น ระบายเคืองจากเลือด น้ำดี น้ำปัสสาวะ

จ. การปวดกล้ามเนื้อจากการปวดเจ็บมักจะปวดเมื่อเหยียด ยืด กล้ามเนื้อ ถ้าหย่อนกล้ามเนื้ออาการปวดทุเลา ผู้บาดเจ็บช่องท้องมักจะนอน “งอโค้งอชิง” “นอนชันเข่า” เป็นลักษณะที่เป็นข้อสังเกตเมื่อบาดเจ็บมักจะนอนในท่าดังกล่าว

2. เลือดออก (Bleeding) การบาดเจ็บช่องท้องต้องพิจารณาเลือดออกเป็น 2 แนวทางด้วยกัน

2.1 จำนวนเลือดและระยะเวลาที่ออก จะมีส่วนนำไปสู่ภาวะ Shock ระดับต่างๆ ถ้าออกจำนวนมากเกินร้อยละ 15-20 ของเลือดในร่างกาย ระยะเวลาที่เลือดออก ถ้าค่อยๆ ออกซึมตลอดก็ใช้เวลานานพอควรที่จะบอกว่า Shock เพราะร่างกายปรับตัว การตรวจจะหา Hematocrit และ Hemoglobin เป็นระยะมาเป็นมาตรฐานการเสียเลือดเรื้อรังก็จะช่วยวินิจฉัยว่ามีการเสียเลือดได้เนื่องจากร่างกายมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา

2.2 ตำแหน่งและทิศทางที่เลือดออก ถ้าเราตรวจดูอวัยวะในช่องท้องจะพบด้วยสายตาว่ามีอวัยวะเป็นก้อนและอวัยวะกลวง แต่ถ้าตัดเนื้อเยื่อไปส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ก็พอจะประมวลได้ว่านอกจากม้ามและต่อมเหนือไต (Adrenal gland) แล้ว อวัยวะในช่องท้องกลวงติดต่อกันในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร (Alimentary tract) ระบบสืบพันธุ์ (Reproductive tract) ยกเว้นรังไข่ (Ovary) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ (Urinary tract) อวัยวะเหล่านี้ประกอบด้วย

ก. เปลือกหุ้ม ที่มีส่วนติดต่อกับ Peritoneal cavity

ข. เนื้อเยื่อ (Interstitial tissue)

ค. ท่อ (Lumen)

ดังนั้นกรณีใดที่บาดเจ็บเลือดออก เลือดที่ออกจะออกในทิศทางต่างๆ ดังนี้

ก. ออกอยู่ในช่องท้องระหว่างเยื่อช่องท้อง (Intraperitoneal bleeding)

ข. ออกมาข้างใต้เปลือกหุ้ม ก็เกิดก้อนเลือดขึ้นเป็น Subcapsular hematoma, Retroperitoneal hematoma หรืออาจแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อเป็น Intramural hematoma ก็ได้ ก้อนเลือดนี้จะโตขึ้นเบียดอวัยวะในช่องท้องหรือมีก้อน (Mass) เกิดขึ้นในช่องท้องเกิดภาวะอุดตัน (Obstruction) ของระบบนั้นได้

ค. ไหลออกทางท่อแล้วมารวมกันในลำไส้ภาวะนี้จะมีเลือดในท่อ เป็น Upper GI bleeding ,lower GI bleeding, Hemobilia hematuria ฯลฯ

ง. อาจออกพร้อมกันเป็นคู่ๆ หรือทั้ง 3 ทิศทางก็ได้

3. รูปร่างผิดไป-ผิดรูป (Deformity) จะมากขึ้นกับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

4. หน้าที่เสื่อมชำรุด (Dysfunction) ต้องเข้าใจหน้าที่ขั้นพื้นฐานว่าอวัยวะต่างๆ ที่มีอยู่ในร่างกายมีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน หน้าที่ขั้นพื้นฐานที่สำคัญควรจะรู้ เช่น ผนังท้องนอกจากมีหน้าที่เคลื่อนไหวแล้วยังเป็นอวัยวะที่ห่อหุ้มอวัยวะภายในช่องท้อง ถ้าผนังท้องฉีกขาดไหว อวัยวะก็จะไหลออกตามช่องที่เกิดขึ้น ลำไส้เก็บน้ำย่อยซึ่งมีฤทธิ์ทั้งกรดและด่าง เก็บอาหาร กากอาหาร มีเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) อยู่ในลำไส้ เมื่อน้ำย่อยออกมา กรดและด่างก็รบกวนเยื่อผนังท้อง (Peritoneum) เกิดอาการรบกวน (Peritonism) หรืออักเสบ (Peritonitis) ได้ช้าเร็วขึ้นกับ pH ของสารเคมีหรือน้ำย่อย กากอาหารออกมาช่องท้องก็รบกวนช่องท้อง เชื้อแบคทีเรียที่อยู่อย่างสงบในลำไส้ เมื่อมาอยู่ในช่องท้องมีเลือดมีน้ำย่อยก็เจริญเติบโต ปล่อยทิ้งกาก Endotoxin Exotoxin ในช่องท้อง เป็นการติดเชื้อในช่องท้อง (Peritonitis) ลำไส้ กระเพาะมีลมอยู่ เมื่อแตกทะลุลมก็รั่วออกมาช่องท้อง ลมเบาก็จะลอยขึ้นเบี่ยงสูงไปอยู่ใต้กะบังลม

ปรากฏการณ์ทั้ง 4 นี้ พบในการบาดเจ็บของช่องท้องไม่ว่าจะเกิดจากการทะลุทะลวง หรือถูกกระแทกชนทับ การบาดเจ็บของอวัยวะก็ผันแปรไปตามเหตุผลของการบาดเจ็บและแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ สำหรับบาดแผลที่ทะลุทะลวงนั้น (Penetrating injuries) จะเห็นร่องรอยของบาดแผลที่ผิดรูปชัดเจนที่บริเวณผนังด้านต่างๆ ของช่องท้อง บางครั้งจะพบวัตถุที่ทะลุทะลวงเข้าช่องท้อง ปักคาอยู่ อาการเจ็บปวด เลือดออกเห็นชัดเจนรวมทั้งอาจพบอวัยวะช่องท้องออกมา ทำให้การตื่นตัวในการตรวจค้นหา เพื่อวินิจฉัยโรคหรือการบาดเจ็บจะเร็วขึ้นจากความรู้สึก ภาพที่เห็นที่ทำให้ผู้บาดเจ็บ ญาติ แพทย์ ใช้เวลาไม่มากนักในการดูแลรักษา ช่วยเหลือ จึงพบสถิติที่บาดเจ็บทะลุทะลวงของช่องท้องมี Morbidity และ Mortality น้อยกว่า Blunt injuries พยาธิสภาพที่เกิดการบาดเจ็บช่องท้อง เกิดอาการและอาการตรวจพบขึ้น 4 ระยะคือ

1. ระยะที่เกิดทันที (Sudden manifestation)

1.1 ภาวะของเลือดออก เลือดที่ออกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายมากขึ้นกับจำนวนเลือดที่ออก ถ้าผู้บาดเจ็บเลือดออกมากเสียเลือดมาก ก็จะตกอยู่ในภาวะ Shock ที่จะต้อง

ให้การช่วยเหลือรีบด่วน ตามแนวทางต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยชั้นวิกฤติ สิ่งที่สำคัญที่เสริมให้เกิดภาวะเสียเลือดมากขึ้นคือ มีการบาดเจ็บหลายส่วน หลายระบบหลายอวัยวะ

1.2 ภาวะการปวดท้องเป็น Acute abdomen เกิดจาก Chemical peritonitis ซึ่งเป็น Gastric juice, Duodenal content, Pancreatic juice ซึ่งมี pH แตกต่างจากปกติมาก การระคายเคืองต่อ Peritoneum มาก ถ้ากระตุ้นด้วยสัมผัสจะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง (Spasm) เรียก Peritonism ถ้าเกิดระคายเคืองตลอดเวลากล้ามเนื้อแข็งเกร็งตลอดเรียก Peritonitis เป็น Reflex ที่สำคัญ

2. ระยะหลัง 4-6 ชั่วโมงไปแล้ว

2.1 ภาวะของ Bleeding มากขึ้น ท้องอืดมากขึ้น

2.2 ภาวะ Peritonitis จาก Infection ที่รั่วไหลออกมาจากลำไส้ใหญ่ ถ้าเกิดจาก Rectum แตก อาการ Peritonitis จะเร็วขึ้น Urine bile จะเกิดอาการช้ากว่าเนื่องจาก pH ใกล้เคียงกับ Peritoneal fluid

3. ระยะเกิน 24 ชั่วโมงไป มักจะพบ

3.1 เป็นก้อน (Abdominal mass) เช่น คลำตับโตขึ้น ก้อนที่โตจาก Pancreas, Duodenum หรือก้อนที่เต็นไปตามจังหวัดของหัวใจ

3.2 Gut obstruction จากก้อนไปอุดตัน

3.3 Secondary bleeding ผนังลำไส้ที่ฉีกขาดต่อมา Mucosa เกิด Erosion มี Gastrointestinal bleeding, Subcapsular hematoma ที่โตขึ้นและแตกเข้า Peritoneal cavity

3.4 Peritonitis จากการทะลุภายหลังของลำไส้เล็ก ของถุงน้ำดี กระเพาะปัสสาวะ

4. ผลการแทรกซ้อนที่ตามมาภายหลัง (Late complication) จาก Diaphragmatic hernia, Abdominal wall hernia, Fistula (Vesico-vaginal fistula) blood vessels fistula, Aneurysm ฯลฯ

การบาดเจ็บที่มีแผลทะลุเข้าช่องท้อง

การวินิจฉัยบาดเจ็บซึ่งเกิดจากถูกแทงทะลุเข้าในช่องท้องนั้นไม่ค่อยยุ่งยากนัก ได้มีการกำหนดหลักดำเนินการทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษาไว้ 3 ประการ คือ

1. การสำรวจบาดแผลที่ถูกแทง
2. การเลือกรักษาโดยการไม่ผ่าตัด
3. ผ่าตัดสำรวจช่องท้อง

1. การสำรวจบาดแผล ควรทำเสมอในรายที่ไม่แน่ใจว่าบาดแผลนั้นทะลุเข้าไปในช่องท้องหรือไม่ และวิธีการก็ง่ายโดยฉีดยาและเปิดตามรอยแผลเข้าไป ก็จะมีวิธีถึงวิธีและความลึกของบาดแผลนั้น ถ้าไม่เข้าในช่องท้องก็ใส่ท่อระบายไว้ในแผลแล้วเย็บแผลปิด แต่ควรเฝ้าดูอาการ

ผู้ป่วยต่อไป ห้ามทำการหยั่งแผลเฉยๆ (Wound probing) เพราะไม่รู้วิธีและผลไม่แน่นอน แพทย์อาจทำทะลุเข้าไปในช่องท้องเองก็ได้ ถ้าเป็นแผลที่หลังบางรายก็แนะนำให้ทำได้ บาดแผลซึ่งทะลุเข้าภายในทรวงอกด้านล่างอาจทะลุเข้าไปในช่องท้องด้วย ทั้งนี้ขึ้นกับการเคลื่อนไหวของกระบังลม ดังนั้นในรายเช่นนี้ควรทำผ่าตัดสำรวจช่องท้อง แต่ก่อนที่จะทำการ Drain chest ข้างนั้นก่อนเสมอ แม้ว่าจะไม่เห็นว่ามีลมรั่วหรือเลือดออกในช่องปอดจากเอ็กซเรย์ก็ตาม การ Drain chest ก่อนจะเป็นการลดอันตรายจาก Tension pneumothorax ซึ่งจะเกิดขึ้นขณะดมยาสลบและผ่าตัด

การยืนยันว่าบาดแผลนั้นทะลุเข้าไปในช่องท้อง อาจทำได้โดยฉีดสารทึบแสงเอ็กซเรย์ ประมาณ 50-100 มล. เข้าไปทางท่ออย่างซึ่งสอดเข้าไปในแผลและเย็บปิดปากแผลให้แน่น ถ่ายเอ็กซเรย์ในท่า Antero-posterior, lateral และ Oblique ถ้ามีสารทึบแสดงว่าปรากฏในช่องท้องก็เป็นข้อบ่งชี้ว่าบาดแผลนั้นทะลุเข้าไปในช่องท้อง ต้องนำผู้ป่วยไปผ่าตัด แต่เทคนิคนี้มีข้อเสียบ้าง เช่น เป็นอันตรายถ้าผู้ป่วยแพ้สารทึบแสงเอ็กซเรย์ การฉีดเข้าไปทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก อาจกำบังอาการอื่นๆ อุบัติการณ์ False positive หรือ False negative ก็มีประมาณ 15-25 % นอกจากนี้เทคนิคนี้ไม่เหมาะสมในทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ถูกแทงหลายๆ แผล

2. การเลือกรักษาโดยการไม่ผ่าตัด การรักษาโดยวิธีนี้กระทำในผู้ป่วยบางรายที่ถูกแทงที่ท้อง แต่ไม่มีลักษณะบ่งชี้ว่ามีการบาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้องเลย เช่น ไม่มีเลือดออกจากรูทางเดินอาหารทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ไม่มีลมหรือเลือดในช่องท้อง ไม่มีอาการและสิ่งตรวจพบว่าการระคายต่อเยื่อช่องท้อง ชีพจรและความดันปกติ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องรับไว้สังเกตอาการโดยใกล้ชิดในโรงพยาบาล และตรวจซ้ำหลายๆ ครั้ง โดยแพทย์คนเดียวหรือทีมเดียว ถ้าสภาพเลวลงหรือปรากฏการเปลี่ยนแปลงที่แสดงว่ามีบาดเจ็บต่ออวัยวะในช่องท้องต้องรีบนำไปผ่าตัดทันที ผู้ไม่เห็นด้วยกับการรักษาวิธีนี้ให้เหตุผลว่า

ก. บางครั้งอาจตรวจพบลักษณะการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยในระยะแรก ทั้งที่มีบาดเจ็บรุนแรงต่ออวัยวะภายใน

ข. กว่าจะนำผู้ป่วยไปผ่าตัดก็มักมีการอักเสบติดเชื้อในช่องท้องแล้ว ซึ่งอาจเกิดอันตรายได้

ค. แม้ว่าผ่าตัดตั้งแต่แรกแล้วไม่พบบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง ก็ไม่ทำให้เกิดอันตรายใดๆ ต่อผู้ป่วย เพราะปัจจุบันการดมยาสลบและการผ่าตัดประเภทนี้มีอันตรายน้อยมาก การรักษาโดยไม่ผ่าตัดเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพอื่นร่วมด้วยอันอาจเกิดอันตรายจากการผ่าตัด และยังไม่เห็นหลักฐานแสดงว่าอวัยวะภายในช่องท้องได้รับบาดเจ็บเด่นชัดนัก

3. การผ่าตัดสำรวจช่องท้อง เมื่อปรากฏหลักฐานเป็นที่แน่ชัดว่าบาดแผลนั้นทะลุเข้าไปในช่องท้องและมีบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง ต้องนำผู้ป่วยไปผ่าตัดทันที

ผู้ป่วยที่ถูกยิงเข้าช่องท้องจำเป็นต้องทำผ่าตัดสำรวจช่องท้องทุกราย ห้ามมิให้เลือกการรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด รวมทั้งการตรวจแผลด้วยสารทึบแสงเอ็กซเรย์ หรือสำรวจความลึกของบาดแผลอย่างเด็ดขาด ถ้าสภาพของผู้ป่วยอำนวยควรเอ็กซเรย์ท้องในท่า Antero-posterior และ Lateral เพื่อเป็นแนวทางบอกวิถีกระสุนและอวัยวะที่น่าจะได้รับบาดเจ็บ ต้องทำ Resuscitation คนไข้ทันที และนำเข้าผ่าตัดด่วน ควรเลือกผ่าแผลยาวตามแนวตั้งตรงกลางท้องโดยเหตุผลว่า

1. ทำได้เร็วกว่าแผลผ่าตัดอื่นๆ เพราะต้องรีบเข้าไปห้ามเลือดซึ่งกำลังไหลอยู่
2. แผลผ่าตัดนี้สามารถขยายให้กว้างทำให้เข้าถึงทุกส่วนของช่องท้อง
3. อาจขยายแผลเข้าไปในทรวงอกได้ถ้าต้องการ
4. เวลาเย็บปิดทำได้เร็ว เป็นการลดเวลาดมยาและผ่าตัดลงในผู้ป่วยอาการหนัก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทางเลือกวิธีผ่าตัดของศัลยแพทย์

1. Shock ภาวะช็อคทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือดบริเวณของ Mesentery เพื่อตอบสนองการลดลงของความดันโลหิต ดังนั้นจึงมีการเลี้ยงสูงของการรั่ว หลังจากมีการตัดต่อลำไส้ และจากการศึกษาภาวะช็อคมีความสัมพันธ์กับการเกิด Multiple organ failure ร่วมกับภาวะ Sepsis
2. Fecal contamination การพบอุจจาระกระจายมาในช่องท้องมักจะเกิด Abscess formation และภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลัง
3. Delayed interval ศัลยแพทย์ทุกๆ ไปถือว่า Golden period อยู่ในระหว่าง 6-8 ชั่วโมง หลังได้รับการบาดเจ็บ
4. Blood transfusion การได้เลือดจำนวนมากก็บ่งบอกถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บ อย่างหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยได้รับเลือด 0-4 ยูนิต อาจมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยรับได้ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับเกิน 5 ยูนิต หรือเสียเลือดมากกว่า 1,000 ml อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 70-80
5. Multiple injuries จากการศึกษานของ Moore ได้คิดค้น Penetrating abdominal trauma index (PATI) ในการช่วยประเมินอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บหลายแห่ง โดยที่มี Colon และ Pancreas มีปัจจัยเสี่ยงสูงสุดเท่ากับ 5 คุณด้วยความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Abbreviated injury score, AIS) ซึ่งรุนแรงน้อยมี Score เท่ากับ 1, รุนแรงมากมี Score เท่ากับ 5 ถ้าพบว่า PATI>25 มักจะมี อัตราตายและอัตราพิการค่อนข้างสูง

การพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัด (ชอลดา พันธุ์เสนา, 2544) มีดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
2. ดูแลการทำงานของเครื่องดูดเป็นระยะๆ (Intermittent suction) ของสายยางทางจมูก เข้าสู่กระเพาะอาหาร แพทย์อาจให้ล้างสายยางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหาร โดยการใส่น้ำเกลือ (Normal saline) ประมาณ 20-30 ซีซี. ทุก 4 ชั่วโมง สังเกต Content จากกระเพาะอาหาร
3. ดูแลการทำงานของสายยางหรือท่อระบายจากแผลผ่าตัดและสังเกตสิ่งคัดหลั่ง
4. ดูแลสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดและทำแผลตามแผนการรักษา
5. สังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย
6. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ
7. ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด
9. ให้อาหารแก้ปวดตามแผนการรักษา
10. จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง (เมื่อผู้ป่วยพ้นจากยาสลบแล้ว) กระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ พลิกตะแคงตัวและลุกจากเตียง (Early ambulation)
11. ประเมินการทำงานของลำไส้ (ฟัง Bowel sound)
12. ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และกระเพาะอาหารและลำไส้เริ่มทำงาน แพทย์จะเริ่มให้อาหารเหลวใส อาหารเหลว และอาหารอ่อน ตามลำดับ โดยอาจให้ทางสายยางก่อน เพื่อสังเกตอาการ Dumping syndrome (แพทย์จะเริ่มให้อาหารทางปาก โดยให้จิบน้ำเปล่าประมาณ 30 ซีซี. ถ้ากระเพาะอาหารและลำไส้ทำงาน จะให้เอาสายยางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารออก และเริ่มให้อาหารอ่อนครั้งละน้อยๆ 5-6 มื้อต่อวัน)

การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ซึ่งคำแนะนำเมื่อกลับบ้านที่สำคัญ คือ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของโปรตีนและไขมันสูง แต่คาร์โบไฮเดรตต่ำ เนื่องจากคาร์โบไฮเดรตจะย่อยในกระเพาะอาหารและลงสู่ลำไส้ได้เร็ว ทำให้เพิ่มปริมาณและความเข้มข้นของอาหารในลำไส้เร็ว และควรเพิ่มอาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่ให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะวิตามินบี 12 และเหล็ก และควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ ประมาณ 5-6 มื้อต่อวันในระยะแรก หลังจากนั้นประมาณ 3 เดือนผู้ป่วยบางรายอาจรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่บางรายอาจต้องใช้เวลาประมาณ 1 ปี จึงจะเป็นไปตามปกติ นอกจากนี้ให้คำแนะนำเช่นเดียวกับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดชนิดอื่นๆ เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้ถ้าปราศจากครอบครัวที่ดี ในอดีตมีการเพ่งเล็งไปที่ตัวปัจเจกบุคคลมากกว่าที่จะมองบุคคลและครอบครัวร่วมกัน ปัจจุบันมีการเห็นความสำคัญของครอบครัวมากขึ้น มีการมองบุคคลในบริบท (Individual in his context) ไม่ใช่บุคคลเพียงลำพัง เนื่องจากบริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว ในปัจจุบันครอบครัวจึงกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็นการฟื้นฟูทางสังคมหรือทางการแพทย์ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่นๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) สมาชิกของครอบครัวนอกจากผูกพันกันโดยความรักใคร่แล้ว ยังมีความซื่อสัตย์ การดูแลซึ่งกันและกัน การไว้วางใจกัน และมีความสามารถที่จะปรับโครงสร้างพื้นฐานของครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัว (Hickey, 1993) ครอบครัวจัดเป็นสถาบันสังคมที่มีผลอย่างมากต่อสมาชิกของครอบครัว มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายถึงความล้มเหลวหรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Friedman, 1986)

The United States Bureau of the Census (1988) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้คำนิยามคำว่า ครอบครัว (Family) เป็น “กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์โดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ลักษณะครัวเรือนที่นอกเหนือไปจากนี้ถือว่าไม่ใช่ครอบครัว” (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2534)

Burgess (Cited in Friedman, 1986) ได้ให้นิยามของครอบครัวไว้ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่รวมกันด้วยความผูกพัน และมีความเกี่ยวพันกันโดยการสมรส สายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย
2. สมาชิกของครอบครัวจะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน
3. สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัวในสังคม เช่น บทบาทสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อกันตามสถานภาพของตนในครอบครัว
4. ครอบครัวจะมีการเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ได้รับจากสังคมมาอยู่ในรูปแบบลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ให้นิยามของครอบครัว (วันเพ็ญ ปิ่นราช, 2532) ในเชิงสาขาสหวิทยาการว่า

- 1) ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันทางสายโลหิต
- 2) ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน แม้ว่าจะอาศัยอยู่ต่างที่กัน
- 3) ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกสิ่งซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยไม่จำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน
- 4) ทางกฎหมายหรือทางนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

ความหมายของครอบครัวจะมีผู้ให้ความหมายคล้ายคลึงกันคือ หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์โดยการสมรส การสืบสายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย มักอาศัยในบ้านเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และใส่ใจทุกข์สุขของกันและกัน มีความรักใคร่และผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น มีบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมให้ความหมาย

สำหรับประเทศไทย รัฐก็ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของครอบครัว ดังปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ว่า การเสริมสร้างความมั่นคงของสถาบันครอบครัว เป็นการพัฒนาคุณภาพของประชากร ซึ่งจะส่งผลให้การพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน (อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543)

ประเภทของครอบครัว

ครอบครัวอาจถูกจำแนกตามลักษณะของโครงสร้างของครอบครัว ตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้ดังนี้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2537)

1. จำแนกตามโครงสร้างของครอบครัว โดยพิจารณาประเภทของสมาชิก ได้แก่
 - 1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร ซึ่งในกรณีที่มีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygamy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรณานั้นพร้อมบุตร
 - 1.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวรวมญาติทั้งด้านสามีหรือภรรยาที่ร่วมอยู่ในครอบครัวด้วย
2. จำแนกตามที่อยู่อาศัยของคู่สมรส ได้แก่
 - 2.1 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายชาย (Patrilocal family)

2.2 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายหญิง (Matrilocal family)

2.3 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก (Neolocal family)

3. จำแนกตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ได้แก่

3.1 ครอบครัวที่บิดาหรือสามีเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชนชาวจีน (Patrilocal family)

3.2 ครอบครัวที่มารดาหรือภรรยาเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชาวเอสกิโมบางเผ่า (Matrilocal family)

3.3 ครอบครัวที่มีสามีและภรรยามีความเป็นใหญ่เท่าเทียมกันหรือเสมอภาคกัน (Equalitarian family)

4. จำแนกตามความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่

4.1 การสืบสายโลหิตทางฝ่ายบิดา บุตรที่เกิดมาต้องเป็นสมาชิกฝ่ายบิดา และต้องใช้นามสกุลฝ่ายบิดา (Patrilineal family)

4.2 การสืบสายโลหิตฝ่ายมารดา บุตรที่เกิดมาต้องเป็นสมาชิกฝ่ายมารดา และต้องใช้นามสกุลฝ่ายมารดา (Matrilocal family)

หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัวหรือกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวต้องร่วมกันปฏิบัติเพื่อความคงอยู่ของครอบครัวและเกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวมี 7 ประการ คือ (อุไรพร พงศ์พัฒน์วณิช, 2532)

1. การดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว โดยการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางชีวภาพและทางอารมณ์ โดยการจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้เพียงพอตามสถานภาพของบุคคล และการให้ความรักความสนใจเอาใจใส่ต่อความต้องการทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งหาทางตอบสนองตามสมควร

2. การสั่งสอน อบรม และให้การศึกษาแก่สมาชิกผู้เยาว์ โดยการให้คำแนะนำสั่งสอนแก่สมาชิกให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบของตน ให้รู้จักระเบียบปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในครอบครัว สนับสนุนในการพัฒนาและช่วยเหลือในการเรียนรู้และฝึกทักษะ ซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

3. การสืบเชื้อสายคือหน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่ ซึ่งอาจจะโดยการแต่งงาน มีบุตรหลาน หรือการรับบุตรบุญธรรมเพื่อให้มีการสืบเชื้อสายอย่างต่อเนื่อง และในขณะเดียวกันครอบครัวจะต้องเลี้ยงดูบุตรหรือสมาชิกใหม่นั้นให้มีคุณภาพ เพื่อทำประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคมสืบไป

4. การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจด้วยการประกอบอาชีพและหารายได้ด้วยวิธีการสุจริต ใช้จ่ายทรัพย์สินที่หามาได้ด้วยความประหยัด เก็บออมทรัพย์สินที่มีอยู่ให้ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจเป็นปึกแผ่นมั่นคงและมีใช้เมื่อคราวจำเป็น

5. การสร้างสถานภาพทางสังคมให้แก่สมาชิก โดยการนำสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสู่สังคมที่ครอบครัวนั้นสมาคมอยู่ พร้อมทั้งให้แรงเสริม ให้กำลังใจ ฝึกฝนอบรมสมาชิกของครอบครัวให้มีความกระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะของตนให้สูงขึ้น สนับสนุนสมาชิกของตนให้มีเกียรติเป็นที่ยอมรับในสังคม

6. การควบคุมทางสังคม ได้แก่ การดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ ให้การยกย่องชมเชยเมื่อสมาชิกปฏิบัติได้ถูกต้อง และช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการลงโทษตามสมควร

7. หน้าที่ทางศาสนา ครอบครัวจะต้องชักจูงให้สมาชิกยึดมั่นทางศาสนาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต บิดามารดาจะต้องนับถือศาสนาทั้งกาย วาจา และใจ และถือปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาให้บุตรหลานเห็นเป็นตัวอย่าง

หน้าที่เหล่านี้เป็นหน้าที่หลักที่ครอบครัวทุกครอบครัวพึงปฏิบัติและมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

3. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

ความเครียดและความวิตกกังวล ทั้งสองคำมีความแตกต่างกันตามแนวคิดของลาซารัส (Lazarus, 1966 cited in Spielberger & Diaz-Guerrero, 1976) โดยแนวคิดของลาซารัสจะมองภาวะเครียดในความหมายที่หมายถึงเหตุการณ์หรือสภาวะที่กระตุ้นหรือก่อให้เกิดอันตราย และจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ส่วนความวิตกกังวลจะเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดที่มากระตุ้น

คำว่า ความวิตกกังวล ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า "anxiety" เป็นคำที่มาจากภาษาลาติน คือ คำว่า "anxius" ซึ่งได้พบว่าเริ่มใช้ในภาษาลาตินตั้งแต่ปี ค.ศ.1525 เมื่อศึกษาจากการแยกคำ คำว่า "anx" ในภาษาลาตินมาจากคำว่า "angere" ในภาษาลาตินเช่นเดียวกัน ซึ่งแปลว่า หายใจไม่ออก อึดอัด หรือถูกบีบรัด ดังนั้นคำว่า "anxius" จึงหมายถึง ความรู้สึกอึดอัด เป็นสภาวะที่ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ และรู้สึกว่าจะอยู่ในอันตราย ซึ่งเป็นภาวะที่มนุษย์เคยมีประสบการณ์ทุกคน (Lewis, 1970 cited in Beek et al., 1986)

ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger (1976) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียดหวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

Paplaou (1989 cited in Thelander, 1997) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากไม่ได้พบกับสิ่งที่คาดหวังไว้ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเพื่อที่จะลดความวิตกกังวลซึ่งสามารถสังเกตเห็น อธิบายและเข้าใจได้

Vacarolis (1998) ให้ความเห็นว่า ความวิตกกังวล คือ การตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ยุ่งยากใจ ไม่แน่นอนและรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งคุกคามตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการรับรู้โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงก็ได้

Taylor & Arnou (1988 cited in Potinkara & Paunonen, 1996) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน

จากความหมายดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด ตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวล ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลไม่สามารถบอกได้แน่ชัด ความวิตกกังวลอาจเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996)

1. สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
2. สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

ลินน์ (Linn, 1980) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

1. ความไม่สุขสบายหรือการที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองหรือทำให้ไม่พึงพอใจ

2. พัฒนาการ การพัฒนาการในช่วงวัยต่างๆ จะทำให้บุคคลเผชิญกับความรู้สึกแยกจาก (Separate) ทำให้บุคคลรู้สึกวิตกกังวล นอกจากนี้การพัฒนาการจะทำให้พบกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามเป็นอันตราย (Freud, 1962 cited in Gomez, Gomez & Otto, 1984) เช่น ในระยะพัฒนาการในวัยเด็กจะเกิดความรู้สึกกลัวการสูญเสียมารดา การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากพัฒนาการในวัยต่างๆ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่บุคคลได้

3. การต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น การเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การต้องเข้ารับการผ่าตัด บุคคลจะเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่ออาการที่แสดงออกมา ความบกพร่องของอวัยวะในร่างกาย นอกจากนี้ถ้าแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการแก้ปัญหาไม่มีเพียงพอ บุคคลจะรับรู้ถึงสัญญาณอันตราย และรับรู้ว่าการณ์นั้นมีความหมายต่อตนเอง เกิดการเตรียมที่จะสู้หรือหนี (Fight or flight) ถ้าเหตุการณ์ที่คุกคามนั้นยังคงอยู่เป็นระยะเวลาอันยาวนาน ความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น บุคคลต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

4. การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดความวิตกกังวลขึ้น เช่น การแต่งงาน การมีบุตร การหย่าร้าง เป็นต้น

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996; Lee, 1998)

1. ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ คนที่มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยนี้จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัว (Alert) มากขึ้นว่าควรจะทำอะไรต่อไปในทางที่ดีขึ้น บุคคลจะมีการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้นเมื่อมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือมีความระแวดระวัง ตื่นตัว การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจดีขึ้นกว่าเดิม รับรู้ว่าเป็นเหตุความวิตกกังวลได้อย่างง่ายดาย

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่แต่การรับรู้จะแคบลง บุคคลจะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไปและมุ่งเน้นความสำคัญไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวล เช่น นักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน อาจสามารถที่จะมีสมาธิในการอ่านหนังสือถึงแม้ว่าจะมีสิ่งแวดล้อมที่รบกวน เช่น เสียงเพลงที่ดังจากโทรทัศน์หรือเพื่อนร่วมห้องเดียวกัน พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้คือการมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าเดิม มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งความสนใจอยู่ จะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำขณะนั้น โดยจะใส่ใจกับสิ่งอื่นน้อยลง

3. ความวิตกกังวลในระดับสูง (Severe anxiety) การรับความรู้สึกจะลดลงเป็นอย่างมาก บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ ของเหตุการณ์ที่พบ

จะมีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆ ลดน้อยลง เกิดความตึงเครียด มีสมาธิลดลง ไม่สามารถจะทำตามคำแนะนำของบุคคลอื่นได้ เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่ เข้ามากระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก พฤติกรรมที่สังเกตได้คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจน้อยลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก จะสนใจเฉพาะรายละเอียดปลีกย่อย ของเหตุการณ์นั้น การสรุปความหรือลงความเห็นในเรื่องนั้นๆ ทำได้ไม่ดีเนื่องจากความสามารถในการ รวบรวมข้อมูลทำได้ไม่ดี อาจไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวล ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้น ทำให้ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น และมีการหลั่งเอปิเนฟริน (Epinephrine) เพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงได้

4. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Panic) การรับรู้จะหยุดชะงักลง ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถเริ่มต้นหรือกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ คือ อาจบอก ไม่ได้ว่าขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับตนเอง เกิดความรู้สึกงงงวยและรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ มักแสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ได้ผ่านการไตร่ตรอง และไม่มีจุดหมาย การติดต่อสื่อสารอาจไม่ชัดเจนหรือเข้าใจได้ยาก ชวนเฉื่อยง่าย อาจเดินเร็ว วิ่งหนี หรือต่อสู้อย่างรุนแรง

ในระดับ mild anxiety ประสาททั้งหลายจะมีความพร้อม มีผลให้บุคคลมีความตื่นตัวขึ้น มีความกระฉับกระเฉงว่องไว ทำให้มีการรับรู้และความจำดีขึ้น จึงเห็นได้ว่าความวิตกกังวลใน ระดับอ่อนนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล แต่เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงที่สุด จะ ทำให้การรับรู้แคบลงเรื่อยๆ ทั้งทำให้ความสามารถลดลง และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อ ตนเองและผู้อื่น

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวล ขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือ คุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระและพฤติกรรมที่โต้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็น ได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละ บุคคล

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ แปลความ และประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

Spielberger ได้ชี้ให้เห็นว่าความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิดมีความสัมพันธ์กัน คือ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล กระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งความวิตกกังวลแฝง จะทำหน้าที่ประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบ เมื่อประเมินได้ว่าสิ่งเร้าจะเข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามตนเอง จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพการณ์ดังกล่าวแสดงออกเป็นความวิตกกังวล บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

พฤติกรรมตอบสนองต่อความวิตกกังวล จะได้รับผลจากปัจจัยดังต่อไปนี้ (Varcarolis, 1998)

1. เพศ เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Domar, Everett, and Keller, 1989; Kindler, et al., 2000) โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนของต่อมหมวกไตต่างกัน

2. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวล ผู้ที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องมาจากมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่าทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่า จากการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kindler et al. (2000) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Domar, Everett, and Keiler (1989) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

3. การศึกษา จากการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยม สอดคล้องกับ Kindler et al. (2000) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำและไม่มีประกันชีวิตจะมีความวิตกกังวลสูง แต่จากการศึกษาของ Domar, Everett, and Keller (1989) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าผู้ที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน และในปัจจุบันประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Kindler et al. (2000) พบว่าผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ (Insurance coverage) จะมีความวิตกกังวลสูง

5. การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว (Suchman, Botelho, and Walker, 1998) ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้มากโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และพบว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดนั้นเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการครอบครัวมากกว่าที่เคยต้องการ (Robert, 1976 อ้างถึงในมารยาทเวชราเกียรติ, 2536)

จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด (Leske, 1995) ซึ่งช่วงเวลานี้เป็นช่วงที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด (Raliegh et al.; Silva, manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) ถ้าครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้คลายความวิตกกังวลได้แล้วก็จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้เองมีผลทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามมา เช่น คลื่นไส้ เป็นลม เกิดความรู้สึกสับสน ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) ไม่สามารถควบคุมความคิดได้ สมาธิลดลง และการให้เหตุผลไม่ถูกต้องเหมาะสม (Lee, 1998) ถ้าครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงมากเกินไปจะทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Reider, 1994) และไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้จับคู่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการผ่าตัดที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน และจับคู่ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม โดยจะต้องมีความสัมพันธ์ที่เหมือนกัน และอยู่ในช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

การเกิดความวิตกกังวลแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน (สุวณีย์ ตันติพัฒนานันต์, 2522: 122) ดังนี้

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ ที่เขามีต่อตัวเองถูกคุกคามทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ (Insecure) เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (Sense of Helplessness and Powerlessness)

4. เกิดความวิตกกังวลระวายนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า Anxiety
5. บุคคลทำการจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น
6. เกิดความรู้สึกอ่อนคลาคลายลง เกิดสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่

การตอบสนองต่อความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีการแสดงออกของระบบต่างๆ ของร่างกาย 3 ด้าน (दारारวรรณ ตีะปินตา, 2534; Whitmore, 1987) ดังนี้

1. การแสดงออกทางสรีระ เป็นลักษณะที่สังเกตได้ง่าย และผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะบ่นถึงอาการเหล่านี้ โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้ตระหนักว่าอาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการแสดงออกถึงความวิตกกังวลของตนเอง โดยลักษณะเหล่านี้อาจเกิดเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือบางลักษณะกับบุคคลเท่านั้น การแสดงออกทางสรีระนี้เป็นเตรียมพร้อมของร่างกายต่อการที่จะต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น กล้ามเนื้อตึงเครียด เช่น บริเวณท้อง ขา ศีรษะ ฯลฯ ปวดศีรษะ ปวดบัสสาวะ ท้องเสีย เป็นต้น

2. การแสดงออกทางด้านจิตวิทยา เป็นลักษณะที่รวมลักษณะไว้ 2 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และการคิด ที่แสดงออกเมื่อเกิดภาวะความวิตกกังวล

ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ในภาวะความวิตกกังวลก็เช่น รู้สึกตกใจเหมือนจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวจะต้องอยู่กับภาวะนี้ต่อไป หรือรู้สึกเหมือนกับว่าปัญหาจะมากขึ้นจนตนเองจะสู้ไม่ไหว ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม ส่วนความรู้สึกกระสับกระส่าย จุนเจียว หงุดหงิด ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นความรู้สึกตื่นตัวของบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น (Whitmore, 1987: 20)

ลักษณะการแสดงออกทางความคิดในภาวะความวิตกกังวล เช่น ความจำลดลง ความคิดไม่กว้าง หมกมุ่นความคิดอยู่กับเรื่องของตนเอง

3. การแสดงออกทางพฤติกรรม ดังเช่น หลีกหนีสถานการณ์หรือบุคคลที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ยับยั้งการแสดงพฤติกรรมบางอย่าง ทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ เช่น เดินไปมาหรือล้างมือบ่อยๆ ใช้น้ำ สุรา ฯลฯ เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับภาวะวิตกกังวล มีพฤติกรรมการระแวดระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้ 3 วิธี ดังนี้

1. ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดจะต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือติดตามการทำงานของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร เป็นต้น ซึ่งการวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากอาจแปลความหมายได้ไม่ตรง (Valid) เท่าที่ควร เพราะความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ นอกเหนือจากความวิตกกังวลได้เช่นกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน (Stuart & Sundeen, 1995)

2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของเกร์แฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม เป็นต้น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยื่นกอดอก

3. การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนรับรู้ แล้วนำมาประเมินระดับของความวิตกกังวล ที่นิยมใช้กันมากคือ

3.1 Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปี 1950 (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้คำตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้อย่างกว้างขวางในผู้ใหญ่ทั่วไป

3.2 Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1971 cited in Grimm, 1997) Anxiety Status Inventory นี้ตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบวัดคือ ASI และ SAS ทั้ง 2 แบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก อย่างไรก็ตามซุงรายงานว่าได้มีการศึกษาและใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้

3.3 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดยสปีดเบอร์เกอร์และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1977 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี 1983 แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายใน

นักเรียนระดับมัธยมปลาย นักเรียนระดับวิทยาลัย ผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยสูติกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ และยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1983 อ้างในคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) และจากการศึกษาของทั้ง Leske (1995, 1996) และ Bokinskie (1992) ก็นำแบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y ของ Spielberger มาใช้ในการวัดความวิตกกังวล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

3.4 มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (Visual Analog Scale: VAS) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด

ไม่มีความวิตกกังวล

มีความวิตกกังวลมากที่สุด

โดยให้ผู้ป่วยกากบาทตรงตำแหน่งบนเส้นที่แสดงถึงระดับความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดหวั่นตึงเครียด กังวลในขณะนั้น ซึ่งระดับความวิตกกังวลจะวัดจากปลายปิดทางซ้ายมือ เป็นเซนติเมตรถึงระดับที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ แบบวัดนี้ไวเจลแซง (Vogelsang, 1988 cited in Garberson, 1991) ได้หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ร่วมกับแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ State anxiety inventory (SAI) ของสปีลเบอร์เกอร์ ในผู้ป่วยหญิงก่อนผ่าตัดจำนวน 40 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = 0.84$) นอกจากนั้นประเทศไทย ภัสพร ขำวิชา (2534) และประภาศรี จีระยิ่งมงคล (2536) ได้หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญกับมาตรฐานวัดความวิตกกังวลของไวเจลแซง พบว่ามีค่าเท่ากับ .73 และ .83 ตามลำดับ

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เลือกใช้การประเมินทางด้านจิตใจ โดยประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของครอบครัวผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน

การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในปัจจุบันมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยในการรับรู้และการแก้ปัญหา (Reider, 1994) การปรับตัวและการให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (ช่อลดา

พันธุเสนา, 2536) และความวิตกกังวลมักเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในการให้การพยาบาลดูแลครอบครัวผู้ป่วย (Halm, 1990)

การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยซึ่งประกอบไปด้วย บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง รวมถึงผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างสูง (Halm, 1990; Reider, 1994) พบว่าการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด (Kathol, 1984; Silva, Manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) ซึ่งช่วงเวลานี้เป็นช่วงที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย (Raliegh et al.,; Siva, Manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) โดยความวิตกกังวลนี้เกิดจากความกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Hodak, Gallo & Morton, 1998) ความไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (Halm, 1990; Teslani-Dufour, Ghappel-Aiken & Gueldner, 1992) การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) ความวิตกกังวลกับสิ่งแวดล้อม (Halm, 1990) การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอยร่วมกับการที่พยาบาลมุ่งให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสนใจครอบครัวผู้ป่วย ปัจจัยดังกล่าวนับเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย (Halm and Alpen, 1993) แม้ว่าระยะเวลาการรอคอยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ แต่ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้คลายความวิตกกังวลได้ก็จะก่อให้เกิดการสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ได้ หรือเรียกว่าภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งในภาวะนี้เองมีผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อารเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายตามมา เช่น คลื่นไส้ เป็นลม สับสน ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) เช่น ไม่สามารถควบคุมความคิดได้ สมาธิลดลง และการให้เหตุผลไม่ถูกต้องเหมาะสม (Lee, 1998) ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงเกินไป จะทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Reider, 1994) และไม่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยประเมินว่าการผ่าตัดที่จะได้รับเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วย และรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ไม่แน่นอน ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ บริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยในแต่ละครั้งนั้นมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นซึ่งอาจจะเป็นสิ่งกระตุ้นจากภายในหรือภายนอก การแปล

ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกันก็จะมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์และความคิด สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (เยาวัลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนลีหา, 2541; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; Benner, 1993; Ellis & Nowlis, 1994; Fortinash, 1999; Stuart & Laraia, 1998; Videbeck, 2004)

ระดับ 1 ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild anxiety) ผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้ จะมีความตื่นตัวเพิ่มขึ้นต่อสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอกจากสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และมีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพปกติ กล้ามเนื้อตึงตัวเล็กน้อย รูปร่างตาขยายปกติ
ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมสงบ สุขุม มีสมาธิ มีการรู้ตัวดี มีสติ ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ คือ มีความสบายใจ รู้สึกปลอดภัย ไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ชนิดใดมากเกินปกติ

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมดีและกว้างขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์วางแผนและนึกคิดสิ่งใหม่ๆ

ระดับ 2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้ความสามารถในการรับรู้จะค่อนข้างแคบ บุคคลจะยังสามารถให้ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเฉพาะ มีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพปกติ หรืออาจจะเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย อาจจะมีรู้สึกถึงความไม่สบาย

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ เริ่มมือสั่นและตัวสั่นเล็กน้อย อาจนั่งไม่ค่อยติด ไม่ค่อยสงบ พูดบ่นมากขึ้น หงุดหงิดเสียงดัง ไวต่อการถูกกระตุ้นและมีพฤติกรรมมากขึ้น

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จะเริ่มมีอาการหงุดหงิดแสดงท่าทีหวาดหวั่น หงุดหงิดกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นหรืออาจจะหลีกเลี่ยงเพราะกลัวหรืออาย

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมแคบลง สนใจหรือเอาใจใส่แต่สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก คิดแต่จะแก้ปัญหาเฉพาะในจุดใดจุดหนึ่งอย่างมุ่งมั่น เป็นต้น

ระดับ 3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) จะทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลง สติปัญญาที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่างๆ จะลดลง ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ มากขึ้น ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นมากขึ้น ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย ปากแห้ง เบื่ออาหาร

ปฏิกริยาทางด้านพฤติกรรม คือ มือ แขน ขาสั่นจนสังเกตเห็นได้ นั่งไม่ติด ลูกลี้ลูกกลน พุดมากขึ้น การสื่อสารสับสนและเริ่มมีนอนไม่หลับ

ปฏิกริยาทางด้านอารมณ์ จะเกิดอารมณ์หวาดกลัว รู้สึกไม่มีความสุข กระวนกระวายใจ รู้สึกไม่มั่นคงหรือไม่ปลอดภัย รู้สึกท้อแท้

ปฏิกริยาทางด้านความคิด คือ การรับรู้สภาพแวดล้อมแคบลงจนไม่รับรู้อะไร แสดงถึงความคิดสับสน หมกมุ่น คิดไม่ออก ขาดความสามารถในการคิด สมาธิไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้ หลงลืม เป็นต้น

ระดับ 4 ความวิตกกังวลระดับที่หนักที่สุด (Panic) จะมีอาการทุกอย่างเต็มที่ ความสามารถในการรับรู้เสียไปมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนไป ไม่สามารถที่จะสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ มีปฏิกริยาทางด้านต่างๆ มากขึ้นจนเห็นได้ชัดเจนดังนี้

ปฏิกริยาทางด้านร่างกาย คือ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น หรือรุนแรงขึ้น ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีต เป็นต้น

ปฏิกริยาทางด้านพฤติกรรม มักจะคล้ายกับความรุนแรงระดับ 3 แต่มีความรุนแรงมากกว่า คือ เนื้อตัวสั่นจนทำอะไรไม่ถูก มักจะแสดงพฤติกรรมหลีกหนี กลัวตาย แสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้ชัดเจนต่างๆ เช่น ตะโกนเสียงดัง พุดไม่รู้เรื่อง เสียงสั่น ตื่นตระหนก และอาจเข้าไปทำร้ายผู้อื่น

ปฏิกริยาทางด้านอารมณ์ จะแสดงความหวาดกลัวที่สุด รู้สึกหมดหนทาง กลัวถูกทอดทิ้ง ให้เผชิญเหตุการณ์คนเดียว และกลัวตาย

ปฏิกริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมจำกัดมาก คิดอะไรไม่ออก แก้ปัญหาไม่ได้ สับสนและตัดสินใจไม่ได้ เป็นต้น

ความวิตกกังวลมักจำกัดขีดความสามารถ การรับรู้ และการแสดงออกของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดจากเรื่องเล็กๆ จนถึงเรื่องที่รุนแรง หรือทำให้ยากต่อการตัดสินใจจนเกิดการลังเล ทำให้ความจำและการปรับตัวเสียไปทำให้เกิดอาการแสดงทางกายออกมา (ปาหนัน, 2534; ผ่องศรี, 2541; Grainger, 1990) อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลมิใช่จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลเสียเสมอไป การเกิดความวิตกกังวลจะมีทั้งประโยชน์และโทษ ในด้านประโยชน์ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะเป็นการป้องกันอันตรายให้แก่ร่างกาย โดยการกระตุ้นโครงสร้างต่างๆ ของร่างกายให้เตรียมพร้อมเพื่อเผชิญอันตราย ช่วยให้มีความตื่นตัว ว่องไวในการปฏิบัติงานและใช้ชีวิตประสบความสำเร็จ แต่ในบางครั้งความวิตกกังวลอาจกลายเป็นสิ่งทำลายได้ ถ้าบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลมากเกินไป

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน จะมีระดับสูงสุดในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด เนื่องจากความไม่รู้อาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอย

ผู้ป่วย และขาดความสนใจจากพยาบาลที่มุ่งดูแลผู้ป่วย และแม้ว่าระยะเวลาการผ่าตัดจะเป็นระยะเวลาสั้นๆ แต่ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินไม่สามารถปรับตัวให้คลายความวิตกกังวลลงได้ก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินไม่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

4. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน

พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถช่วยในการลดและการจัดการกับความวิตกกังวลได้หลายวิธี ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการพยาบาลที่ใช้ออกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (สุรศักดิ์ พุฒิมวิชัย, 2545)

1. การสอนหรือการให้ข้อมูล เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยผู้สอนจะมีการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทางที่ดี สำหรับวิธีการสอนมีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน เป็นต้น

การแสวงหาข้อมูล เป็นรูปแบบหนึ่งในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (แก้วสามสี สาเจริญ, 2536) เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินภาวะคุกคาม และหาแนวทางแก้ไข การแก้ไขข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อมูลที่มากพอ และข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย จึงเป็นวิธีการสำคัญในการให้การพยาบาลทางจิตสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536)

จากการศึกษาของ Carmody, Hickey, and Bookbinder (1991) และสมพันธ์ หนีงูชีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544) พบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอันดับแรก คือ ความต้องการด้านข้อมูล ดังเช่นการศึกษาของ Leske (1996) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด (เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปได้ 50%) จากพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด พบว่าครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลของพยาบาลในขณะผ่าตัด มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ, กลุ่มที่ได้รับความสะดวกสบาย และความหวัง และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยข้อมูลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยนั้นมีรายละเอียดดังนี้ สภาพผู้ป่วย, การผ่าตัดดำเนินไปได้ 50%, ผู้ป่วยต้องย้ายเข้าห้องพักฟื้นหลังจากเสร็จการผ่าตัด และสามารถเข้าเยี่ยมได้เมื่อผู้ป่วยย้ายไปที่หอผู้ป่วย

2. การใช้เทคนิคบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ

- 2.1 การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่ง โดยผู้สัมผัสใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือ ข้อมือหรือแขนของผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลร่วมกับการพูดคุยแสดงความเห็นใจ ห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจและความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

2.2 การใช้ดนตรีบำบัด เป็นการใช้เสียงเพลงที่ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผนให้ผู้ป่วยฟัง โดยมีการประสานเสียงของเครื่องดนตรีชนิดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกเพลิดเพลินสบายใจ และช่วยผ่อนคลายอารมณ์

2.3 การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดการหันเหความสนใจจากสิ่งที่กำลังรู้สึกอยู่ไปสู่สิ่งใหม่ที่ น่าสนใจกว่า ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลินและผ่อนคลาย

2.4 การฝึกผ่อนคลาย โดยการจัดให้ผู้ปวยนั่งในท่าที่สบายที่สุด จากนั้นให้ผู้ปวยปิดตาและเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากบริเวณเท้ามาที่บริเวณใบหน้า พร้อมทั้งมีการกำหนดลมหายใจให้ทราบว่าจะขณะนี้กำลังหายใจเข้าหรือหายใจออก

2.5 การพยาบาลแบบประคับประคองด้านจิตใจหรือการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นการช่วยเหลือให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด โดยการพูดคุยให้กำลังใจ มีความเห็นอกเห็นใจ และให้ระบายความรู้สึกออกมา ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความรู้สึกในทางที่ดีต่อการผ่าตัด และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เป็นการจัดให้มีการรวมกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึกต่างๆ และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดดีขึ้น

4. การใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการผสมผสานกิจกรรมที่จัดให้ในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวล

บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศไทยมีดังนี้ คือ ประเมินสภาพผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคปลอดเชื้อ บริหารจัดการการใช้เครื่องมือ พยาบาลช่วยเหลือการผ่าตัดหรือพยาบาลเชี่ยวชาญ ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีของนักศึกษาพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพ สนับสนุนการเข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการหรือฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองให้ก้าวทันกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ผ่าตัดที่มีความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมกับองค์กรวิชาชีพพยาบาล (กันยา ออประเสริฐ, 2541) ซึ่งจะพบว่า บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศไทยนั้นจะไม่เน้นการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้ข้อมูลของพยาบาลห้องผ่าตัดตามความสงสัยหรือความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลในเรื่องบุคลากรที่มีสุขภาพระยะเวลาในการทำผ่าตัด และสภาพของผู้ป่วย

งานวิจัยนี้จะใช้วิธีการลดความวิตกกังวลร่วมกันระหว่างการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นภายในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะมีผลในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินได้

5. การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน

5.1 แนวคิดการให้ข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988)

การให้ข้อมูล หมายถึง พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความต้องการที่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้ความสำคัญในอันดับแรกๆ มากที่สุด คือความต้องการข้อมูลที่สามารรถเข้าใจง่าย และได้รับการตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา (Hickey, 1990) Artinian (1991) ศึกษาความเครียดของคู่สมรสที่เป็นหญิงของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของคู่สมรสคือการขาดข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของผู้ป่วย และไม่ทราบว่าจะหาข้อมูลได้จากใคร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jameson et al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยกรรมครอบครัวผู้ป่วยสนใจข้อมูลทุกอย่างที่เขาสามารถหาได้ ตั้งแต่ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค ไปจนถึงข้อมูลเล็กๆ น้อยๆ รวมทั้งบุคลากร เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วย (Hickey, 1993) โดยที่การให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่น่ากลัวเป็นอันตราย และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (มารยาท วัชรเกียรติ, 2535)

การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984)

5.2 ประเภทของข้อมูล

ข้อมูลที่ให้แกผู้ป่วยนั้นมีหลากหลาย ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของข้อมูลได้ตามลักษณะดังต่อไปนี้

1. จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1972)

- ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control)

- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า ช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (Response control)

- ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control)

2. จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach, 1983)

- ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้างๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

- ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะที่คุกคาม

3. จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิภาภัทร ชังขาว, 2544)

- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา

- ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ

- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา

- ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

Leventhal and Johnson (1983) ได้แบ่งข้อมูลออกตามเนื้อหาของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น มีการอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน และวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) ที่บอกถึงวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเกิดผลดีในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นๆ เคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า

5.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz, 1997)

1. การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

2. การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ ความคิด และการปฏิบัติตัวได้

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Bokinskie (1992) ยังพบวิธีในการให้ข้อมูลอีกวิธีหนึ่งคือ Family Conference เป็นวิธีที่จัดให้มีการอภิปรายภายในครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลมี รวมถึงความต้องการทราบข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติม ซึ่งจากการศึกษาจะพบว่าวิธีนี้จะช่วยในการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยทางระบบประสาทที่นอนพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงนำวิธีนี้มาใช้ร่วมกับการให้ข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้ด้วย

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูลดังนี้

1. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988)

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988)

3. ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

4. มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามสงสัย และระบายความรู้สึก (Stanik, 1990)

5. จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล (McGregor, Fuller and Lee, 1981)

จากการศึกษางานวิจัยของ Leske (1995, 1996) พบว่า การให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด แก่ครอบครัวของผู้ป่วยเมื่อการผ่าตัดดำเนินลุล่วงไปแล้วกว่า 50% ในเรื่องสภาพของผู้ป่วย โดยทั่วไปในขณะนี้ สถานที่ที่จะย้ายผู้ป่วยไปนอนพักรักษาเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด และเวลาที่ครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยได้รับการพยาบาลตามปกติ การได้รับการใส่ใจห่วงใย และการได้รับข้อมูลทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยของ Leske (2002) พบว่า ข้อมูลที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา และสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์สบายของผู้ป่วย และพบว่า สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยท่ามกลางเครื่องมือที่ทันสมัย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น โดยในสถานการณ์นี้ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น แต่กลับห่างไกลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เคยมีอยู่เดิม และมีข้อจำกัดในการคิดแก้ปัญหา

ในการแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือให้กับครอบครัวผู้ป่วยนั้น เนื่องจากความวิตกกังวลที่สูงของครอบครัวผู้ป่วยทำให้มีสมาธิ ความจำลดลง และมีการรับรู้ที่แคบลง (สุวณีย์ ตันตพัฒนานันท์, 2522 ; Carpenito, 1995) ทำให้ความสามารถในการรวบรวม และหาแหล่งสนับสนุนลดลง ครอบครัวผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือในการแนะนำแหล่งสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอในการเผชิญความเครียด ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล

เนื้อหาของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัย สามารถสรุปเนื้อหาของข้อมูลที่จะให้ขณะผ่าตัดได้ดังนี้

1. สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยขณะผ่าตัดจะได้รับการวางยาสลบ ซึ่งจะใส่ท่อช่วยหายใจไว้เพื่อช่วยในการหายใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรู้ตัว และหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะคาท่อช่วยหายใจไว้หรืออาจจะเอาท่อช่วยหายใจออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์/วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล

2. ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด: ขึ้นอยู่กับชนิดการ ผ่าตัดในครั้งนั้นๆ

3. บุคลากรที่มีสุขภาพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด พนักงานแปล

4. สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/หญิง หรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของศัลยแพทย์

5. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

5.1 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แนะนำให้ญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงโดยเร็ว และลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมงถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ควรพลิกตะแคงตัวให้ทุก 1-2 ชั่วโมง

5.3 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานๆ

5.4 ดูแลรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัด

5.5 หากแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

5.6 ลดการกระทบกระเทือนบริเวณแผลในแผลที่ยังไม่ตัดไหม และการส่งเสริมให้ทำกิจกรรม/ออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่แผลดีขึ้นและช่วยให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น

6. คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยของ Leske (2002) มีกระบวนการเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ด้วยการแนะนำตนเองและสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาลก่อน แล้วจึงให้ครอบครัวผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (Assurance) ด้วยการแนะนำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้จักกับแพทย์/พยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ให้คำยืนยันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็นบุคคล นุ่มนวล เอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อนคุยและตรวจสอบความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participate) ด้วยการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) ด้วยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจและยอมรับการแสดงออก ตลอดจนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจะส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญ

ความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกตึงเครียดลดลง และทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (คณินนิต บุรีเทศน์, 2540 ; รัตนา อยู่เปล้า, 2543 ; Halm, 1990 ; Nicholson et.al., 1993)

งานวิจัยนี้จะใช้วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินเป็นแบบกลุ่ม เพราะเป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลจำนวน 3-7 คน และลักษณะข้อมูลที่ให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินจะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คณินนิต บุรีเทศน์ (2540) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี พบว่าระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นฤยา ภักตรเจริญ (2545) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและการใช้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและการใช้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนมพร เกษะนันท์ (2538) ได้ทำการศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถของบิดามารดาเด็กโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พบว่าระดับความวิตกกังวลและความสามารถของบิดามารดาเด็กโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าและมีความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ได้ทำการศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้จัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนา อยู่เปล้า (2543) ได้ทำการศึกษา ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มารยาท วัชรเกียรติ (2536) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุคนธา ผดุงวัตร และแขวมิล ทุมวิภาต (2439) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของห้องผ่าตัดในผู้ป่วยออโรปิดิสส์ พบว่าผู้ป่วยออโรปิดิสส์ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าและมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของห้องผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยออโรปิดิสส์ที่ไม่ได้รับข้อมูลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2538) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Aimin (1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Bokinskie (1992) ได้ทำการศึกษา การอภิปรายภายในครอบครัว(Family Conferences) ต่อการลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการจัดให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เรื่องการนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวลดลงได้อย่างนัยสำคัญทางสถิติ

Gou Aimin (1999) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Kathol (1984) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวล พบว่า การให้ข้อมูลด้วยวีดิทัศน์ก่อนผ่าตัด สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และครอบครัวผู้ป่วยมีผลบวกต่อการยอมรับการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจะสูงกว่าระยะหลังผ่าตัด

Leske (1995) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระหว่างผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด พบว่าครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับข้อมูลในระหว่างผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับความใส่ใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Leske (1996) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระหว่างผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด พบว่าครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับข้อมูลในระหว่างผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ, กลุ่มที่ได้รับความใส่ใจ และกลุ่มที่รับข้อมูลในระหว่างผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Halm (1990) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนกลุ่มต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการสนับสนุนกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับการสนับสนุนกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Top, et. Al. (1998) ได้ศึกษาการใช้เพลงเจอร์ว่าสามารถลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในห้องผ่าตัดได้หรือไม่ พบว่า กลุ่มที่ใช้เพลงเจอร์มีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีเปอร์เซ็นต์การออกไปใช้เวลานอกห้องผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเพลงเจอร์

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า การให้ข้อมูลสามารถช่วยในการลดความวิตกกังวลทั้งของตัวผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และที่เข้ารับการผ่าตัดที่ได้รับ การวางแผนล่วงหน้า ร่วมกับการอภิปรายภายในครอบครัว (Family Conferences) ซึ่งมีผลต่อการลดความวิตกกังวลของครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดจากพยาบาลห้องผ่าตัดจะสามารถลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการเน้นบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในด้านการให้ข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด

การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดจากผู้วิจัยแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน มีขั้นตอนดังนี้

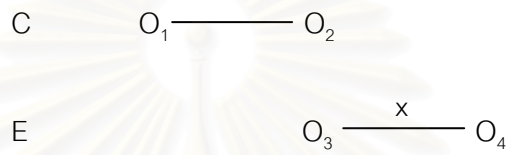
1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และรับรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล และประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินเกี่ยวกับการผ่าตัด
2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปได้ 50 % ผู้วิจัยจะออกมาให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้
 - 2.1 บุคลากรทีมสุขภาพ
 - 2.2 ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด
 - 2.3 สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด
 - 2.4 สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษา
3. จัดให้มีการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดภายในครอบครัว
4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม
5. การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ความวิตกกังวลของ
ครอบครัวผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง



- C : กลุ่มควบคุม
E : กลุ่มทดลอง
O₁ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
O₂ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
X โปรแกรมการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด
O₃ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
O₄ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินซึ่งมีจำนวน 3-7 คน/ครอบครัว ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นจะเลือกเก็บจากผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนทั้งหมด 40 คน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20-59 ปี
2. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถพูดและฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
3. ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินมาจัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลในระยะผ่าตัด จากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 20 คนเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลโดยการจับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ปัจจัยเรื่อง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย และชนิดของการผ่าตัดของผู้ป่วย เนื่องจากการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในงานวิจัย ซึ่งอาจจะส่งผลถึงความไม่น่าเชื่อถือในผลงานวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด
2. แบบวัดความวิตกกังวล ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวล STAI ของ Spielberger (1983) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาบัติ และดาราวรรณ ตะปินตา (2535) ซึ่งจากการศึกษาของทั้ง Leske (1995, 1996) และ Bokinskie (1992) ก็นำแบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y ของ Spielberger มาใช้ในการวัดความวิตกกังวล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย หัวข้อที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล แบ่งเป็นหัวข้อที่แสดงความรู้สึกทางบวกและหัวข้อที่แสดงความรู้สึกทางลบ

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 4 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 3 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน ไม่มีเลยให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ การให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ และสามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลจากค่าคะแนนรวมได้ดังนี้

คะแนน 20-39 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

คะแนน 40-59 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

คะแนน 60-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) แบบวัดความวิตกกังวลได้ถูกนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ดังนี้

Spielberger et al.(1983) ได้นำแบบวัดชุดนี้ทั้งแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) และแบบวัดความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2) ไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 424 ราย) และในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่ (n = 1,701 ราย) ซึ่งกลุ่มหลังเป็นการทดสอบแบบวัดในสถานการณ์ที่เครียดกว่ากลุ่มแรก โดยให้ตอบแบบวัดภายหลังการฝึกโปรแกรมพื้นฐานทางการทหาร 2 วัน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ของกลุ่มทหาร ได้นำไปเปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้วิธีหาปัจจัยความสอดคล้องภายในด้วยวิธีของ Cattell's congruent factors (confactor) approach (1966) พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ของความสอดคล้องทุกองค์ประกอบรายข้อมากกว่า .90 ซึ่งแสดงว่ามีความสอดคล้องกันในการวัดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน และเป็นเครื่องยืนยันการวัดความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Vagg et al., 1980 cited in Spielberger et al., 1983) แบบวัดความวิตกกังวลทั้ง 2 ชุดนั้นจึงนับว่าเป็นแบบวัดมาตรฐาน ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบหาความตรง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและแบบวัดความวิตกกังวลแฝงฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ.1983 (STAI Form Y-1, STAI Form Y-2) ฉบับภาษาไทยนั้น แปลโดยชาติรี นนทศักดิ์ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จีน แบร์รี่ แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษเพื่อตรวจสอบ ปรึบความถูกต้องทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา และสมโภชน์ เขียมสุภาษิต ปรึบความชัดเจนทั้งในด้านภาษา และความหมายทางจิตวิทยาซ้ำอีกครั้ง

หลังจากนั้นตาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่จำนวน 86 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และสุนันทา ตั้งปณิธานดี (2544) ได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การให้ข้อมูลขณะผ่าตัด และคู่มือเกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูลที่ให้ โดยผู้วิจัยนำวิธีการให้ข้อมูล (The in-person intraoperative progress report) ที่พัฒนาโดย Leske (1996) มาแปลเป็นภาษาไทย และนำเนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย รวมถึงการนำวิธีการอธิบายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นแนวคิดของ Bokinskie (1992) มาใช้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และรับรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือของพยาบาล และประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดของครอบครัวผู้ป่วย

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 บุคลากรทีมสุขภาพ: พยาบาลบอกกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยว่า บุคลากรทีมสุขภาพภายในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด พนักงานเปล

- 2.2 ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด: พยาบาลบอกกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยว่า ระยะเวลาในการผ่าตัดขึ้นอยู่กับชนิดการผ่าตัดในครั้งนั้นๆ แต่คาดว่า การผ่าตัดในครั้งนี้จะเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาเท่าใด

- 2.3 สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด: พยาบาลบอกกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยว่า ขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการวางยาสลบ ซึ่งจะใส่ท่อช่วยหายใจไว้เพื่อช่วยในการหายใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรัดตัว และหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะคาท่อช่วยหายใจไว้หรืออาจจะเอาท่อช่วยหายใจออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์/วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล

- 2.4 สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด: พยาบาลบอกกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยว่า หลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัดผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยใด ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/หญิง หรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของศัลยแพทย์

3. จัดให้มีการอภิปรายภายในครอบครัวผู้ป่วย โดยยึดแนวคิด Family Conference ของ Bokinskie (1992) เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ รวมถึงพยาบาลจะมีการอธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4. ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยหลังการให้ข้อมูล โดยการให้ทำแบบทดสอบความรู้ ถามย้อนกลับและสังเกตสีหน้าว่าแสดงออกถึงความงุนงงสงสัยหรือไม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้ประกอบ แผ่นพับสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแบบทดสอบความรู้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้ประกอบ แผ่นพับสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแบบทดสอบความรู้ไปทดลองใช้ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน พบว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้เป็นไปตามที่กำหนด และสามารถนำไปใช้ทำการทดลองต่อไปได้

การดำเนินการทดลอง

1. ชั้นเตรียมการ

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยการจัดทำวีดิทัศน์สำหรับให้ข้อมูลขณะผ่าตัด แผ่นพับสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล และแบบทดสอบความรู้

2. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง

2. ชั้นการทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยหากมีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดจะดำเนินการแจ้งผู้วิจัยให้รับทราบ จากนั้นผู้วิจัยจะไปที่ห้องผ่าตัดใหญ่ เพื่อทำการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่

โรงพยาบาลตรัง โดยขอพบผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเก็บในกลุ่มทดลอง ซึ่งจะจับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุของผู้ดูแลในครอบครัว และชนิดของการผ่าตัดของผู้ป่วย

2. ในกลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

2.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ จะมีการให้ข้อมูลจากพยาบาลห้องผ่าตัดตามความสงสัยหรือความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลในเรื่อง บุคลากรทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการผ่าตัด และสภาพของผู้ป่วย

2.3 ผู้วิจัยจะดำเนินการตามข้อ 2.1-2.2 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คนแล้วจึงเริ่มทดลองในกลุ่มทดลอง

3. ในกลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

3.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย และสร้างความไว้วางใจ และการรับรู้ความสามารถของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือ

3.3 เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปมากกว่า 50% ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่อง สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด บุคลากรทีมสุขภาพ สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษา โดยใช้วิธีทัศนประกอบการให้ข้อมูล

3.4 ผู้วิจัยจะประเมินการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะๆ

3.5 จัดให้มีการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดภายในครอบครัว รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย และตอบคำถามทุกคำถามจนเข้าใจชัดเจน หรือหมดข้อสงสัย

3.6 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม พร้อมเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้

3.7 ผู้วิจัยจะดำเนินการตามข้อ 3.1-3.6 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำโครงร่างไปผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ
2. นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล ณ ห้องผ่าตัดใหญ่
3. ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลตรัง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง/เก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ใช้อุปกรณ์/สถานที่ในการทดลองตามวันและเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนเสร็จสิ้นการทดลอง
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จำนวน 40 คน ซึ่งทำการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด
5. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม แล้วจึงเก็บในกลุ่มทดลองจนครบ 20 คน ซึ่งจะจับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุของผู้ดูแลในครอบครัว และชนิดของการผ่าตัดของผู้ป่วย
6. วัดความวิตกกังวลครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อรับการผ่าตัดทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
7. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดดังรายละเอียดที่กล่าวมา
8. วัดความวิตกกังวลอีกครั้งหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 1 วัน โดยใช้แบบวัดชุดเดิม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

ภายหลังการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำกิจกรรมที่ได้ให้กับกลุ่มทดลอง มาให้กับกลุ่มควบคุมตามความต้องการ โดยถามความต้องการจากกลุ่มควบคุมก่อน

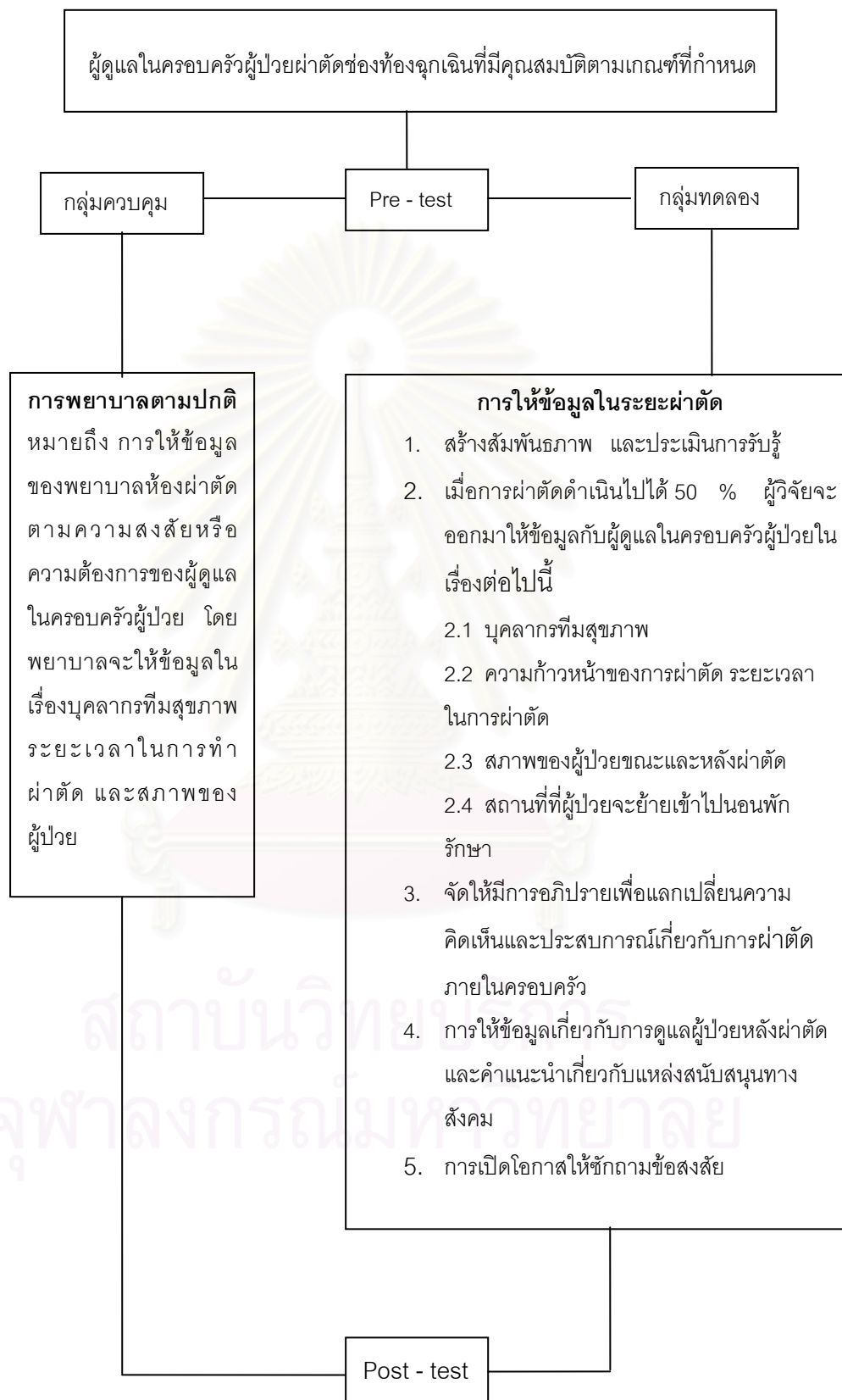
นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลชุดเดียวกันที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS For Windows โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม นำมาวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดก่อนทดลอง และหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test

สรุปแผนดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวล วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โดยใช้สถิติค่าความถี่ และค่าร้อยละ (%)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลก่อนทดลอง และหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนทดลอง และหลังทดลอง ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โดยการวิเคราะห์สถิติที (Paired t-test)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลอง ของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการทดสอบค่าที (Independent t-test)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน (n = 40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	25.0	3	15.0
หญิง	15	75.0	17	85.0
รวม	20	100.0	20	100.0
ช่วงอายุ				
20-29 ปี	5	25.0	1	5.0
30-39 ปี	8	40.0	11	55.0
40-49 ปี	4	20.0	4	20.0
50-59 ปี	3	15.0	4	20.0
รวม	20	100.0	20	100.0
ศาสนา				
พุทธ	14	70.0	16	80.0
คริสต์	5	25.0	1	5.0
อิสลาม	1	5.0	3	15.0
รวม	20	100.0	20	100.0
สถานภาพสมรส				
โสด	3	15.0	4	20.0
คู่	12	60.0	14	70.0
หม้าย	1	5.0	1	5.0
หย่า	1	5.0	1	5.0
แยก	3	15.0	-	-
รวม	20	100.0	20	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา				
ระดับประถมศึกษา	4	20.0	4	20.0
ระดับมัธยมศึกษา	5	25.0	5	25.0
ระดับอาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	4	20.0	4	20.0
ระดับปริญญาตรี	5	25.0	7	35.0
ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	2	10.0	-	-
รวม	20	100.0	20	100.0
อาชีพ				
รับจ้าง	8	40.0	5	25.0
เกษตรกร	4	20.0	3	15.0
ทำธุรกิจส่วนตัว	3	15.0	6	30.0
รับราชการ	5	25.0	6	30.0
รวม	20	100.0	20	100.0
รายได้				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	2	10.0	5	25.0
5,000-10,000 บาท	10	50.0	7	35.0
มากกว่า 10,000 บาท	8	40.0	8	40.0
รวม	20	100.0	20	100.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	8	40.0	8	40.0
พี่น้อง	2	10.0	2	10.0
สามี/ภรรยา	8	40.0	7	35.0
บุตร	2	10.0	3	15.0
รวม	20	100.0	20	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง มีจำนวน 15 คน ร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 40.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ร้อยละ 25.0 เท่ากัน มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.0 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดาและสามีภรรยา ร้อยละ 80.0 เท่ากัน

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.0 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 35.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.0 มีอาชีพทำธุรกิจส่วนตัวและรับราชการ ร้อยละ 30.0 เท่ากัน มีรายได้อยู่มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 40.0 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา ร้อยละ 40.0



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศของผู้ป่วย				
ชาย	17	85.0	18	90.0
หญิง	3	15.0	2	10.0
รวม	20	100.0	20	100.0
อายุของผู้ป่วย				
ต่ำกว่า 20 ปี	4	20.0	4	20.0
20-29 ปี	7	35.0	7	35.0
30-39 ปี	4	20.0	3	15.0
40-49 ปี	4	20.0	3	15.0
50-59 ปี	1	5.0	3	15.0
รวม	20	100.0	20	100.0
ชนิดการผ่าตัด				
Explor lap c̄ repair small bowel	4	20.0	4	20.0
Explor lap c̄ drainage	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ splenectomy	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ repair ileum	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ repair duodenum	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ remove blood clot	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ splenorrhaphy	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ small bowel resection	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ stop bleeding	3	15.0	3	15.0
Explor lap c̄ splenectomy c̄ nephrectomy	2	10.0	2	10.0
Explor lap c̄ nephrectomy	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ packing	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ repair stomach	1	5.0	1	5.0
Explor lap c̄ jejunum	1	5.0	1	5.0
รวม	20	100.0	20	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.0 มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 35.0 และเข้ารับการผ่าตัด Explor lap^c repair small bowel ร้อยละ 20.0

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.0 มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 35.0 และเข้ารับการผ่าตัด Explor lap^c repair small bowel ร้อยละ 20.0

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลก่อนทดลอง และหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติความถี่ ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย(\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนทดลอง				
ระดับต่ำ (20-39 คะแนน)	-	-	-	-
ระดับปานกลาง (40-59 คะแนน)	4	20.0	3	15.0
ระดับสูง (60-80 คะแนน)	16	80.0	17	85.0
หลังการทดลอง				
ระดับต่ำ (20-39 คะแนน)	11	55.0	-	-
ระดับปานกลาง (40-59 คะแนน)	9	45.0	16	80.0
ระดับสูง (60-80คะแนน)	-	-	4	20.0

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.0 และหลังทดลองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 55.0

กลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.0 และหลังทดลอง มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.0

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความวิตกกังวล
กลุ่มทดลอง			
ก่อนทดลอง	68.50	6.94	สูง
หลังการทดลอง	37.15	5.58	ต่ำ
กลุ่มควบคุม			
ก่อนทดลอง	68.65	7.67	สูง
หลังทดลอง	50.550	8.18	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 68.50$) หลังทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 37.15$)

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 68.65$) หลังทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 50.55$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โดยการใช้สถิติที (Paired t-test)

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง (n=20)

กลุ่มทดลอง	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	t-test	P-value
ก่อนทดลอง	68.50	18.27 *	.000
หลังทดลอง	37.15		

*P < .05

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มทดลอง ก่อนทดลองกับหลังทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังทดลอง ($\bar{x} = 37.15$) มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลอง ($\bar{x} = 68.50$)

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนทดลอง และหลังทดลองของกลุ่มควบคุม (n=20)

กลุ่มควบคุม	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	t-test	P-value
ก่อนทดลอง	68.65	15.72*	.000
หลังทดลอง	50.55		

*P < .05

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มควบคุม ก่อนทดลองกับหลังทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังทดลอง (\bar{x} = 50.55) มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลอง (\bar{x} = 68.65)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการทดสอบค่าที (T-test)

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=40)

ก่อนทดลอง	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	t-test	P-value
กลุ่มทดลอง	68.50	-0.065	.949
กลุ่มควบคุม	68.65		

จากตารางที่ 7 พบว่าก่อนทดลอง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล หลังทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=40)

หลังทดลอง	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	t-test	P-value
กลุ่มทดลอง	37.15	15.72*	.000
กลุ่มควบคุม	50.55		

*P < .05

จากตารางที่ 8 พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 37.15$) มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 50.55$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลในระยะฟ้ตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงิน

กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงินที่ได้ข้อมูลขณะฟ้ตัด

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงินที่ได้รับการพยาบาลฟ้ตัดตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงินก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลขณะฟ้ตัด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงินระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลขณะฟ้ตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงิน ที่ได้รับข้อมูลขณะฟ้ตัดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงินหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับข้อมูลขณะฟ้ตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงิน ณ ห้องฟ้ตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟ้ตัดช้อกเงิน ณ ห้องฟ้ตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง โดยเลือกครอบครัวผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต้ 3-7 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยผู้วิจัยได้้จับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยให้มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุดตามลักษณะเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการฟ้ตัดที่ผู้ป่วยได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การให้ข้อมูลในขณะผ่าตัด สื่อวีดิทัศน์ คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแบบทดสอบความรู้

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 20 สัปดาห์ โดยเริ่มจากวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2548 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2548 ด้วยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน เลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยผู้วิจัยขออนุญาตในการวิจัยจากกลุ่มควบคุม แล้วให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผู้ป่วยจะเข้าห้องผ่าตัด

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ

และหลังทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง

2. กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน เลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมเป็นคู่ๆ ตามลักษณะเพศ อายุ ความสัมพันธ์และการผ่าตัด โดยผู้วิจัยขออนุญาตในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผู้ป่วยจะเข้าห้องผ่าตัด

เมื่อการผ่าตัดดำเนินไปมากกว่า 50% ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด จากนั้นจัดให้มีการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดภายในครอบครัว นอกจากนี้ผู้วิจัยให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้

และหลังทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง คะแนนความวิตกกังวลวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นเปรียบเทียบ คะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินก่อน และหลังได้รับ ข้อมูลขณะผ่าตัด โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลในขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งระบุว่าผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ภายหลังได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อน ได้รับข้อมูล

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งระบุว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ภายหลังได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดมีความวิตกกังวล ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่าผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ ที่ 1 ซึ่งระบุว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ภายหลังได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดมี ความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าความวิตกกังวลของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินภายหลังได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับ ข้อมูล แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดมีผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ฉุกเฉินลดความวิตกกังวล เมื่อพิจารณาพบว่าการให้ข้อมูลในขณะผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ แนวคิดการให้ข้อมูลของ Leske (2002) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนความ

คิดเห็นภายในครอบครัวของ Bokinskie (1992) มีเนื้อหาครอบคลุมตามความต้องการข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยประเมินว่าการผ่าตัดที่จะได้รับเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วย และรู้สึกว่าการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ไม่แน่นอน ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ บริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และจากการศึกษาของ Carmody, Hickey, and Bookbinder (1991) และสมพันธ์ ธิญชีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544) พบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอันดับแรก คือ ความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานำร่องของผู้วิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินมีความต้องการข้อมูลในขณะที่ยังรอผู้ป่วยผ่าตัด ในเรื่องระยะเวลาในการผ่าตัด และความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยยังมีความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจและได้มีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงเวลาก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงมีความต้องการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับบุคลากรทีมสุขภาพ ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด และสถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษา หลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัดจากวิดิทัศน์รวมถึงการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากคู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ดังเช่น ผลการศึกษาของ Leske (1995, 1996) เกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลในขณะผ่าตัดจากพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ, กลุ่มที่ได้รับการเอาใจใส่ด้วยการอ่านข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บของโรงพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางโทรศัพท์

การให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดแก่ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้ใช้สื่อวิดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินเห็นภาพพร้อมกับเสียงบรรยาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวิดิทัศน์นั้นเป็นการเรียนด้วยการเห็น การได้ยิน ช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 75 ที่ได้จากการฟังอย่างเดียว และร้อยละ 40 จากการมองเห็นอย่างเดียว (Fletcher, 1990 อ้างอิงในวิธนา จีระแพทย์, 2544) ดังที่ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินในกลุ่มทดลองหลายๆ คนได้กล่าวว่า “จากการดูวิดิทัศน์ช่วยให้เข้าใจเรื่องราวต่างๆ ได้ง่ายขึ้น รู้สึกว่ามีประโยชน์ และทำให้ความวิตกกังวลลดลงด้วย” ซึ่งผลการวิจัยนี้

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ayrat et al. (2002) ที่ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้วยวีดิทัศน์ต่อ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและทนต่อการชะล้างข้อในผู้ป่วยเข่าเสื่อม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ดูวีดิทัศน์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงครึ่งหนึ่ง ความทนต่อการชะล้างข้อเข่าทนกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

House (1981) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคล สามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหา ทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม โดยการให้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย ได้แก่ โรค การ ตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของผู้ป่วย อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่ ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการสนับสนุนที่ สำคัญที่สุด หมายถึง การให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความ ไว้วางใจ การแสดงความห่วงใยและการรับฟัง โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้สรรพนามที่ เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยขณะสนทนา การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก การรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงท่าทีที่เข้าใจการ เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นและยอมรับพฤติกรรมเหล่านั้นที่แสดงออกมา การใช้น้ำเสียง นุ่มนวลในการสื่อสาร และการใช้สัมผัสที่เหมาะสมเพื่อแสดงความสนใจ เอาใจใส่ และเอื้ออาทร ต่อสมาชิกในครอบครัว การให้ความมั่นใจโดยการบอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยจะ ได้รับการดูแลอย่างดี และตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วยข้อมูลที่เป็นจริง โดย เห็นได้จากการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของรัตนา อยู่เปล่า (2543) พบว่าความวิตกกังวลของตัวอย่างใน กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าตัวอย่างใน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัว ผู้ป่วยของ Leske (2002) มีกระบวนการเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วย ด้วยการแนะนำตนเองและสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาลก่อน แล้วจึงให้ครอบครัว ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (Assurance) ด้วยการแนะนำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้จักกับแพทย์/พยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ให้คำยืนยันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความเคารพในความเป็น บุคคล นุ่มนวล เอาใจใส่ อยู่เป็นเพื่อนคุยและตรวจสอบความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participate) ด้วยการเปิดโอกาสให้ครอบครัว

ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) ด้วยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจและยอมรับการแสดงออก ตลอดจนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจะส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกตึงเครียดลดลง และทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540 ; รัตนา อยู่เปล่า, 2543 ; Halm, 1990 ; Nicholson et.al., 1993)

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในครอบครัว (Family Conferences) ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวด้วย เนื่องจากจะช่วยให้ครอบครัวได้มีการระบายความรู้สึกและได้เรียนรู้ในสิ่งที่ต้องการ (Elliot and Smith, 1985 cited in Bokinskie, 1992) และเมื่อพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยก็จะช่วยลดความวิตกกังวลได้มากขึ้น (Frye, 1982 cited in Bokinskie, 1992) ดังงานวิจัยของ Bokinskie (1992) พบว่าการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เรื่องการนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย นอกจากนี้ก่อนการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด ผู้วิจัยได้สำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด (Pilot Study) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดแนวทางในการจัดรูปแบบการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด ทำให้สามารถตอบสนองของความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินได้ เช่น ความต้องการข้อมูลในเรื่องต่างๆ เป็นต้น

ดังนั้นการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดและการจัดให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในครอบครัวในกลุ่มทดลอง มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดมีความเหมาะสมในการให้บริการผ่าตัด เพราะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้ เมื่อพิจารณาพบว่า การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในด้านข้อมูลทั้งในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ซึ่งการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยนั้น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบเหตุการณ์ตามความเป็นจริง ไม่คิดไปเองในทางที่น่ากลัว และในระยะหลังผ่าตัด ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักรักษาพยาบาลก็ได้แจ้งให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งจัดให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายใน

ครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยลดความวิตกกังวล อีกทั้งการจัดบริการพยาบาล ผ่าตัดโดยพยาบาลให้ความสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้เห็นการทำงาน of พยาบาลจึงส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และเมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยขณะผ่าตัดนั้นมีน้อยมาก ซึ่งในขณะผ่าตัดนั้น เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงสุด (Raliegh et. Al.; Silva, Manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) โดยในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยรอการผ่าตัดของผู้ป่วย พยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเมื่อมีการสอบถามเท่านั้น แต่การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากพยาบาลตามขั้นตอนที่เป็นจริงทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอีกประการหนึ่งที่จะช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่ระยะแรก จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยค่อยๆ ยอมรับและมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป

สรุปได้ว่าการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน มีผลให้ระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดต่ำกว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ดังเช่นผลการศึกษาของ Leske (1995, 1996) เกี่ยวกับผลการให้ข้อมูลในขณะผ่าตัดจากพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลขณะผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ (2544) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดการวิจัย

ในการทดลองครั้งนี้วัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 วัน ซึ่งการเว้นระยะเวลานั้นอาจทำให้ความวิตกกังวลเปลี่ยนแปลงได้ ฉะนั้นการวัดผลดังกล่าวควรกระทำทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นการพัฒนางานบริการพยาบาลได้อีกระดับหนึ่ง ในด้านการบริการที่ครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
2. เพื่อเป็นการพัฒนาด้านการศึกษาทางการพยาบาลจึงควรนำแนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดไปพัฒนารูปแบบและเนื้อหาที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลในขณะผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดสมองฉุกเฉิน เป็นต้น ในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยต่อไป
3. ด้านการบริหารทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในด้านความรู้ความสามารถ ให้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด รวมถึงประสิทธิภาพของข้อมูลที่จัดให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
4. จากการศึกษาครั้งนี้จะได้เป็นแนวทางในการวิจัยประเด็นอื่นๆ ที่มีผลต่อความวิตกกังวล หรือการพยาบาลที่เน้นครอบครัวผู้ป่วย ต่อไป
5. ในการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ควรเก็บข้อมูลทันที ไม่ควรทิ้งช่วงห่าง 1 วัน เพราะจะทำให้ผู้วิจัยทราบถึงผลของการศึกษาที่ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดแก่กลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล (One day surgery) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการวางแผนล่วงหน้า เพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มที่มาใช้บริการผ่าตัด
2. ควรศึกษาการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อตัวแปรอื่น เช่น ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย และนำมาปรับปรุงให้เกิดประโยชน์ เหมาะสมตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
3. ควรศึกษาผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยซึ่งเป็นการศึกษาความวิตกกังวลในภาพรวมของครอบครัว

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา ออประเสริฐ. 2541. ทิศทางของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะเปลี่ยนศตวรรษ. **วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 3(2): 1-4.**
- แก้วสามสี สาเจริญ. 2536. **ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา นาคะ. 2534. **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณินิต บุรีเทศน์. 2540. **ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย : ศึกษากรณีเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ช่อลดา พันธุเสนา. 2536. **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งกรุ๊ป.
- ช่อลดา พันธุเสนา. 2544. **ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์).** สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกต์. 2535. **ตำราศัลยศาสตร์.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาราพรรณ อุทัย. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. 2535. **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี บัณฑิต สาขาวิชาครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538. **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนิต วัชรพุกก์, และบรรเททอง รัชตะปิติ. 2531. **ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน.** กรุงเทพฯ: ศาสตร์การพิมพ์.
- ประภาศรี จีระยิ่งมงคล. 2536. **ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานัน นุญหลง. 2534. **สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช.** กรุงเทพฯ: สามเจริญการพิมพ์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. 2541. **ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.** *พยาบาลสาร*. 25(3): 59-69.
- พนมพร เกษะนันท์. 2538. **ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล. 2546. **ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสพร ขำวิชา. 2543. **ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารยาท วัชราเกียรติ. 2536. **ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- รัตนา อยู่เปล่า. 2543. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. **การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วรรณวิมล คงสุวรรณ, สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์, วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อัครวิเศษ. 2545. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 7(1): 56-64.**
- วันเพ็ญ ปันราช. 2532. **มโนคติเกี่ยวกับครอบครัว ในวรรณภา ศรีธวัชรรัตน์และสุจารี อมรกิจบำรุง (ผู้รวบรวม). การพยาบาลฟื้นฟู : การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก. เล่ม 1. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ขอนแก่น.**
- วิภาภัทร ชังขาว. 2544. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิค ผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีณา จีระแพทย์. 2544. **สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ ชาติธีรธ, อานนท์ วณิชยานากร, อนันต์ มโนมัยพิบูลย์, และอุดมกิตติ์ เจริญชัย. 2538. **ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 6.** กรุงเทพฯ ฯ: สหมิตรเมดิเพรส.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ. 2544. **ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 6(1): 42-51.**
- สรนิต ศิลธรรม, อนันต์ ตันมุษยกุล, และปรีชา ศิริทองถาวร. 2542. **ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 10.** กรุงเทพฯ ฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุคนธา ผดุงวัตร. และแขวมล ทุมวิภาต. 2539. **ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของห้องผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.** กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- สุนีย์ ดันดีพัฒนานันท์. 2522. **หลักการพยาบาลจิตเวช.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.

- อุบล จ๋วงพานิช. 2536. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2543. **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** กรุงเทพฯ: ชันดี้การพิมพ์.
- อุไรพร พงศ์พัฒนานวุฒิ. 2532. **ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aimin, G. 1999. **Effect of informational support on anxiety among family members of critical ill patients.** Master's Thesis, Department of nursing science in medical and surgical nursing, Graduate School, Chiang Mai University.
- Auebarch, S.M., and Martelli, M.P. 1983. Anxiety, information, interpersonal impacts and adjustment to a stress full health care situation. **Journal of Personality and Social Psychology.** 44: 1248-1296.
- Ayral, X., et al. 2002. Effects of video information on preoperative anxiety level and tolerability of joint in knee Osteoarthritis. **Arthritis Rheum** 47(4): 380-382.
- Beek, A.T. et al., 1985. **Anxiety Disorders and Phebias.** New York: Basic Book Inc., Publisher.
- Benner, M.P. 1993. **Mental health and psychiatric nursing.** America: Springhouse Corporation.
- Black, J.M., Hawks, J.H, and Keene, A.M. 2001. **Medical-Surgical Nursing : Clinical management for positive outcomes.** 6th ed. Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Bokinskie, J.C. 1992. Family Conference: A Method to Diminish Transfer Anxiety. **Journal of Neuroscience Nursing.** 24(3): 129-133.
- Carmody, S., Hickey, P., and Bookbinder, M. 1991. Perioperative needs families. **AORN** 54(3): 561-567.
- Carpenito, L. J. 1995. **Nursing Diagnosis : Application to Critical Practice.** 6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Domar, A.D., Everett, L.L., and Keller, M.G. 1989. Preoperative anxiety: Is it a predictable entity? **Anesth Analg** 69(6): 763-767.

- Ellis, R.J., and Nowlis, A.E. 1994. **Nursing: a human need approach**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Fortinash, K.M. 1999. **Psychiatric nursing care plans**. St. Louis: Mosby.
- Frederickson, K. 1989. Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. **Heart & Lung** 18(6): 617-622.
- Friedman, M.M. 1986. **Family Nursing: Theory and Assessment**. 2nd ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Garberson, K.B. 1991. The effect of humorous distraction on preoperative anxiety: A pilot study. **AORN** 54(6): 1258-1264.
- Graham, L.E., and Conley, E.M. 1971. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patient. **Nursing Research**. 20(2): 113-122.
- Grainger, R.D. 1990. Dealing with feeling: Anxiety interrupts. **American Journal of Nursing**. 90(2): 14-15.
- Grimm, P.M. 1997. Measuring anxiety. In Frank-Stromborg, M., & Olsem, S.J. (Eds.), **Instruments for clinical health-care research**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Halm, M. 1990. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. **Heart & Lung** 19(1): 62-71.
- Halm, M.A. and Alpen, M.A. 1993. The impact of technology on patients and families. **Nursing Clinic of North America** 28(2): 443-457.
- Hickey, M. 1993. Psychosocial needs of families. In J.M. Cloches, C. Breu., S. Cardin, E.B. Rudy, & A.A. Whitaker (Eds.), **Critical Care Nursing**. Philadelphia: W.S. Saunders.
- Hodak, C.M., Gallo, B.M., and Morton, P.G. 1998. **Critical care nursing : A holistic approach**. Philadelphia: Lippincott.
- Hopkins, A.G. 1994. The trauma nurse's role with families in crisis. **Critical Care Nurse**, April: 35-43.
- House, J.S. 1981. **Work stress and social support**. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Katz, J.R. 1997. Back to basics providing effective patient teaching. **American Journal of Nursing**. 97(5): 33-36.

- Kindler, C.H., Harms, C., Amsler, F., Inde – Scholl, T., and Scheidegger, D. 2000. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. **International Anesthesia Research Society**. 90(3): 706-712.
- Kneisl, C.R. 1996. Stress, anxiety, and coping. In H.S. Wilson & C.R. Kneisl (Eds.). **Psychiatric nursing** 5th ed. California: Benjamin / Cummings publishing.
- Lee, K. 1998. Anxiety and related disorders. In M.A. Boyd, & M.A. Nihart (Eds.). **Psychiatric nursing : Contemporary practice**. Philadelphia: Lippincott.
- Leske, J.S. 1995. Effect of Intraoperative Progress Reports on Anxiety Levels of Surgical Patients' Family Member. **Applied Nursing Research**. 8(4): 169-173.
- Leske, J.S. 1996. Intraoperative Progress Reports Decrease Family Members' Anxiety. **AORN Journal**. 64(3): 424-436.
- Leske, J.S. 2002. Protocols For Practice: Applying Research At The Bedside. **Critical Care Nurse** 22(6): 61-65.
- Manley, K. 1988. The needs and support of relatives. **Nursing**. 3(2): 19-21.
- McGregor, E.A., Fuller, C., and Lee, M. 1981. Care and relatives in ICU. **Nursing Time**. 77(34): 1477-1478.
- McKnight, W. 1976. Understanding the Patient in Emergency. **The Canadian Nursing** 72(6): 20-23.
- Mirr, M.P. 1991. Factors affecting decisions made by family members of patients with severe head injury. **Heart & Lung** 20: 228-235.
- Nicholson, A.C. et.al. 1993. Effect of child visitation in adult critical care units : A pilot study. **Heart & Lung**. 22(1): 36-45.
- Pievantognetti, P., Cevelli, G., Vario, M. 2002. Anxiety, Stress and preoperative surgical nursing. **Prof Inform** 55(3): 180-191.
- Pittman, D., and Fowler, S. 1997. Acute Stress Disorder : Application to families of Head-injured patients. **Journal of Neuroscience Nursing** 30(4): 253-256.
- Potinleara, H. and Paunonen, M. 1996. Alleviating anxiety in nursing patients' significant others. **Intensive and Critical Care Nursing**. 12(6): 327-334.
- Reider, J.A. 1994. Anxiety during critical illness of family member. **Dimensions of Critical Care Nursing** 13(5): 272-279.

- Sabo, K.A. , et.al. 1989. ICU. Family support group sessions : family members' perceived benefits. **Applied Nursing Research**. 2(2): 82-89.
- Spielberger, C.D. 1976. The nature and measurement of anxiety. In C.D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds.), **Cross-cultural anxiety**. Washington: Hemisphere.
- Spielberger, C.D. 1983. **The measurement of State and Trait Anxiety : Conceptual and methodological issue in emotion**. New York: Ravan Press.
- Stanik, J.A. 1990. Caring for the family of the critical surgical patient. **Critical Care Nurse**. 10(1): 43-47.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. 1998. **Pocket guide to psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S.J. 1995. **Principles and practice of psychiatric nursing**. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Suchman, A.L., Botelho, R.J., and Walker, P.H. 1998. **Partnerships in healthcare: Transforming relational process**. New York: University of Rochester.
- Testani-Dufour, L., Chappel-Aiken, L., and Gueldner, S. 1992. Traumatic brain injury: A family experience. **Journal of Neuroscience nursing** 24(6): 317-323.
- Thelander, B.L. 1997. The psychotherapy of Hildegard Peplau in the treatment of people with serious mental illness. **Perspective in Psychiatric Care**. 33(3): 24-32.
- Topp, R., Walsh, E., and Sanford, C. 1998. Can providing paging devices relieve waiting room anxiety? **AORN**. 67(4): 50-51.
- Vacarolis, E.M. 1998. **Foundations of psychiatric mental health nursing**. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Vassar, E.K., and Grogan, J.M. 1995. The beginnings. **Critical Care Nursing Clinics of North America** 7(3): 511-518.
- Videbeck, S.L. 2004. **Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Whitmore, B. 1987. **Living with Stress and Anxiety**. Great Britain: Manchester University.

Yung, P.M.B., Chui-Kam, S., French, P., and Chan, T.M.F. 2002. A controlled Trial of music and preoperative anxiety in Chinese men undergoing transurethral resection of the prostate. *Journal of Advanced Nursing* 39(4): 325-359.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

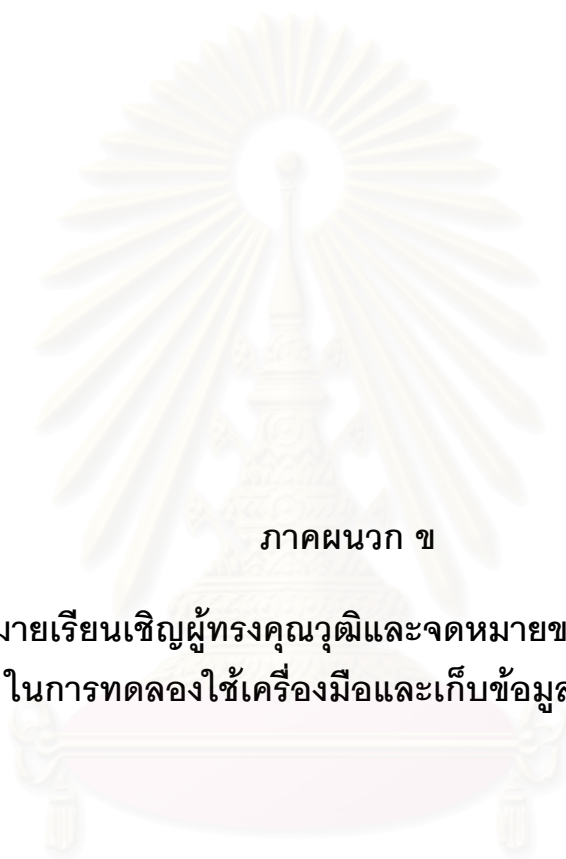
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ | คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. อาจารย์ประณอม หนูเพชร | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. อาจารย์ภารณี เทพส่องแสง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ตรัง |
| 5. นางสาววารุณี เริ่มอรุณรอง | พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7
โรงพยาบาลตรัง |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ
ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/104

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการใช้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์ระดับ 8
2. อาจารย์ ประณอม หนูเพชร อาจารย์ระดับ 7

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา และอาจารย์ประณอม หนูเพชร

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ โทร. 0-9724-8726

ที่ ศธ 0512.11/104

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

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

เนื่องด้วย นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการใช้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ โทร. 0-9724-8726

ที่ ศธ 0512.11/104

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

เนื่องด้วย นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการใช้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ภรณ์ เทพส่องแสง พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ภรณ์ เทพส่องแสง

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ โทร. 0-9724-8726

ที่ ศธ 0512.11/104

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

เนื่องด้วย นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการใช้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววารุณี เริ่มอรุณรองพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาววารุณี เริ่มอรุณรอง

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9810

ชื่อนิสิต นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ โทร. 0-9724-8726

ที่ ศธ 0512.11/104

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

เนื่องด้วย นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของรูปแบบการใช้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล และคู่มือการพยาบาลการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลตรัง ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลงานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9810ที่อนิสิต นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ โทร. 0-9724-8726



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน

ผู้วิจัย นางสาว จุติมา ธารประสิทธิ์
นิสิตพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย อายุ
..... ปี

1. คำชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และผลกระทบจากงานวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลในระยะผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ซึ่งศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 40 ครอบครัว โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินมาจัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลในระยะผ่าตัด จากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 20 ครอบครัว เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูล และตอบแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล และแบบวัดความรู้ หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปเป็นผลการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อพัฒนางานบริการพยาบาลแบบองค์รวม โดยให้การบริการพยาบาลครอบคลุมถึงครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อพัฒนาการเรียนการสอน ค้นหารูปแบบและเนื้อหาข้อมูลที่เหมาะสมกับครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาบุคลากรทางการ

พยายามทำให้มีความรู้ ความสามารถ และเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลและประสิทธิภาพของ ข้อมูลที่จัดให้กับครอบครัวผู้ป่วย และเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามและรับ ฟังข้อมูลจากผู้วิจัย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง ดูกเงิน ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับข้อมูล และแบบวัดความรู้หลังได้รับข้อมูล และทำการอภิปรายภายในครอบครัว แล้ว หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการ รักษาใดๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อ การศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุป ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณี จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด
ฉุกเฉิน
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ สุติมา ธารประสิทธิ์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ลงนามข้างท้ายหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย
รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วม
ศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจ
เกิดขึ้น และจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจาก
การศึกษาดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยนี้
สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย



.....
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

- ส่วนที่ 1 แผนการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด
- ส่วนที่ 2 บทสไลด์มัลติวิชั่นเรื่องการให้ข้อมูลในระยะผ่าตัด
- ส่วนที่ 3 คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 5 แบบวัดความวิตกกังวล
- ส่วนที่ 6 แบบทดสอบความรู้
- ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์และผลการศึกษานำร่อง

แผนการให้ข้อมูล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>- เพื่อ ทำให้ เกิด บรรยากาศที่ดีระหว่าง ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยและผู้วิจัย และ พร้อมรับ ข้อมูลจาก ผู้วิจัย</p>	<p style="text-align: center;">ชั้นการให้ข้อมูล</p> <p>1. การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ สุติมา ธารประสิทธิ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำการวิจัย เรื่องผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัว ผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ความก้าวหน้าของการผ่าตัด สภาพแวดล้อม ในห้องผ่าตัด บุคลากรทีมสุขภาพ และสถานที่ที่จะย้ายผู้ป่วย เข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายครอบครัว ผู้ป่วยด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเอง พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง และขอ ความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของ การเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของ ครอบครัวผู้ป่วยในการเข้าร่วม วิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดได้ตอบกับผู้วิจัย</p>	<p style="text-align: center;">-</p>	<p style="text-align: center;">-</p> <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออก ของครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบสภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด</p>	<p>2. การให้ข้อมูล</p> <p>2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>ขณะที่ผู้ป่วยกำลังได้รับการช่วยเหลือเข้ารับการผ่าตัดจากทีมแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด ซึ่งมีความตั้งใจและเต็มใจในการให้การรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ สุดความรู้ความสามารถ โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค..... กำลังได้รับการผ่าตัด.....</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการอธิบาย พูดคุย และเปิดโอกาสให้ซักถาม</p>	-	<p>ผู้วิจัยใช้การซักถามย้อนกลับเป็นระยะ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>
<p>- เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบถึงความก้าวหน้าของการผ่าตัด</p>	<p>2.2 ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังได้รับการผ่าตัด.....โดยนายแพทย์..... คาดว่าจะใช้เวลาอีกประมาณ..... จึงจะเสร็จสิ้น</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการอธิบาย พูดคุย และเปิดโอกาสให้ซักถาม</p>	-	<p>ผู้วิจัยใช้การซักถามย้อนกลับเป็นระยะ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>
<p>- เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั่วไปของห้องผ่าตัดเพื่อลด</p>	<p>2.3 สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด</p> <p>ห้องผ่าตัดมีประตู 3 ชั้น เมื่อผ่านประตูชั้นนอกจะมีที่สำหรับเปลี่ยนรองเท้า ซึ่งญาติที่จะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยในห้องพักฟื้นหลังจากที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นจากการผ่าตัดจะต้องเปลี่ยนรองเท้าก่อน นอกจากนี้จะต้องใส่เสื้อคลุมด้วย ภายในห้อง</p>	<p>ผู้วิจัยมอบ “ คู่มือการให้ข้อมูลผ่าตัดสำหรับครอบครัวผู้ป่วย” ให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวผู้ป่วย</p>	<p>วีดิทัศน์</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย</p>	<p>ผ่าตัดประกอบด้วย ห้องรับส่งผู้ป่วย ห้องประชาสัมพันธ์ สำหรับการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานและครอบครัวผู้ป่วย ห้องผ่าตัดจำนวน 8 ห้อง ห้องพักฟื้น ห้องเก็บของปราศจากเชื้อ ห้องประชุม ห้องล้างและห่อเครื่องมือ และห้องนั่งของปราศจาก</p> <p>2.4 บุคลากรที่มีสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วยจะได้รับการบริการผ่าตัดจากบุคลากรที่มีสุขภาพ จนสุดความสามารถด้วยความเต็มใจ และจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ซึ่งแต่งกายด้วยชุดสีเขียวหรือสีม่วง วิสัญญีแพทย์แต่งกายด้วยชุดสีเขียว สีม่วงและสีชมพู พยาบาลผ่าตัดแต่งการด้วยชุดสีเขียววิสัญญีพยาบาลแต่งการด้วยชุดสีเขียวและสีชมพู พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้แต่งกายด้วยชุดสีฟ้า พนักงานทำความสะอาดแต่งกายด้วยชุดสีเขียวย่อน และพนักงานเปลแต่งกายด้วยเสื้อสีเขียวอ่อนและกางเกงสีดำตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด รวมถึงการดูแลในห้องพักฟื้น โดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ ตามสภาพหรืออาการของผู้ป่วย ทีมสุขภาพจะคอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยช่วยดูแลให้ได้รับความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p>	<p>คู่มือประกอบ</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวผู้ป่วย คู่มือและวีดิทัศน์ประกอบ</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>วีดิทัศน์</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบถึงการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัด</p>	<p>กับผู้ป่วย ป้องกันและแก้ไขปัญหเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ช่วยในการผ่าตัดดำเนินไปอย่างสะดวก รวดเร็วและต่อเนื่อง ประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ และประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน</p> <p>2.5 สถานที่ที่จะให้ผู้ป่วยย้ายเข้าไปพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด</p> <p>หลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด ผู้ป่วยจะย้ายไปสังเกตอาการในห้องพักฟื้นจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีอาการผิดปกติ จึงย้ายไปพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วย</p> <p>2.6 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p> <p>1. กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้ญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ - จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงโดยเร็ว และลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมงถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา - กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วย 	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวผู้ป่วยดูคู่มือประกอบ</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวผู้ป่วยดูคู่มือประกอบ</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>วีดิทัศน์</p> <p>คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p> <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถหาแหล่งประโยชน์ได้เพียงพอและมีมากพอที่จะใช้ในการเผชิญความวิตกกังวล และแก้ไขปัญหา</p>	<p>ตนเองเพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียงและลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ควรพลิกตะแคงตัวให้ทุก 1-2 ชั่วโมง 3. ดูแลรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัด 4. หากแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล 5. ลดการกระทบกระเทือนบริเวณแผลในแผลที่ยังไม่ตัดใหม่ และการส่งเสริมให้ทำกิจกรรม/ออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่แผลดีขึ้นและช่วยให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น <p>2.7 คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม</p> <p>สำหรับแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล และองค์กรในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการแก้ปัญหาที่ท่านมีและกำลังเผชิญอยู่นั้น ได้แก่ ห้องสมุดโรงพยาบาลตรง ห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลตรง ห้องสมุดประชาชน บุคลากรทางด้านสุขภาพทุกคน ร่วมกับการดึงเอาแหล่งประโยชน์และ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวผู้ป่วยดูคู่มือประกอบ</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง และใช้แบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80%)</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	แหล่งสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่ครอบครัวของผู้ป่วยมีอยู่แล้ว			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทวิทัศน์ เรื่อง “การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน
เพื่อลดความวิตกกังวล”

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
1.	LOGO โรงพยาบาลตรัง ฉายภาพหน้า โรงพยาบาล ผ่านเข้ามาทางห้องตรวจผู้ป่วยนอกและ ห้องฉุกเฉิน มีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการจำนวนมาก	เสียงดนตรี บรรยาย: “ยินดีต้อนรับเข้าสู่โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางทุกสาขา และมีความพร้อมที่จะรักษาผู้ป่วยทุกประเภท”
2.	ภาพฉายแสดง - ภาพรถ Ambulance ขับเข้ามาในโรงพยาบาล	เสียงดนตรี บรรยาย: เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องมี อาการผิดปกติ เช่น ปวดแน่นท้อง ท้องตึงแข็ง ปวดท้องมาก สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง ผิดปกติไปจากเดิม หรือจนถึงขั้นหมดสติไป จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินซึ่ง ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์
3.	ภาพฉายแสดง - ภาพผู้ป่วยถูกเข็นมาที่ห้องผ่าตัด	เสียงดนตรี บรรยาย: ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานหนึ่งของ โรงพยาบาลตรังที่มีขีดความสามารถและมี ความพร้อมที่จะให้บริการผ่าตัดผู้ป่วยทุกโรค ด้วยทีมงานที่พร้อมไปด้วยแพทย์และพยาบาล
4.	ภาพฉายแสดง - สภาพแวดล้อมหน้าห้องผ่าตัดและ บรรยากาศภายในห้องผ่าตัด	เสียงดนตรี บรรยาย: “ห้องผ่าตัดประกอบไปด้วย ห้อง รับส่งผู้ป่วย ห้องประชาสัมพันธ์สำหรับการ ติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานและ ครอบครัวผู้ป่วย ห้องผ่าตัดจำนวน 8 ห้อง ห้องพักฟื้น ห้องเก็บของปราศจากเชื้อ ห้อง ประชุม ห้องล้างและท่อเครื่องมือ และห้องนั่ง ของปราศจากเชื้อ”

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
5.	<p>ภาพฉายแสดง</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรในห้องผ่าตัด - การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ต้อนรับ 	<p>เสียงดนตรี</p> <p>บรรยาย: “เมื่อผู้ป่วยอันเป็นที่รักของท่านเข้ามาในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการบริการผ่าตัดจากบุคลากรที่มีสุขภาพจนสุดความสามารถด้วยความเต็มใจ จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอย่างมีประสิทธิภาพตลอดระยะเวลาของการผ่าตัดรวมถึงการดูแลในห้องพักฟื้น โดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆตามสภาพหรืออาการของผู้ป่วยจากที่มีสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ศัลยแพทย์ซึ่งแต่งกายด้วยชุดสีเขียวหรือสีม่วง ทัศนวิสัยแพทย์แต่งกายด้วยชุดสีเขียว, สีม่วงและสีชมพู พยาบาลผ่าตัดแต่งกายด้วยชุดสีเขียว ทัศนวิสัยพยาบาลแต่งกายด้วยชุดสีเขียวและสีชมพู พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้แต่งกายด้วยชุดสีฟ้า พนักงานทำความสะอาดแต่งกายด้วยชุดสีเขียวอ่อน และพนักงานเปลแต่งกายด้วยเสื้อสีเขียวอ่อนและกางเกงสีดำ”</p>
6.	<p>ภาพฉายแสดง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาพผู้ป่วยเข้ามาถึงห้องผ่าตัด - ภาพการช่วยย้ายผู้ป่วย 	<p>เสียงดนตรี</p> <p>บรรยาย:พยาบาลกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง “สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ... จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลานี้ หากคุณต้องการอะไรหรือมีข้อสงสัยอะไร สอบถามดิฉันได้ค่ะ”</p> <p>“เมื่อผู้ป่วยเข้ามาถึงห้องผ่าตัด เชิญสมาชิกครอบครัว นั่งรอที่ห้องรับส่งผู้ป่วยประมาณ 5 นาที เจ้าหน้าที่พยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ช่วยย้ายผู้ป่วยจากเปลนอกห้องเปลในอย่างนุ่มนวล ดูแลความเรียบร้อย จากนั้นจึงย้ายผู้ป่วยเข้าไปในห้องผ่าตัด”</p>

ลำดับที่	ภาพ	เสียง
7.	ภาพฉายแสดง - สภาพภายในห้องพักฟื้น	เสียงดนตรี บรรยาย: “เมื่อการผ่าตัดสิ้นสุด ผู้ป่วยจะถูกย้ายเข้ามาสังเกตอาการต่อภายในห้องพักฟื้นซึ่งจะมีวิสัญญีพยาบาลคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งมั่นใจว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีอาการผิดปกติก็จะย้ายผู้ป่วยไปนอนพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม”



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ในการทำผ่าตัดแต่ละครั้ง จะมีบุคลากร ทีมสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด และพนักงานเปลคอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยช่วยดูแลให้ได้รับความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้งที่ ช่วยในการผ่าตัดดำเนินไปอย่างสะดวก รวดเร็วและต่อเนื่อง คอยประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ และประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน

หลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยจะย้ายไปพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดังนี้

1. กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

1.1 หากแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีคุณค่าและพลังงานเพียงพอ เช่น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตสูง เพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาหารประเภทโปรตีนเพื่อช่วยในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และช่วยในการหายของแผล นอกจากนี้ อาหารประเภทวิตามิน เช่น วิตามินซี จะช่วยให้บาดแผลหายเร็วขึ้น ช่วยในการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น

1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าและออกลึก ๆ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหัวสูง หรืออยู่ในท่านั่ง เพื่อให้ทรวงอกขยายออกได้เต็มที่ สูดหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกแล้วค่อย ๆ ผ่อนออกทางปาก ทำเช่นนี้ประมาณ 5 – 10 ครั้ง ทุกชั่วโมงหลังผ่าตัด จะช่วยทำให้ปอดขยายตัวได้ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ เช่น ภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด

1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางเดินหายใจ โดยเฉพาะ ที่เกิดจากการคั่งของเสมหะในปอด โดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจแล้วไอออกมาแรง ๆ การไอที่ถูกต้อจะช่วยกำจัดเสมหะที่คั่งค้างอยู่ทั้งหมด

1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวและลุกจากเตียง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงโดยเร็ว และลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมงถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษาเพราะการนอนท่าเดียวนาน ๆ จะทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกไม่ดี การหมุนเวียนอากาศในปอดลดลง มีการคั่งของเสมหะในปอดได้ง่าย นอกจากนี้ยังทำให้มีการระบายของเลือด น้ำเหลืองหรือสิ่งคั่งค้างจากท่อน้ำเหลืองต่าง ๆ เป็นไปไม่สะดวก การไหลเวียนของเลือดก็ไม่ดีและเกิดแผลกดทับได้ง่าย ดังนั้นจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนพลิกตะแคงตัวไปมาโดยใช้ไม้กั้นเตียงช่วย ควรทำทุก 1 – 2 ชั่วโมง และควรลุกนั่งหรือยืนทันทีเมื่ออาการดีขึ้น

1.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังแขนขา เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด โดยให้ผู้ปวยนอนในท่าหัวสูงเล็กน้อยหรือนอนในท่าที่สบาย และออกกำลังกายแขนหรือขาที่ละข้าง โดยเฉพาะการเหยียดออกหรืองอเข้าของข้อทุกข้อ หรืออาจออกกำลังกายโดยการหดเกร็งของกล้ามเนื้อก็ได้

1.6 กระตุ้นให้ผู้ปวยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองเพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน ๆ

2. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

2.1 ควรพลิกตะแคงตัวให้ผู้ปวยทุก 1 - 2 ชั่วโมง และดูแลความเรียบร้อย ความสะอาดของผ้าปูเตียง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.2 ช่วยออกกำลังกายแขนขาผู้ป่วย โดยการช่วยเหยียดออก หรืองอเข้าของข้อทุกข้อ เพื่อป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง

3. ลดการกระทบกระเทือนบริเวณแผลในแผลที่ยังไม่ตัดไหม และส่งเสริมให้ทำกิจกรรม/ออกกำลังกาย ญาติควรหลีกเลี่ยงการ

กระทบกระเทือนแผลผ่าตัดกรณีแผลยังไม่ตัดไหม เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่แผลดีขึ้นและช่วยให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น

4. แหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล และองค์กรในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ ห้องสมุดโรงพยาบาลต้ง ห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลต้ง ห้องสมุดประชาชน บุคลากรทางด้านสุขภาพทุกคน ร่วมกับการดึงเอาแหล่งประโยชน์ และแหล่งสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่ครอบครัวของผู้ปวยมีอยู่แล้ว



คู่มือ

สำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด



ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง () หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม
4. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย
 () หย่า () แยก
5. การศึกษา () ไม่ได้เรียน
 () ระดับประถมศึกษาที่
 () ระดับมัธยมศึกษาที่
 () ระดับอาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา
 () ระดับปริญญาตรี
 () สูงกว่าระดับปริญญาตรี
6. อาชีพ () รับจ้าง () เกษตรกร () ทำธุรกิจส่วนตัว
 () รับราชการ () อื่นๆ
7. รายได้ () ต่ำกว่า 5,000 บาท
 () 5,001-10,000 บาท
 () มากกว่า 10,000 บาท
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย () บิดา / มารดา () พี่ / น้อง () อื่นๆ

ข้อมูลของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย)

9. เพศของผู้ป่วย () ชาย () หญิง
10. อายุของผู้ป่วย ปี
11. การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย
12. ชนิดของการผ่าตัด

ตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล

- กลุ่ม () ควบคุม () ทดลอง
- () Pre-test วันที่ เวลา
- () Post-test วันที่ เวลา

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบว่าถูกหรือผิด จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง **ไม่มีเลย** คือ ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้

หมายเลข 2 หมายถึง **มีบ้าง** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้เล็กน้อย

หมายเลข 3 หมายถึง **ค่อนข้างมาก** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก

หมายเลข 4 หมายถึง **มากที่สุด** คือ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มากที่สุด

ความวิตกกังวล	ไม่มีเลย 1	มีบ้าง 2	ค่อนข้างมาก 3	มากที่สุด 4
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด				
4.				
5.				

ตอนที่ 3 แบบวัดความรู้

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการวัดความรู้ที่ผู้วิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ โดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ **ถูก** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น **ถูกต้อง**

เลือกตอบ **ผิด** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น **ผิด**

คำถาม	ถูก	ผิด
1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอดเวลาที่ได้รับการผ่าตัด		
2. ภายในห้องผ่าตัดมีเครื่องดูดสารคัดหลั่งและเครื่องจี้ห้ามเลือด		
3. วิสัญญีแพทย์ไม่ได้เป็นหนึ่งในบุคลากรทีมสุขภาพ		
4.		
5.		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์

ความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน

1. ขณะรอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ท่านมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลผ่าตัด
() ต้องการ () ไม่ต้องการ

2. ข้อมูลที่ท่านต้องการจากพยาบาลผ่าตัด

.....

.....

.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน จำนวน 15 คน

พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลขณะผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 93.3 ซึ่งรายละเอียดข้อมูลที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยต้องการ มีดังนี้

1. ต้องการทราบว่าผู้ป่วยจะใช้เวลาในการผ่าตัดนานเท่าใด และมีความปลอดภัยหรือไม่ ร้อยละ 86.7
2. ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจ และต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ร้อยละ 86.7
3. ต้องการให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพราะเป็นห่วงผู้ป่วยมาก ร้อยละ 90.2



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวฐิติมา ธารประสิทธิ์ เกิดวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2519 ที่จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อปี พ.ศ.2541 เข้าศึกษาในหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ.2545
ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลประจำการระดับ 6 งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ตรัง
จังหวัดตรัง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย