

บทที่ 2



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและใช้สัญญาณบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว ในระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับเนื้องอกสมอง
 - 1.1 โรคเนื้องอกสมองและการรักษา
 - 1.2 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว
2. แนวความคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.1 ความหมายของการดูแล
 - 2.2 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.3 ประเภทของผู้ดูแล
 - 2.4 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.5 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 3.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.2 การแสดงออกของความวิตกกังวล
 - 3.3 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 3.4 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
 - 3.6 ระดับความวิตกกังวล
 - 3.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล
 - 3.8 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

3.9 บทบาทของพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
ผ่าตัดเนื้องอกสมอง

3.10 บทบาทของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
 - 4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
 - 4.2 เนื้อหาของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด
 - 4.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
5. แนวคิดเกี่ยวกับสุคนธ์บำบัด
 - 5.1 ความหมายของสุคนธ์บำบัด
 - 5.2 ประวัติศาสตร์การใช้น้ำมันหอมระเหย
 - 5.3 การใช้สุคนธ์บำบัด
 - 5.4 ผลของน้ำมันหอมระเหยต่อระบบอวัยวะของร่างกาย
 - 5.5 สุคนธ์บำบัดในแนวจิตบำบัด (Psycho- aromatherapy)
 - 5.6 ความปลอดภัยในการใช้น้ำมันหอมระเหย
 - 5.7 รูปแบบการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อสุคนธ์บำบัด
6. โปรแกรมการให้ข้อมูล
7. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัด
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับเนื้องอกสมอง

1.1 โรคเนื้องอกสมองและการรักษา (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง นับว่าเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่งจัดอยู่ในพวกเป็นก้อนขยายตัวได้ในช่องกะโหลกศีรษะ (intracranial expanding lesion) ทำให้เกิดมีการสูญเสีย ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทได้ต่าง ๆ กัน เมื่อก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ก็จะเป็นเหตุให้มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงและสูญเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นชีวิตของผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับความสามารถตรวจให้การวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรค ให้การรักษาได้ถูกต้องและทันการณ์ เนื้องอกสมองส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์ของเนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นสมอง (primary brain tumor) และส่วนน้อยเป็นเนื้องอกที่กระจายไปจากมะเร็งของอวัยวะอื่น (metastatic brain tumor) พวกที่เกิดเริ่มแรกในสองนั้นจะเป็นได้ทั้งเนื้องอกชนิดร้ายและไม่ร้าย

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงของสมองต่อเนื้องอก

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา

เมื่อมีเนื้องอกในสมองหรือก้อนที่ขยายตัวได้อย่างอื่นเกิดขึ้นภายในช่องกะโหลกศีรษะจะทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาของสมองได้หลายอย่างที่สำคัญ คือ

1) อาการลมชัก อาการลมชักที่เป็น focal seizure จะแสดงถึงตำแหน่งของเนื้องอกที่ผิวของสมอง เนื้องอกพวก extraaxial เช่น meningioma จะมีอาการลมชักนำมาก่อนอาการอื่น ๆ แต่เนื้องอกพวก intraaxial จะมีอาการ focal neurologic deficit หรือ papilloedema นำมาก่อนอาการลมชัก

2) ระบบประสาทเสียหายที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) การเสียหายที่ระบบประสาทเฉพาะที่จะบ่งถึงตำแหน่งของเนื้องอก กลไกของเนื้องอกที่ไปทำให้ระบบประสาทเสียหายที่มีหลายแบบ เช่น

- การทำลายเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอก glioma บริเวณ internal capsule ทำให้แขนขาตรงข้ามอ่อนแรง

- การเบียดดันเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอก glioma ที่ temporal lobe ทำให้แขนขาตรงข้ามอ่อนแรง ถ้าผ่าตัด temporal lobectomy อาการอ่อนแรงของแขนขาจะหายไป

- การบวมของเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอกทุติยภูมิ (metastasis) มีเนื้อสมองรอบๆ บวม แขนขาอ่อนแรง ถ้าให้ยา ยุบบวม อาการอ่อนแรงของแขนขาก็หายไป

- การขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง เนื่องจากเส้นเลือดถูกกดหรืออุดตันจากเนื้องอก ตัวอย่าง parasagittal meningioma ที่ลามเข้าไปอุดตัน superior sagittal sinus ทำให้ขาสองข้างอ่อนแรง medial sphenoid ridge meningioma ไปกดรัด internal carotid artery เกิด cerebral ischemia และแขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง

- การเกิด brain herniation ตัวอย่าง tentorial และ foramen magnum herniation

- การกดเส้นประสาทสมองโดยตรง ตัวอย่าง acoustic neuroma ไปกด trigeminal nerve, facial nerve ทำให้เสียหน้าที่ เป็นต้น

3) ระบบประสาทเสียหายที่ทั่ว ๆ ไป (diffuse neurologic deficit) การเสียหายที่ของระบบประสาททั่ว ๆ ไป อาจมีเพียงสติปัญญาและความสนใจเสื่อมจนถึงไม่รู้สติ ทั้งนี้เป็นผลของความดันสูงในโพรงกะโหลกและมี hydrocephalus ร่วมด้วย

4) ภาวะความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง (Increased ICP) โดยทั่วไปแล้วก่อนที่ขยายตัวได้เพียงอย่างเดียวมักไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะมากนัก แต่ความดันที่สูงมักจะเป็นผลรวมของการขยายตัวของตัวก้อนนั้นกับพยาธิสภาพที่เกิดตามหลังการมีก้อน อันได้แก่ สมองบวม (brain edema), venous congestion, การไหลเวียนของเลือดภายในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ และมีการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง การมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้นั้น เกิดจาก

4.1) เนื้องอกมีการขยายตัวร่วมกับสมองบวมกรณีนี้ ได้แก่ malignant tumor ซึ่งสมองบวมจากกลไกสองอย่าง คือ primary toxic ของเนื้อร้ายที่มีต่อเนื้อสมองและจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดในบริเวณที่มีก้อน

4.2) การไหลเวียนของเลือดในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ ก้อนเนื้องอกอาจกีดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอยตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอก ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่ดี มีเลือดดำคั่ง จึงเป็นเหตุให้สมองบวม

4.3) การอุดตันทางเดินน้ำไขสันหลัง (CSF obstruction) การอุดตันของน้ำไขสันหลัง อาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดก็ได้ในทางเดินของ CSF ทำให้เกิด obstructive hydrocephalus อาการของผู้ป่วยอาจเลวลงจนถึงกับหมดสติได้ในระยะเวลาสั้น การอุดตันทางเดิน CSF อาจเกิดจากเนื้องอกขนาดเล็กที่อยู่ภายใน ventricular system หรือเนื้องอกอยู่นอก ventricular system แล้ว

โตไปเบียดทางเดิน CSF ในตำแหน่งที่แคบ เช่น บริเวณ aqueduct of Sylvius หรือทางออก (foramen) ต่าง ๆ ของ ventricles

ปัจจัยทั้ง 3 อย่างที่กล่าวมานี้ไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันท่วงที ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ผ่านไป การแก้ไขที่สำคัญที่สุดก็คือ การรักษาต้นเหตุ แต่ในบางรายก็ไม่สามารถรักษาต้นเหตุได้ ทำให้ยังคงมีการอุดตันทางเดิน CSF อยู่ในกรณีเช่นนี้ก็ต้องระบาย CSF ออกเพื่อลดความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะเพราะหากปล่อยให้มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองที่สำคัญ 2 อย่าง คือ มีปริมาณเลือดที่ไปสู่สมองลดลง และเกิดภาวะ brain herniation กด brain stem ทำให้หน้าที่ของ brain stem เสียไป ผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมในที่สุด

1.1.2 การรักษาเนื้องอกสมอง แบ่งเป็น 2 แบบ ดังต่อไปนี้

1) curative treatment วิธีการนี้เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกหมด ผู้ป่วยจะหายขาดจากโรคเนื้องอก สามารถทำได้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกแบบ extraaxial เช่น meningioma, acoustic neuroma และเนื้องอก intraaxial บางชนิด เช่น cystic astrocytoma of cerebellum ในเด็กถ้าตัดเอา mural nodule ออกให้หมด ผู้ป่วยจะหายขาดจากโรคได้

2) palliative treatment ใช้ในเนื้องอกสมองแบบ intraaxial ที่ไม่สามารถจะตัดเอาเนื้องอกออกได้หมดเพราะอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญของสมอง ถ้าศัลยแพทย์พยายามจะตัดเอาเนื้องอกออกหมดจะทำให้อัตราการตายและคุณภาพสูง ไม่คุ้มค่ากัน การรักษาวิธีนี้มีหลายแบบ

1.2 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรคเนื้องอกสมอง

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับ การผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

1.2.1 ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา (Speech and language deficit)

เนื่องจาก ขณะผ่าตัดมีการไหลเวียนของเลือดสู่สมองลดลง หรือมีการกระทบกระเทือน บริเวณสมองส่วนที่ควบคุมการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกที่เด่นในคนที่ถนัดขวา จะเกิดความบกพร่องทางด้านคำพูด และสื่อภาษา ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ ดังนี้

1.2.1.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (receptive or sensory aphasia) ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนขมับ (temporal lobe) ซึ่งเป็นที่ตั้งของเวอนิกส์ (Wernicke's area) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำความเข้าใจภาษา การฟังและการอ่าน ซึ่งจะสามารถพูดได้แต่ไม่สอดคล้องกับการสนทนา

1.2.1.2 ไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อภาษา (motor expressive aphasia) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อภาษา โดยสามารถเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ และรู้ว่าจะต้องตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่ว อาจพูดตะกุกตะกักหรือเขียนไม่เป็นประโยค จะพบในรายที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณโบรคา (Broca's area)

1.2.1.3 ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (expressive receptive aphasia) จะมีความผิดปกติทั้งด้านการพูด การอ่านและการเขียน เรียกว่า global aphasia พบในผู้ที่เกิดพยาธิสภาพที่บริเวณเวอนิกส์และโบรคา

1.2.2 ความบกพร่องด้านการรับรู้และการรับรู้สัณฐานเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กลีบสมองส่วนบนซีกที่ไม่เด่น มักพบความบกพร่องในการรับรู้ หรือขาดความสนใจในความผิดปกติของร่างกายด้านที่เสียหายที่ และอาจพบร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพที่เปลือกสมอง เช่น ไม่สามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัส (astereogenesis) การสูญเสียความสามารถในการแยกแยะจุดสองจุด (two-point discrimination) แต่ถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น (cerebral dominance) อาจเกิดกลุ่มอาการไมสบาย Gerstmann's syndrome ได้แก่ อ่านหนังสือไม่ได้ (alexia) เขียนไม่ได้ (agraphia) คำนวณไม่เป็น (acalulia) จำชื่อนิ้วแต่ละนิ้วไม่ได้ (finger agnosia) ไม่รู้จักซ้ายขวา (right-left disorientation) จึงทำให้มีปัญหาด้านการแต่งกาย ไม่สามารถสวมใส่กางเกงได้ ทั้ง ๆ ที่เคลื่อนไหวแขนขาได้ รวมถึงปัญหาการตัดสินใจ การคาดคะเนระยะทาง ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.2.3 มีการสูญเสียสายตาในครึ่งข้างเดียวกันของตา ผู้ป่วยจะมองเห็นเพียงด้านเดียว และมีความบกพร่องของสนามการมองเห็นอีกด้านหนึ่ง ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วนบนและส่วนขมับ รอยโรคที่หลงเหลือจากการผ่าตัดที่มีผลกระทบต่ออาการมองเห็น (optic tract) ซึ่งจะส่งผลไปยังสมองส่วนท้ายทอยเกิดการละเลย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านซ้าย ทำให้มี

ผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และอาจเกิดร่วมกับการมองเห็นภาพ (diplopia) ซึ่งอาจพบชั่วคราวได้ภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนของประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของนัยน์ตา คือ ประสาทคู่ที่ 3,4 และ 6 โดยขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อนัยน์ตาทั้งสองข้างไม่สามารถถลอกไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ

1.2.4 ความบกพร่องทางด้านการเคลื่อนไหว อาจเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง(paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคในส่วนซีรีเบลลัมจะทำให้เกิดความบกพร่องของการพูด กล้ามเนื้อบริเวณปากสั่นกระตุกจนทำให้พูดตะกุกตะกัก (dysarthria) และอาจพบมีการชว่นเขในส่วนลำตัว (truncalataxia)ไม่สามารถแกว่งแขนสลับแขนไปด้านตรงข้ามได้ตามปกติ (dysdiadochokinesia) อาการสั่นร้ว (intention tremor) และอาจมีอาการตึงตัวอย่างรุนแรงร่วมกับการเคลื่อนไหว ถ้ามีรอยโรคกดทับแกนสมอง (Sinclair, 1991)

1.2.5 อาการชักใน Brain tumor ที่พบบ่อย คือ การมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่ง Supratentorial (Wen and Black, 2001) สาเหตุของอาการชักรุนแรงนั้นยังไม่แน่ชัด แต่อาจจะมีอิทธิพลจากสารสื่อประสาท (neurotransmitter)

1.2.6 กลุ่มอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการแสดงของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว หรือมี papilledema (choked disc) บุคลิกเปลี่ยนแปลงความรู้สึกลดลง เห็นภาพซ้อน (diplopia) ร่วมกับระบบประสาทเสียหายที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) การเสียหายที่ระบบประสาทเฉพาะที่จะบ่งถึงตำแหน่งของเนื้องอกได้ กลไกของเนื้องอกที่ไปทำให้ระบบประสาทเสียหายที่ จากการรายงานการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัดและปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-204 เดือน (mean = 33.59) และมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การมองเห็นผิดปกติ (49.1%) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marin et al. (2000) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์: อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acoustic พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96% และสูญเสียการทรงตัว 78% และพบว่า 20% มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38% พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ 13% มีอาการเกิดขึ้น

พร้อมกัน 10 อาการ

1.2.7 การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (personal change) อาจเกิดจากการทำลายของสมองโดยตรง หรืออาจมีปัจจัยทางจิตร่วมด้วย ฮิคคี (Hickey, 1992) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยมักจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพที่เกิดขึ้น เช่น ความสะเพร่ามั่งง่าย (disorderliness) มักสงสัย (suspiciousness) ชอบทะเลาะวิวาท (argumentativeness) แยกตัว (isolativeness) วิตกกังวล (anxiety) เป็นต้น ถ้ามีรอยโรคที่สมองส่วนหน้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก

(child-like behavior) ถือตนเองเป็นสำคัญ (self centeredness) ขาดการเอาใจใส่ตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจมารยาทสังคม ขาดเหตุผลในการตัดสินใจ มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยไม่ได้คิดไว้ล่วงหน้า (impulsiveness) เชื่องซึม (lethargy) ปราศจากความรู้สึกหรืออารมณ์ (apathy) ไม่รู้จักตนเอง (impaired sense of self identity) ถ้ามีรอยโรคที่สมองด้านข้างจะมีพฤติกรรมที่รุนแรงและอาจมีอาการชักร่วมด้วย

1.2.8 การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา (intellectual change) เป็นผลโดยตรงจากการทำลายเนื้อสมองทำให้มีผลต่อการรับรู้ (cognitive) ผู้ป่วยจะมีความสามารถต่าง ๆ เสื่อมลง เช่น การคำนวณ การใช้ภาษา สมารถ ความคิด ความจำ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยด้านสติปัญญา คือ การลืม (amnesia) ผู้ป่วยบางรายจะสูญเสียความทรงจำที่ผ่านไป (recent memory) ซึ่งมักพบรอยโรคบริเวณสมองส่วนขมับหรือบางคนสูญเสียความจำในอดีต ที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา (remote memory) มักพบรอยโรคกระจายไปในสมองทั้งสองซีก

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองและ/หรือได้รับการผ่าตัด อาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า คลุ้มคลั่ง หรือความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของการเจ็บป่วย ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์และทำนายผลที่จะเกิดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินและมองไม่เห็นจุดหมายของเหตุการณ์ทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ หรืออาจเนื่องมาจาก

ปัญหาด้านการสื่อสารมีผลทำให้เกิดการเก็บกดทางอารมณ์ หรือจากความบกพร่องทางร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกตนเองเป็นภาระผู้อื่น สูญเสียหน้าที่ทางสังคมทำให้รู้สึกควมมีคุณค่าในตนเองลดลง มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกคับข้องใจ (frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) รู้สึกกลัว (fear)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องและความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาการออกจากงาน และปัญหาเศรษฐกิจที่ตามมา จากการศึกษาของ Fox and Lantz (1998) พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรค ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาด้านการเงิน นอกจากนี้อาการของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัดจะมีความผิดปกติทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กล่าวคือ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง มีความบกพร่องในด้านความจำ การตัดสินใจและการสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ต้องพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพ อารมณ์แปรปรวน ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ หรืออาจถูกออกจากงาน จะเห็นได้ว่าจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเข้ามาช่วยดูแลสนับสนุนผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว

1.3.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996: 302)

ในระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจริงและได้ทำความเข้าใจ และแก้ไขความเชื่อผิดๆ ซึ่งมีประโยชน์มาก ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่กังวลออกมา การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดที่ชำนาญการ การพัฒนาเทคนิครวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดี

ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้เรียนรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย และสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าไปในห้องผ่าตัด

การสอนก่อนผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996: 306-307) เป็นหน้าที่ของพยาบาล เป็นกระบวนการกระทำที่ทำให้เกิดความเข้าใจ การใช้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ระหว่างการเยี่ยมก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดของผู้ป่วยคนนั้น โดยเฉพาะรวมทั้งพยาบาลผ่าตัดสอนผู้ป่วยถึงการมีส่วนร่วมในการพักผ่อนหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะเรียนรู้ ซึ่งการสอนก่อนผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) การให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัด กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกทางกาย ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นและคาดหวังอะไร และยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล

2) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การได้พูดคุยช่วยเพิ่มกลไกการต่อสู้กับความวิตกกังวล ความกลัวและทำให้อารมณ์ดีขึ้น

3) การฝึกทักษะ การแนะนำการปฏิบัติให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้การพักฟื้นหลังผ่าตัดเร็วขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การสอนที่มีประสิทธิภาพนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรม โดยได้รับการเตรียมด้านจิตใจ และร่างกายเพื่อรับการผ่าตัดดีขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้การใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่มีผลทางบวกในการเรียนรู้การช่วยเหลือตนเอง วางแผนการจำหน่ายกลับบ้านตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สิ่งที่ตนคาดหวัง และสถานที่ซึ่งจะขอความช่วยเหลือหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น กลุ่มสนับสนุนต่าง ๆ นอกจากการสอนผู้ป่วยแล้วพยาบาลต้องช่วยให้สมาชิกครอบครัวในการรับรู้ถึงสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถเพิ่มขึ้น การรักษาจะสำเร็จหรือล้มเหลวบ่อยครั้งขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ความรู้ของครอบครัวผู้ป่วยและการเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ทักษะ การต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ และความเต็มใจให้การช่วยเหลือของเหล่าสมาชิกครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพักฟื้น ดังนั้นการสอนต้องทำในระดับสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งทรัพยากร (เพียร์จิตต์ ภูมิสิริกุล, 2546)

1.3.2 การพยาบาลแรกรับก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัด

ผู้ป่วยบางคนอาจนอนไม่หลับในคืนก่อนผ่าตัด (Atkinson and Fortunato, 1996: 102)

และในวันทีรอไปห้องผ่าตัดก็เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก (Hyde, Bryden and Asbury, 1998; Belbin, 2000) ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดควรให้ความสนใจผู้ป่วยทันทีที่มาถึงห้องเตรียมผ่าตัดโดยการต้อนรับและทักทายแสดงความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและครอบครัว การเรียกชื่ออย่างสุภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ยิ้มให้อย่างเป็นมิตร ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีผ้าปิดปาก-จมูก ก็อาจแสดงความเป็นมิตรด้วยสายตาและสัมผัส

ผู้ป่วยที่ต้องรออยู่ในห้องพักรอผ่าตัดจะเกิดความวิตกกังวลมาก (Winter, Paskin, and Baker, 1994) ผู้ป่วยที่รอคอยการผ่าตัดนานจะมีความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกของผู้ป่วยทุกนาทีของการรอคอยการผ่าตัดนั้นยาวนานมาก การรอคอยเพียง 1 นาที จะยาวนานเหมือนเป็นชั่วโมง (Atkinson and Fortunato, 1996:102) ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดเป็นสถานที่แปลกใหม่ต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัวทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Green, 1996 cite in yung, Chui-Kam, French, and chan, 2002: 353) ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยนอนรอ การผ่าตัดอยู่เพียงคนเดียวเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งควรให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวในขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวด้วย

1.3.3 การพยาบาลระยะผ่าตัด

การพยาบาลในระยะผ่าตัดนั้น พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ซึ่งส่วนสำคัญของการพยาบาลระยะผ่าตัด ได้แก่ การจัดทำผู้ป่วยสำหรับผ่าตัด การพยาบาลขณะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว โดยเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการติดเชื้อ ต้องปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากเครื่องใช้ไฟฟ้า การป้องกันอันตรายจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดและสิ่งตกค้างในแผล ผ่าตัด เป็นต้น

ส่วนครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลควรจัดสถานที่ให้ครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดและบอกเวลาเสร็จผ่าตัดโดยประมาณ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรในห้องผ่าตัด เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด

1.3.4 การพยาบาลหลังผ่าตัดทันทันในห้องพักฟื้น

การพยาบาลในห้องพักฟื้น ซึ่งเป็นระยะวิกฤตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย พยาบาลห้องพักฟื้นจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว มีการประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เช่น ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ภาวะสมดุลของสารน้ำและเล็กโตรไลต์ ความเจ็บปวด ดูแลให้ทางเดินหายใจโดยการจัดท่านอนที่เหมาะสม ทันทันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จ และได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้น พยาบาลควรแจ้งให้ครอบครัวทราบ เพื่อให้ครอบครัวคลายความวิตกกังวล

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

2.1 ความหมายของการดูแล

Myeroff (1971 cited in Leininger, 1981: 9) อธิบายว่า การดูแลเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตและภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นขบวนการเป็นแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในการพัฒนาในขณะเดียวกันเกิดความเป็นเพื่อนให้ความช่วยเหลือไว้วางใจกัน ความลึกซึ้งและสัมพันธ์ภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีคุณภาพ

Benner and Wrubel (1989 cited in Clarke and Wheeler, 1992: 1284) ได้ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นปรากฏการณ์การดูแล ซึ่งเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความตระหนักรู้ซึ่งสัมผัสไม่ได้ แต่บุคคลสามารถรับรู้ถึงการดูแลที่ได้รับได้

Leininger (1996) ได้ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นนามธรรมและเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจน แสดงออกในการช่วยเหลือ (Assistive) และสนับสนุน (Supportive) หรือเกื้อกูลที่ให้ต่อบุคคลหรือกลุ่มที่มีความต้องการเพื่อปรับปรุงวิถีในการดำเนินชีวิตของคนเหล่านั้น

สรุปได้ว่า การดูแลเป็นขบวนการและแนวทางของความสัมพันธ์เป็นการช่วยเหลือบุคคล ซึ่งเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความตระหนักรู้ ซึ่งสัมผัสไม่ได้แต่บุคคลสามารถรับรู้ถึงการดูแลที่ได้รับ

2.2 ความหมายของผู้ดูแล

Horowitz (1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ ตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและเวลาในการดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาด

ร่างกาย ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย และจัดเตรียมยาให้รับประทาน เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary care) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานทางสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้

Davis (1992) ได้ให้ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว ว่าหมายถึง ผู้ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง แต่มีความสำคัญในการดูแลผู้ซึ่งเจ็บป่วย อ่อนแอ หรือต้องการการพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ว่าหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญในการพิจารณา คือ

- 1) ญาติ หรือบุคคลซึ่งอาจเป็นบิดาหรือมารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต
- 2) ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
- 3) มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างรางวัล
- 4) สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลจะเกิดขึ้นภายในบ้าน หรือในชุมชนที่อาศัยอยู่โดยไม่ใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

2.3 ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (Bell and Gibbons, 1989; Twigg, 1992 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สามสัตย์, 2536) คือ

- 1) กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน และได้รับเงินค่าตอบแทน เรียกว่า "Formal care" ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล

รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant)

2) ผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักมีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 และที่สำคัญคือ ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ เราเรียกผู้ดูแลกลุ่มนี้ว่า "Informal caregiver" หรือ "Carer" ซึ่งอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย บุคคลกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่เผชิญกับภาวะความเครียดสูงกว่าจึงได้รับความสนใจเพื่อหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่นโดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักสูงอายุด้วยกันทั้งคู่

ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2541)

ได้แก่

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย กิจวัตรประจำวันโดยใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่ให้การดูแลด้านอื่น ๆ ที่ไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การดูแลเรื่องค่าเดินทาง ค่าครองชีพ ค่ารักษาพยาบาลหรือปฏิบัติกิจกรรมดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งบางคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้

2.4 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการ (ยุพาพิณศิริโพธิ์งาม, 2539; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช; 2537; Noelker, 1994 อ้างถึงใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ได้แก่

2.4.1 ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกาย ความคิดสติปัญญาและการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย

2.4.2 การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลจัดเตรียมต่าง ๆ

2.4.3 เป็นบุคคลกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ

2.4.4 ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและรับภาระงานอื่น ๆ เช่น การเงิน งานบ้าน การทำนิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

2.5 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมอง

ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมอง เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความพิการ มีอาการทางสมองเช่น สับสน มีปัญหาเรื่องความจำ พฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและการดูแลที่ใกล้ชิดจากผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวควรมีบทบาทดังนี้ (เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, 2546)

2.5.1 บทบาทในการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ การเคลื่อนไหว พลิกตะแคงตัว ซึ่งบางอย่างจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเทคนิคเฉพาะ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การพลิกตะแคงตัว ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องฝึกฝนและเรียนรู้วิธีการปฏิบัติให้ถูกต้องจากบุคลากรทีมสุขภาพ

2.5.2 บทบาทในการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมองบางรายจะมีการรับรู้เสียไปและอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หวาดระแวง อารมณ์รุนแรง กลัวถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นผู้ที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทางด้านจิตใจ สามารถยอมรับและมีกำลังใจใน การดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

2.5.3 บทบาทด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่จำเป็นต้องดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน เช่น การจัดเตรียมการติดราวจับให้ผู้ป่วยใช้จับเดินภายในบ้านหรือในห้องน้ำ การเตรียมสภาพพื้นบ้านให้สะอาดไม่ลื่น เพื่อลดอุบัติเหตุและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการเตรียมสถานที่ออกกำลังกาย ฝึกเดินหรือทำกายภาพบำบัดซึ่งได้เรียนรู้จากนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาล นำมาฝึกผู้ป่วยเมื่อกลับมาบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้สะดวกตามอัตรภาพ

2.5.4 บทบาทด้านการติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทในการเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพหรือบุคคลอื่น เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็น

ผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมากที่สุด จึงสามารถรับรู้และถ่ายทอดความต้องการของผู้ป่วยได้ดีที่สุด

2.5.5 บทบาทด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือตัดสินใจทางการเงินแทนผู้ป่วย

2.5.6 บทบาทด้านการตัดสินใจ เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง อาจมีปัญหาเรื่องการรับรู้และระดับความรู้สึกตัวลดลง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ แทนผู้ป่วย รวมไปถึงการตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาเลือกคนที่จะมาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

จะเห็นบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง เป็นบทบาทที่สำคัญและถือเป็นภาระที่หนักในการจะปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ดังกล่าวให้ลุล่วงและสมบูรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความวิตกกังวลในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ และเข้าใจ และรับผิดชอบในบทบาทต่าง ๆ นี้

3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า "anxietas" ซึ่งมีความหมายว่า รบกวนหรือยุ่งยาก (Antai, 1995: 192) เป็นผลมาจากบุคคลได้รับการคุกคามทางจิตใจและความมั่นคงปลอดภัย ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายไม่เป็นสุข

Phipps et al.(1995: 172); Vacarolis (1998: 343) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ การตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นยุ่งยากใจไม่แน่นอนและรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งคุกคามตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการรับรู้โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงก็ได้

Spielberger (1976) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียดหวาดหวั่นกลัวและกังวลของบุคคลจะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคาม หรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริง อาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

Paplau (1989 cited in Thelander, 1997) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคน

เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย อันเนื่องมาจากไม่ได้พบกับสิ่งที่คาดหวังไว้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเพื่อที่จะลดความวิตกกังวล ซึ่งสามารถสังเกตเห็น อธิบายและเข้าใจได้

Vacarolis (1998) ให้ความเห็นว่า ความวิตกกังวล คือ การตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ยุ่งยากใจ ไม่แน่นอน และรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย ซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งคุกคามตนเอง โดยสิ่งคุกคามนั้น อาจมีจริง หรือเกิดจากการรับรู้โดยไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงก็ได้

3.2 การแสดงออกของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นผลรวมที่เกิดจากการประเมินกระบวนการทางปัญญาต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบว่าจะเป็นอันตรายหรือคุกคามตนเอง ผลรวมที่เกิดจากการประเมินกระบวนการทางปัญญาดังกล่าวที่สำคัญมี 3 ด้าน ถึงแม้ว่าจะรวมอยู่ในภาวะความวิตกกังวล แต่พอจะแยกให้ชัดเจนในแต่ละด้าน ดังนี้ (दारारวรรณ ตีะปินตา, 2534: 27; Kneisl, 1992: 87 ; Stuart & Sundeen, 1995: 329-331)

3.2.1 การแสดงออกทางสรีระเป็นสัญลักษณ์ที่สังเกตง่าย และผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะบ่นถึงอาการเหล่านี้โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้ตระหนักว่าอาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการแสดง ออกถึงความวิตกกังวลของตนเอง โดยลักษณะเหล่านี้อาจเกิดเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือบางลักษณะกับบุคคลเท่านั้น การแสดงออกทางสรีระนี้เป็นการเตรียมพร้อมของร่างกายต่อการที่จะต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น กล้ามเนื้อตึงเครียด เช่น บริเวณท้อง ขา ศีรษะ เกิดจากมีการหลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine จากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla และ Cortical hormone จากต่อมหมวกไตชั้นนอก ฮอริโมน เหล่านี้จะกระตุ้นการทำงานของร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจลำบากและช้าลง หรือหายใจหอบทำให้ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดยาวนานออกไป มีการสลายไกลโคเจนจากตับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ของความวิตกกังวล ในขณะเดียวกันต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่ง Antidiuretic hormone ที่ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ถ้าระดับความวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ปัสสาวะบ่อย

3.2.2 การแสดงออกทางด้านจิตใจ เป็นลักษณะที่รวมลักษณะไว้ 2 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ความรู้สึกและการคิดที่แสดงออกเมื่อเกิดภาวะความวิตกกังวล

ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ในภาวะความวิตกกังวล เช่น รู้สึกตกใจเหมือนจะควบคุมตนเองไม่ได้ กลัวจะต้องอยู่กับภาวะนี้ต่อไป หรือรู้สึกเหมือนกับว่าปัญหาจะมากขึ้นจนตนเองจะสู้ไม่ไหว ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม ส่วนความรู้สึกกระสับกระส่าย ฉุนเฉียว หงุดหงิด ซึ่งเป็นอารมณ์ที่กระตุ้นความรู้สึกตื่นตัวของบุคคลให้เพิ่มมากขึ้น

ลักษณะการแสดงออกทางความคิดในภาวะความวิตกกังวล เช่น ความจำลดลง ความคิดไม่กว้าง ความคิดหมกหมุ่นกับเรื่องของตนเอง

3.2.3 การแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น หลีกหนีสถานการณ์ หรือบุคคลที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ยับยั้งการแสดงพฤติกรรมบางอย่าง ทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำ ๆ เช่น เดินไปมา หรือล้างมือบ่อย ๆ ใช้ยา สุรา เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับภาวะวิตกกังวล มีพฤติกรรมการระแวดระวังเป็นพิเศษ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อบุคคลได้อย่างมากซึ่งแต่ละบุคคล จะมีพฤติกรรมการแสดงออกแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการรับรู้ การแปลความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ระดับความวิตกกังวลที่ต่างกันจะมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองที่ต่างกัน

3.3 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger et al. (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง

3.3.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นระวนระวาย ลักษณะอารมณ์ สรีระและพฤติกรรมที่ได้ตอบความวิตกกังวลแบบเผชิญจะสังเกตเห็นได้ และผู้ที่มีความวิตกกังวลสามารถบอกได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

3.3.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละ

บุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้แปลความและประเมินสถานการณ์ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

Spielberger ได้ชี้ให้เห็นว่าความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิดมีความสัมพันธ์กัน คือ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล กระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งความวิตกกังวลแฝง จะทำหน้าที่ประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบ เมื่อประเมินได้ว่าสิ่งเร้าจะเข้ามาทำอันตรายหรือคุกคามตนเองจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพการณ์ดังกล่าว แสดงออกเป็นความวิตกกังวล บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

3.4 สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่สำคัญแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ดังต่อไปนี้ (Kneisl, 1996)

3.4.1 สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่มหรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

3.4.2 สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

พฤติกรรมตอบสนองต่อความวิตกกังวลจะได้รับผลจากปัจจัย ดังต่อไปนี้ (Shives, 1994: 277; Varcariolis, 1998: 336-337)

3.5.1 เพศ เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Domar, Everett, and Keller, 1989: 766; Kindler, et al., 2000: 710; Shevde & Panagoponlos, 1991 cited in walker, 2002: 568) โดยเป็นผลจากการหลังฮอร์โมนของต่อมหมวกไตต่างกัน

3.5.2 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งมีผลต่อความวิตกกังวลผู้ที่มีอายุมาก จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องมาจากมีประสบการณ์ชีวิต

มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำกว่า (Grabow & Buse, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61- 80 ปี

3.5.3 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา และมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจะมีระดับความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

3.5.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจึงมีโอกาสเลือกรับการรักษาได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ทำให้ผู้มีรายได้สูงมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ (Lazarus & Folkman, 1984)

3.5.5 การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะรู้สึกอบอุ่นเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว (Suchman, Botelho, and Walker, 1998) ครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้มาก โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้นมีหลายปัจจัย ผู้วิจัยจึงได้จับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกในสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยจะต้องมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเหมือนกัน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน และอยู่ในช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน

3.6 ระดับความวิตกกังวล

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

3.6.1 ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ มีผลทำให้บุคคลตื่นตัว ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ ดีขึ้น ตลอดจนความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการตัดสินใจดี สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี

3.6.2 ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะยังคงมีความตื่นตัวอยู่แต่การรับรู้จะแคบลง บุคคลจะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไป

และมุ่งเน้นความสำคัญไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวล สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จะถูกตัดออก ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาลดลง ความวิตกกังวลในระดับนี้ถ้าได้รับความช่วยเหลือ จะทำให้ความวิตกกังวลลดลงและความสามารถต่าง ๆ จะกลับดีขึ้น

3.6.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) การรับความรู้สึกจะลดลงเป็นอย่างมาก รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน ไม่สามารถจับรายละเอียดในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ มีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหา เกิดความตื่นเครียด สมารถลดลง บุคคลจะไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาให้เห็น เช่น ปวดศีรษะ ตาลาย คลื่นไส้ อาเจียน หรือมีการหายใจหอบ (hyperventilation)

3.6.4 ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Panic) ความวิตกกังวลในระดับนี้ ทำให้การรับรู้หยุดชะงักลง ความคิดกระจัดกระจาย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลหรือตัดสินใจ อย่างมีประสิทธิภาพได้ มักแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยไม่ได้ผ่านการไตร่ตรองและไม่มีจุดหมาย การติดต่อสื่อสารอาจไม่ชัดเจนหรือเข้าใจได้ยาก อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

3.7 การประเมินระดับความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการและการแสดงของความวิตกกังวลจะแสดงออกได้ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (Smeltzer & Bare, 2000) การประเมินความวิตกกังวลนั้นจึงประเมินได้ทั้งทางสรีระวิทยา การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก และจากการวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ดังนี้

3.7.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดจะต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือติดตามการทำงานของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร เป็นต้น ซึ่งการวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากอาจแปลความหมายได้ไม่ตรง (Valid) เท่าที่ควร เพราะความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากความวิตกกังวลได้เช่นกัน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน (Stuart & Sundeen, 1995)

3.7.2 การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของแกร์แฮมและคอนเลย์ (Graham&Conley, 1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บหรือกัดปาก มือสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียงแหลม เป็นต้น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยื่นกอดอก

3.7.3 การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนรับรู้ แล้วนำมาประเมินระดับของความวิตกกังวลที่นิยมใช้กันมากคือ

3.7.3.1 Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปี 1950 (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้คำตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้อย่างกว้างขวางในผู้ใหญ่ทั่ว ๆ ไป

3.7.3.2 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 แบบวัดนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก อย่างไรก็ตามซุงรายงานว่าได้มีการศึกษาและใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้

3.7.3.3 State - Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดยสปีดเบอร์เกอร์และคณะตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1977 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี 1983 ซึ่งแบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) ใช้วัดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ

2) แบบวัดความวิตกกังวลแบบเทรท หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) ใช้วัดความรู้สึกทั่ว ๆ ไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

โดยความวิตกกังวลแต่ละประเภทย่อยด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในนักเรียนระดับมัธยมปลาย นักเรียนระดับวิทยาลัย ผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยสูติกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือนั้นเป็นที่ยอมรับและยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1983 อ้างในดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเน้นถึงความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมอง ซึ่งถือเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเตท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญในการประเมินความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมอง

3.8 ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมอง

การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยในปัจจุบันมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยในการเรียนรู้แก้ปัญหา (Reider, 1994) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยไม่เพียงเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยเองอีกด้วย (Roberts, 1976; Baker, 1990) ผู้ป่วยเนื้ออกสมองที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดถือเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถคาดคิดมาก่อนทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวจะต้องเตรียมตัวรับมือกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

Hudak, Gallo, & Morton, (1998) กล่าวถึงสภาวะการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้ มีดังนี้

1. เหตุการณ์ที่เป็นความเครียดเกิดขึ้น และคุกคามจนกระทั่งครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง
2. วิธีการที่เคยใช้แก้ปัญหาตามปกติไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป ทำให้ครอบครัวไม่สามารถเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็วเช่นเดิม
3. ภาวะเสียสมดุลของครอบครัวที่เกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยให้ครอบครัวปรับตัวได้และไม่ช่วยให้ภาวะสุขภาพของครอบครัวดีขึ้น หรือลดการปรับตัวที่ดีของครอบครัว และเพิ่มความไวต่อวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้น

การผ่าตัดสมองถือเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความพิการหรือเสียชีวิตได้ อีกทั้งระยะเวลาในการเข้ารับการผ่าตัดนั้นใช้เวลานาน ดังนั้นช่วงเวลาระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดจึงเป็นเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงที่สุด (Raliegh et al.; Siva, Manning & Zeccolo, 1984 cited in Leske, 1996) โดยความวิตกกังวลนี้ เกิดจากความกลัวเสียบุคคลอันเป็นที่รัก กังวลว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ (Hudak, Gallo & Morton, 1998) ความไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (Halm, 1990) การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และกลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว (Prevost, 1997) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความคิดได้อย่างมากมาย ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื่องอกสมองไม่สามารถปรับตัวเพื่อคลายความวิตกกังวลต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ก็จะทำให้เกิดวิกฤติทางอารมณ์ ทำให้ไม่ควบคุมอารมณ์และไม่สามารถมีสติในการหาหนทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้

3.9 บทบาทของพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื่องอกสมอง

พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถช่วยในการลด และจัดการกับความวิตกกังวลได้หลายวิธี ซึ่งสามารถจำแนกวิธีการพยาบาลที่ใช้ออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์, 2545)

3.9.1 การสอนหรือการให้ข้อมูลเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนโดยผู้สอนจะมีการจัดสถานการณ์หรือกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ดี สำหรับการสอนมีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน เป็นต้น

3.9.2 การใช้เทคนิคบำบัดด้วยวิธีต่าง ๆ

3.9.2.1 การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่งโดยผู้สัมผัสใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือ ข้อมือหรือแขนของผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลร่วมกับการพูดคุยแสดงความเห็นใจ ห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจและความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย

3.9.2.2 การใช้ดนตรีบำบัดเป็นการใช้เสียงเพลงที่ได้รับการเรียบเรียงไว้อย่างมีแบบแผนให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยฟัง โดยมีการประสานเสียงของเครื่องดนตรีที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน สบายใจและช่วยผ่อนคลายอารมณ์

3.9.2.3 การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดการหันเหความสนใจจากสิ่งที่กำลังรู้สึกอยู่ ไปสู่สิ่งใหม่ที่น่าสนใจกว่าส่งผลให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลินและผ่อนคลาย

3.9.2.4 การฝึกการผ่อนคลาย โดยการจัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายที่สุดจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยปิดตาและเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากบริเวณเท้ามาที่บริเวณใบหน้า พร้อมทั้งมีการกำหนดลมหายใจ ให้ทราบว่าขณะนี้กำลังหายใจเข้าหรือหายใจออก

3.9.2.5 การพยาบาลแบบประคับประคองด้านจิตใจหรือการใช้สัมพันธภาพเชิงบำบัดเป็นการช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยจากการผ่าตัด โดยการพูดคุยให้กำลังใจ มีความเห็นอกเห็นใจและให้ระบายความรู้สึกออกมา ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ อาจเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มีความรู้สึกที่ดีต่อการผ่าตัดและสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3.9.3 การใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ เป็นการจัดให้มีการรวมกลุ่มของผู้ที่มีปัญหา คล้าย ๆ กัน มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ และช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดดีขึ้น

3.9.4 การใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้ในรูปแบบต่าง ๆ ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้เกิดความผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน คือ การนำโปรแกรมการให้ข้อมูลมาใช้ร่วมกับสุคนธ์บำบัด เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวและให้ผู้ดูแลนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.10 บทบาทของพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกสมอง

ผู้ป่วยเนื้ออกในสมองพบว่า ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความกลัว มีอาการซึมเศร้า และภายหลังการผ่าตัด บุคลิกภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป บางรายมีความพิการหรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพทางสมองเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องพึ่งพาผู้อื่น (Hanton and Pickett, 1984) สมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการที่จะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพ ซึ่งภาระหน้าที่ที่หนักและมีระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ทั้งในเรื่องผลของการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกในสมองจึงเป็นบทบาทที่สำคัญโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และสามารถเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดได้ดี ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนี้

3.10.1 บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Direct care practice) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้ออกในสมอง พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังต้องดูแลครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดี ส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดนำความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีหลักฐานยืนยันในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด สร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น การให้ข้อมูล การสร้างจินตภาพ การใช้น้ำมันหอมระเหย การนวด การออกกำลังกายแบบชี่กง การทำสมาธิ เป็นต้น

3.10.2 บทบาทด้านการบริหาร (Management) พยาบาลห้องผ่าตัด ต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการในเรื่องการใช้และดูแลเครื่องมือผ่าตัดให้ปราศจากเชื้อและพร้อมใช้งาน นอกจากนี้ต้องมีการประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพทั้งในห้องผ่าตัด และใน หอผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยแต่ละราย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรค

3.10.3 ด้านการให้ความรู้ (Educator) การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมองแก่ผู้ป่วยและญาติมีความสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจมีความพิการจากพยาธิสภาพทางสมองเกิดขึ้น ซึ่งต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการสอนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวทั้ง ในเรื่องแนวทางการรักษา ขั้นตอนและระยะเวลาในการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.10.4 บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Consultation) ผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลจึงต้องเป็นที่ปรึกษาในการเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับตนเอง อีกทั้งยังต้องให้คำปรึกษาแก่ญาติในช่วงที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยและหาแนวทางแก้ไข นอกจากนี้อาจเป็นที่ปรึกษาสำหรับบุคลากรอื่น ๆ ในทางสุขภาพเมื่อประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการแสดงบทบาทของการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ความชำนาญในกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล

3.10.5 บทบาทด้าน Researcher/Research utilization ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมอง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีการศึกษาค้นคว้า ดำเนินการวิจัยเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความคิดริเริ่มในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ และเป็นประโยชน์ในการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมอง และผู้ดูแลในครอบครัว โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในกระบวนการพยาบาล เพื่อที่จะได้มีประสิทธิภาพหรือประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยและครอบครัว

3.10.6 บทบาทด้านการตัดสินใจและการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and decision-making) ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองและครอบครัว พยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมและปลอดภัย ในการดูแลสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน คือ การนำโปรแกรมการให้ข้อมูล มาใช้ร่วมกับสุนทรบำบัดเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวและให้ผู้ดูแลนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูล หมายถึง การสอนระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยผู้สอนจะมีกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ดี ซึ่งมีวิธีการหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การใช้สื่อการสอน (สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, 2545)

การให้ข้อมูล หมายถึง การให้ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริงหรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือของบุคคลที่พบได้บ่อยที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในสิ่งที่ตนต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนการจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984: 151-152)

ดังนั้นจากที่กล่าวข้างต้นจึงสรุปได้ว่าการให้ข้อมูล หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงโดยวิธีการหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การใช้สื่อการสอนเพื่อให้ผู้ที่ได้รับรู้ข้อมูลนั้น ๆ ได้รับรู้ในสิ่งที่จะต้องประสบล่วงหน้า จนสามารถวางแผนการจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

4.2 เนื้อหาของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด

สามารถสรุปเนื้อหาของข้อมูลที่จะให้ขณะผ่าตัดได้ ดังนี้

4.2.1 สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด : ผู้ป่วยขณะผ่าตัดจะได้รับการวางยาสลบ ซึ่งจะใส่ท่อช่วยหายใจไว้เพื่อช่วยในการหายใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว และหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะคาท่อช่วยหายใจไว้หรืออาจจะเอาท่อช่วยหายใจออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ ศัลยแพทย์/ วิสัญญีแพทย์/ วิสัญญีพยาบาล

4.2.2 ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด : ขึ้นอยู่กับชนิดการผ่าตัดในครั้งนั้น ๆ

4.2.3 บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด พนักงานเปล

4.2.4 สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย / หญิง หรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของศัลยแพทย์

4.2.5 การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

4.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัว

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz, 1997: 33-36)

4.3.1 การสอนเป็นรายบุคคล คือ การสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์จากการให้ข้อมูลที่ดี โดยการให้ข้อมูลจะยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย (Hathaway, 1986: 269-275)

4.3.2 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลควรผสมผสานไปพร้อมกับการปฏิบัติการพยาบาล ให้ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้และกำลังมีความสงสัยอยากรู้อยากเห็นว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับตนบ้าง ไม่ควรให้ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติ เพราะความสามารถในการรับรู้และการคิดอย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง (Scott, Oberst, and Dropkin, 1980) ได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูล ดังนี้

1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูลความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988: 19-21) ประเมินผู้รับข้อมูลว่ามีปัญหาในการเห็นหรือการได้ยิน ตลอดจนภาวะจิตใจและอารมณ์มีการแปรปรวนหรือไม่ เพราะการแปรปรวนทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลลดลง (ฉวี มากพุ่ม, 2530)

2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988: 19-21)

3) ต้องให้ในเวลาที่เหมาะสม การให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ดีควรให้ในช่วงที่ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล (Luckmann and Sorrensen, 1980: 318) มีการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลสามารถให้ได้ทุกช่วงเวลาต่าง ๆ ทั้งก่อนและหลังการรับผู้ป่วย หรือก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด (Shuldham, 1999: 171-177) ระยะเวลาเฉลี่ยในการให้ข้อมูลแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 30 นาที

4) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์

5) เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น (ฉวี มากพุ่ม, 2530)

6) การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอนไม่สับสน พูดให้ช้าและชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามระยะห่างระหว่างผู้ให้และผู้รับต้องห่างกันพอสมควร เพื่อขจัดสิ่งรบกวนอื่น ๆ ช่วยให้การเห็นและการได้ยิน ชัดเจน การเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับเป็นวิธีการที่ดี (Perry, 1981)

7) ต้องเสนอข้อมูลในลักษณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับรู้ได้หลาย ๆ ด้าน อาจใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ หรือใช้วิธีอธิบายพร้อมการสาธิต (ฉวี มากพุ่ม, 2530)

8) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล (McGregor, Fuller and Lee, 1981: 1477-1478)

9) การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และตรงกับความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งที่ควรคำนึง ดังนั้นพยาบาลมีความจำเป็นจะต้องประเมินความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวก่อน

5. แนวคิดเกี่ยวกับสுகนธบำบัด

5.1 ความหมายของสுகนธบำบัด

สுகนธบำบัด (Aromatherapy) เป็นทั้งศาสตร์และศิลปะในการใช้น้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติ (Volatile or essential oil) ในการบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค ทำให้สุขภาพ

ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนช่วยเสริมความงามโดยอาศัยคุณสมบัติที่มีกลิ่นหอมและระเหยได้ของน้ำมันหอมระเหย โมเลกุลเล็ก ๆ ของน้ำมันหอมระเหย สามารถถูกสูดดม (inhale) เข้าทางช่องจมูกและแปรเป็นสัญญาณ ไฟฟ้าเคมีส่งผ่านไปยังสมองส่วนกลาง หรือแทรกซึมผ่านผิวหนังไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและสมองรวมถึงจิตใจและอารมณ์ได้สมดุล จึงสามารถบำบัดอาการต่าง ๆ ได้ เช่น ลดความเครียด ช่วยให้หลับสบาย หรือกระตุ้นให้สดชื่น มีพลัง ตลอดจนมีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมนบางชนิดได้ นอกจากนี้ผลทางร่างกายยังช่วยลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบ ช้ำเนื้อโรครดอาการระคายเคืองของผิวหนัง ตลอดจนช่วยเสริมความงาม ทำให้ผิวชุ่มชื้น เต่งตึง เป็นต้น

5.2 ประวัติศาสตร์การใช้น้ำมันหอมระเหย

การใช้ประโยชน์จากน้ำมันหอมระเหยมีมานานนับกว่า 5,000 ปี อาทิ เช่น ประเทศอียิปต์ มีการใช้น้ำมันจุนิเปอร์ (juniper oil) และน้ำมันซีดาร์วูด (cedarwood oil) ในรูปครีมเพื่อบำรุงผิวพรรณและป้องกันผิวแห้ง มีการใช้น้ำมันแฟรงคินเซนส์ (frankincense oil) ในรูปของขี้ผึ้งเพื่อระงับเชื้อ ชาวกรีกและชาวโรมันนำน้ำมันหอมระเหยจากกสิภกุลหาลาบมาใช้ในการอาบน้ำเพื่อช่วยผ่อนคลาย และบรรเทาอาการซึมเศร้า มีการนำน้ำมันมดยอบ (myrrh oil) นำมาเตรียมเป็นครีมที่ใช้รักษาแผลต่าง ๆ ให้หายเร็วขึ้น นอกจากนี้หลายประเทศมีการนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในพิธีกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา เช่น จีน อินเดีย อียิปต์ เป็นต้น

น้ำมันหอมระเหยมีการใช้กันเรื่อยมาจนกระทั่งในศตวรรษที่ 19 นักเคมีชาวฝรั่งเศสได้ค้นพบว่า น้ำมันลาเวนเดอร์ (lavender oil) ช่วยในการรักษาแผลไหม้ให้หายเร็วขึ้นและนักเคมีท่านนี้ก็ได้ทำการศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพต่าง ๆ ของน้ำมันหอมระเหยหลากหลายชนิด เช่น ฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย (antibacterial) ฤทธิ์ระงับเชื้อ (antiseptic) ในช่วงเวลาต่อมา นักวิทยาศาสตร์ชาวอิตาลีได้นำน้ำมันหอมระเหยที่มีส่วนผสมของน้ำมันมะลิ (jasmine oil) น้ำมันไม้จันทน์ (sandalwood oil) น้ำมันดอกส้ม (neroli oil) น้ำมันเบอร์กาม็อต (bergamot oil) มาใช้ในการบำบัดทางจิตโดยใช้ในผู้ที่มีความเครียด และมีความวิตกกังวล ณ จุดนี้เองทำให้เกิดพัฒนาการของการใช้ประโยชน์น้ำมันหอมระเหยอย่างแพร่หลายไปในหลายประเทศในทวีปยุโรป

สำหรับทวีปเอเชีย มีการนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้กันในหลายประเทศโดยมีจุดประสงค์การใช้ที่แตกต่างกันไป ได้แก่ ประเทศอินเดียมีการใช้น้ำมันหอมระเหยหลายชนิดในการแพทย์

อายุรเวท (ayurvedic medicine) โดยเฉพาะการนวดแบบอายุรเวท (ayurvedic massage) เป็นการนวดที่ช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือดและบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ ประเทศจีนใช้น้ำมันหอมระเหยในการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนจีน เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีการนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้ประโยชน์หลากหลาย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันน้ำมันหอมระเหยจะเป็นที่รู้จักกันในรูปเครื่องเทศที่ใช้แต่งกลิ่นอาหาร อาทิเช่น กระชาย ขิง ข่า อบเชย พริกไทย ตะไคร้ กะเพรา โหระพา นอกจากจะช่วยแต่งกลิ่นอาหารแล้วยังช่วยให้ระบบการย่อยอาหารดีขึ้น เพราะน้ำมันหอมระเหยมีคุณสมบัติช่วยขับลม แก้อืดท้องเฟ้อ ช่วยย่อยอาหาร ช่วยเจริญอาหาร จากคุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหยเหล่านี้จึงมีการนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในตำรับยารักษาโรคระบบทางเดินอาหาร จากภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีการใช้พืชสมุนไพรที่ให้น้ำมันหอมระเหยมาช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ โดยใช้ในรูปของลูกประคบ ตัวอย่างพืชสมุนไพรที่ให้น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในลูกประคบ ได้แก่ ไพล เปลือกผลมะกรูด ขมิ้นชัน ตะไคร้ การบูร เป็นต้น นอกจากการใช้ในรูปของการประคบแล้วยังมีการใช้ในรูปของการอบไอน้ำสมุนไพรซึ่งต้องการใช้น้ำช่วยทำให้รูขุมขนเปิด สารพิษต่าง ๆ จะถูกขับออกมาง่ายขึ้น ในขณะเดียวกันสารสำคัญจะดูดซึมผ่านผิวหนังได้ดี ตัวอย่างพืชสมุนไพรที่ให้น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในการอบไอน้ำสมุนไพร ได้แก่ เปลือกผลมะกรูด ใบมะขาม ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ เป็นต้น จนกระทั่ง ณ ปัจจุบันมีการใช้น้ำมันหอมระเหยในสปา (spa) และสปาทางแพทย์ (medical spa) ในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การพอกตัว การแช่ตัวในน้ำอุ่น การขัดผิว เป็นต้น

5.3 การใช้สுகนธบำบัด

การใช้สுகนธบำบัดสามารถแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ ๆ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547 : 3) คือ

5.3.1 สுகนธบำบัดเพื่อการรักษาโรค (Complementary aromatic medicine หรือ Therapeutic or Clinical aromatherapy) ถ้ามีการเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยอย่างถูกต้อง และถูกวิธี โดยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้และขนาดการรักษาที่ใช้ ตลอดจนสรรพคุณข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังต่าง ๆ จะสามารถช่วยรักษาหรือบำบัดโรค ทำให้สุขภาพแข็งแรงได้เพราะมีความปลอดภัยสูงและมีประสิทธิภาพในการทำให้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งน้ำมันหอมระเหยมีโครงสร้างทางเคมีที่ต่างกันทำให้ผลต่อร่างกายและจิตใจที่ต่างกัน และอาจให้ผลต่างกันขึ้นของบุคคลด้วย

การเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อการบำบัดรักษาโรคจะต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นอย่างดี ผู้ที่มีความสามารถรักษาโรคโดยสุคนธบำบัดได้ จะต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนมาอย่างดีจน

ชำนาญ เรียกว่า Clinical Aromatherapist

5.3.2 สุคนธบำบัดเพื่อความงาม (Beauty and Aestheticaromatherapy หรือ Beauty therapist) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยกับผิวหนัง และในเครื่องสำอางเพื่อความงาม ชะลอความแก่ แก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนังและเส้นผม เป็นต้น มักใช้โดยการนวดร่วมด้วย ซึ่งจะให้เกิดผลในการผ่อนคลาย คลายเครียด ช่วยให้กระชุ่มกระชวยและเสริมพลัง ชะลอแก่ เป็นต้น แต่บางกรณีอาจใช้โดยนำน้ำมันหอมระเหยมาผสมในเครื่องสำอางรูปแบบต่าง ๆ เช่น โลชั่น ครีม แชมพู มาส์ค หรืออื่น ๆ เพื่อต้องการประโยชน์จากน้ำมันหอมระเหยไปพร้อมกับการใช้เครื่องสำอางชนิดนั้น ๆ

5.4 ผลของน้ำมันหอมระเหยต่อระบบอวัยวะของร่างกาย

น้ำมันหอมระเหยเมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะมีผลต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้ (พิมพร สีลาพร พิสิฐู, 2547:8-10)

5.4.1 ระบบประสาท (Nervios system)

ระบบประสาทแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) และระบบประสาทส่วนปลาย(PNS) ระบบประสาทส่วนกลางประกอบด้วยสมองและก้านสมอง ซึ่งวิ่งไปตามแนวกระดูกสันหลัง ทำหน้าที่รับสื่อประสาท แปรผลและส่งผลตอบรับไปยังอวัยวะต่าง ๆ โดยอาศัยระบบประสาทส่วนปลายซึ่งเชื่อมระหว่างก้านสมองและอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ระบบประสาทส่วนปลายสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง สำหรับส่วนบน น้ำมันหอมระเหยมีผลต่อร่างกายโดยผ่านระบบประสาทส่วนปลาย (Olfactory nerve) ส่งสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปยังสมอง (Limbic system) ดังได้กล่าวแล้วจึงมีผลกระตุ้นความจำ อารมณ์และความรู้สึก ระบบประสาทส่วนปลายส่วนกลางเชื่อมต่อไปยังผิวหนังและกล้ามเนื้อ น้ำมันหอมระเหย ซึ่งให้ทางผิวหนัง อาจโดยการนวดร่วมด้วย จึงมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อ ช่วยผ่อนคลาย ลดความเจ็บปวด และมีผลต่อผิวหนังโดยตรง เช่น เพิ่มความชุ่มชื้น ลดการแห้งผากของผิวหนัง ลดการแพ้หรือระคายเคือง ฆ่าเชื้อโรค ลดการอักเสบ ตลอดจนชะลอการเหี่ยวแห้งได้แล้วแต่ชนิดของน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ และระดับการดูดซึมสู่ผิวหนังชั้น ต่าง ๆ ของโมเลกุลของ

น้ำมันหอมระเหยด้วย ระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่าง เป็นระบบประสาทอัตโนมัติ (ซึ่งแบ่งเป็น sympathetic และ parasympathetic) น้ำมันหอมระเหยบางชนิดอาจมีผลกระตุ้นหรือบางชนิดอาจมีผลระงับระบบประสาทอัตโนมัติดังกล่าวนี้ได้

ตัวอย่างน้ำมันหอมระเหยซึ่งมีผลต่อระบบประสาท ได้แก่ bergamot, chamomile (roman), lavender และ sandalwood เป็นต้น

5.4.2 ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) น้ำมันหอมระเหยมีผลในการผ่อนคลายการตึงของกล้ามเนื้อและถ้ามีการนวดร่วมด้วยจะช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัวและปลดปล่อยกรดแลคติก (lactic acid) และกรดยูริก (uric acid) ซึ่งคั่งค้างอยู่ออกมา ทำให้คลายความเมื่อยล้าได้ น้ำมันหอมระเหยที่ใช้เพื่อผลดังกล่าวนี้ ได้แก่ rosemary, marjoram, black peper และ ginger

5.4.3 ระบบทางเดินหายใจ น้ำมันหอมระเหยช่วยบรรเทาหรือรักษาอาการต่าง ๆ ของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ช่วยละลายเสมหะ ขับเสมหะ แก้ไอ บรรเทาอาการคัดจมูก ช่วยลดการคั่ง (decongestant) กระตุ้นระบบทางเดินหายใจ องค์ประกอบของน้ำมันหอมระเหยที่มีคุณสมบัติในการละลายเสมหะ ได้แก่ สารพวกคีโตน เช่น carvone, menthone, thujone, pinocamphohe เป็นต้น น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ น้ำมันยูคาลิปตัส น้ำมันสน น้ำมันโรส น้ำมันเปปเปอร์มินท์

5.4.4 ฤทธิ์ต่อระบบไหลเวียนเลือด หัวใจและหลอดเลือด น้ำมันหอมระเหยช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดส่งผลให้หัวใจและสมองทำงานได้ดี น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ ได้แก่ น้ำมันกุหลาบ น้ำมันกานพลู น้ำมันยูคาลิปตัส น้ำมันโรสแมรี่ เป็นต้น น้ำมันหอมระเหยช่วยลดอาการปวดไมเกรนทำให้หลอดเลือดขยาย นอกจากนี้ น้ำมันหอมระเหยบางชนิดสามารถลดความดันเลือดในผู้ที่มีภาวะเครียดได้ ตัวอย่างเช่น น้ำมันลาเวนเดอร์ น้ำมันกระดังงา น้ำมันดอกส้ม เป็นต้น ในทางตรงกันข้ามบางชนิดช่วยเพิ่มความดันเลือดในผู้ที่มีความดันต่ำ เช่น น้ำมันยูคาลิปตัส น้ำมันเปปเปอร์มินท์ น้ำมันโรสแมรี่ เป็นต้น

5.5 สุขอนบำบัดในแนวจิตบำบัด (Psycho- aromatherapy)

ในการรับประสาทสัมผัสของกลิ่นจากน้ำมันหอมระเหยโดยผ่านทาง Olfactory system เป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาทางจิตบำบัด คือ มีผลกระตุ้น Olfactory nerve ซึ่งส่งผ่านไปยังประสาทส่วนกลางในสมองได้ จึงช่วยบรรเทาอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความรู้สึกและโรคที่

เกี่ยวข้องกับประสาทส่วนกลางในสมองได้ เช่น อาการซึมเศร้า เครียด นอนไม่หลับ ชาตสมาธิ การขยายหรือหดเกร็งของเส้นโลหิตตลอดจนอาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติในการหลั่งฮอร์โมนบางชนิด ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางได้ ยังมีรายงานการวิจัยในด้านนี้น้อยมาก เนื่องจากไม่สามารถจัดแนวทางการรักษาได้อย่างเป็นระบบตายตัว การรับประสาทสัมผัสค่อนข้างจะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล แม้จะทราบว่าน้ำมันหอมระเหยชนิดใดที่มีผลในการช่วยผ่อนคลายหรือทำให้เย็นสงบในภาวะเครียดหรือวิตกกังวล แต่การรับกลิ่น (ความชอบ) ในแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกันก็เป็นอีกปัจจัยที่ควรคำนึง ถึงจึงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวในการเลือกเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยแต่สามารถเลือกกลุ่มของน้ำมันที่มีฤทธิ์หรือคุณสมบัติเดียวกันมาเป็นข้อ พิจารณาหรือแนวทางในการเลือกใช้ได้

5.6 ความปลอดภัยในการใช้น้ำมันหอมระเหย

การใช้น้ำมันหอมระเหยในสุนทรบำบัดมี 2 ระดับ คือ ระดับที่ใช้เพื่อรักษาโรค (Therapeutic aromatherapy) และระดับที่ใช้เพื่อความงาม (aesthetic aromatherapy) ซึ่งมีขนาดหรือความเข้มข้นที่ใช้ต่างกัน อย่างไรก็ตามควรมีข้อคำนึงถึงในด้านความปลอดภัย ได้แก่ ความบริสุทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้อย่างถูกต้อง เป็นต้น นอกจากนี้ควรทราบข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย ดังนี้

5.6.1 การทดสอบทางผิวหนัง (Dermal test) ได้แก่ การระคายเคือง (irritation) การแพ้ (sensitization) และการแพ้แสง (photosensitization) ข้อมูลเหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่ง เมื่อใช้น้ำมันหอมระเหยทางผิวหนัง เช่น ในเครื่องสำอางหรือเมื่อใช้นวดร่างกายสามารถทดสอบง่าย ๆ โดยการทาบริเวณข้อพับของแขน ทิ้งไว้ 24 ชั่วโมง ถ้าแพ้จะมีอาการผื่นคันบวมแดง

5.6.2 การทดสอบความเป็นพิษเมื่อรับประทาน (Oral ingestion test) บางครั้งอาจมี การใช้น้ำมันหอมระเหยโดยการรับประทาน ซึ่งพบมากในอุตสาหกรรมอาหาร เครื่องดื่ม ควรมีการทดสอบความเป็นพิษด้วย

5.7 รูปแบบการใช้ น้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพบำบัด

การใช้น้ำมันหอมระเหยทางสุขภาพบำบัด หรือใช้กับร่างกายนั้นห้ามใช้โดยตรงหรือสูดดมโดยตรง จะใช้ในความเข้มข้นที่ต่ำมาก ดังนั้นควรนำมาทำให้เจือจางก่อนรูปแบบที่ใช้อาจทำได้หลายวิธี (พิมพ์ร สีสภาพพิสิฐ, 2547)

5.7.1 ใช้ในการอาบน้ำ (Bathing) อาจผสมน้ำอาบโดยวิธีหยदन้ำมันหอมระเหยลงในน้ำอุ่น ปิดประตูห้อง แล้วแช่ตัวลงในอ่างอาบน้ำประมาณ 10 นาที พร้อมกับสูดดมกลิ่นหอมเข้าไป หรืออาจใช้เวลาอาบน้ำโดยการตักอาบหรืออาบจากฝักบัว โดยหยदन้ำมันหอมระเหยลงบนผ้าหรือฟองน้ำ หรือลูกบวบที่ใช้ถูตัวที่เปียกน้ำหมาดๆแล้วถูตัวหลังจากที่อาบน้ำสะอาดแล้ว

5.7.2 ใช้ในการนวดตัว (Body massage) วิธีนี้เป็นการนำน้ำมันหอมระเหยที่ผสมกับน้ำมันตัวพา (carrier oil) เรียบร้อยแล้วมานวด บริเวณลำคอ หัวไหล่ แขน หลัง โดยใช้ฝ่ามือนวดหมุนตามเข็มนาฬิกา อาจนวดขาจากต้นขาลงถึงเท้าแล้วแต่กรณี การนวดควรหลีกเลี่ยงการนวดบนสันหลัง การนวดเพื่อการรักษา จะต้องกระทำโดยผู้ชำนาญซึ่งมีความรู้ด้านการนวดเป็นอย่างดี น้ำมันตัวพา อาจเป็นน้ำมันเดี่ยว ๆ เรียกน้ำมันพื้น (base oil) หรือผสมกับน้ำมันเสริม (blend oil)

5.7.3 การประคบเย็น (Compressed) เป็นการผสมน้ำมันหอมระเหยลงในตัวนำพา (carrier) ซึ่งอาจเป็นน้ำสะอาด น้ำดอกไม้ที่แช่เย็นหรือน้ำชาสมุนไพรก็ได้ กวนให้เข้ากัน จากนั้นใช้ผ้าจุ่มลงไปปิดหมาด ๆ จึงนำมาประคบตามจุดที่ต้องการ ถ้าใช้น้ำร้อนจะเป็นการประคบร้อน

5.7.4 การสูดดม (Inhalation) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมให้เจือจางก่อน เช่น หยดบนกระดาษทิชชู ผ้าเช็ดหน้าหรือสำลี แล้วจึงสูดดม หรืออาจผสมน้ำมันหอมระเหยกับน้ำมันตัวพาก่อนแล้วจึงสูดดมโดยตรงหรือหยดลงบนผ้าอีกทีแล้วสูดดมก็ได้

5.7.5 การพ่นละอองฝอยในห้อง (Room spray) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมกับน้ำอุ่นที่ไม่เกิน 45 °C เขย่าให้เข้ากัน แล้วบรรจุในภาชนะที่มีหัวฉีดพ่นละอองแล้วนำมาพ่นตามห้องหรือที่ต่าง ๆ ที่ต้องการ จึงสูดดมละอองเล็ก ๆ ที่กระจายในอากาศเข้าไป

5.7.6 การผสมในเครื่องสำอาง ผสมน้ำมันหอมระเหยลงในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางซึ่งไม่มีการแต่งกลิ่น ถ้าใช้กับใบหน้ามักใช้ไม่เกิน 2% ถ้าใช้กับร่างกายจะใช้เข้มข้นกว่าแต่ไม่เกิน 3%

5.7.7 การจุดตะเกียงเผา โดยหยดน้ำมันหอมระเหยลงในน้ำ แล้วในตะเกียงเผา อุณหภูมิไม่เกิน 60 °C จะได้ไอระเหยของน้ำมันหอมระเหยจึงสูดดม ซึ่งมักใช้ในการบำบัดอาการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ

5.7.8 การแช่ อาจเป็นการนั่งแช่ (sitz bath) หรือเอามือหรือเท้าแช่เพื่อจุดประสงค์ในการรักษาเฉพาะที่ ควรใช้น้ำอุ่นและให้อุ่นตลอดเวลาการแช่นาน 10 นาที หยดน้ำมันหอมระเหย 3-4 หยดลงไปตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

5.7.9 การกลั้วคอหรือบ้วนปาก เพื่อบำบัดโรคในช่องปาก ช่องคอ เช่น ลดความเจ็บปวด ลดการอักเสบ หรือฆ่าเชื้อโรค หยดน้ำมันหอมระเหย 2-3 หยดในน้ำ ¼ แก้ว คนให้ทั่วแล้วกลั้วคอหรือบ้วนปาก ในเด็กจะใช้เพียง 1 หยด เท่านั้น

5.7.10 เทียนหอม เป็นการผสมน้ำมันหอมระเหยลงในเทียน เวลาจุดเทียนจะได้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหย มักใช้เพื่อปรับสมดุลของอารมณ์และจิตใจเช่นเดียวกับการจุดตะเกียงเผา

6. โปรแกรมการให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการด้านข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเองแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกในขณะที่นั่งรอผู้ป่วยผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความต้องการทางด้านข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด

จากแนวคิดการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดของ Leske (1996) พบว่าข้อมูลที่ครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดต้องการประกอบด้วย สภาพผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด บุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย และหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยจะย้ายไปพักหลังจากผ่าตัดเสร็จ ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลตามความต้องการดังกล่าวนี้ทำให้ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวลงได้

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินไปของการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด บุคลากรทีมสุขภาพที่ทำการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ระยะเวลาโดย

ประมาณในการผ่าตัด และสถานที่ที่ผู้ป่วยจะเข้าพักรักษาตัวหลังจากผ่าตัดเสร็จสิ้น พร้อมทั้งบอกเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมได้

ขั้นตอนที่ 3 การให้ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมอง

ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมองเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากห้องผ่าตัดและเมื่อกลับบ้าน ช่วยลดความวิตกกังวลในเรื่องความไม่รู้ในการที่จะดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ก็จะส่งผลส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยการให้ความรู้มีเนื้อหาประกอบด้วยเรื่อง ความหมาย อาการ สาเหตุของเนื้องอกในสมอง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง การดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การปรับสภาพบ้านสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือและให้ดูวีดิทัศน์ซึ่งมีเนื้อหาเดียวกับในคู่มือ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองให้ผู้ดูแลในครอบครัวไว้ใช้ทบทวน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการประเมินผลจากการให้ข้อมูล โดยประเมินจากการถามย้อนกลับเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วย ว่าผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้หรือไม่ เพื่อทบทวนความรู้ซ้ำอีกครั้งในสิ่งที่ยังรับรู้ไม่ถูกต้องหรือยังขาดไป นอกจากนี้มีการประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังการให้ข้อมูลเพื่อประเมินสภาวะผ่อนคลายทางสรีรภาพ

7. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุนทรบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการด้านข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเองแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกในขณะที่นั่งรอผู้ป่วยผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความต้องการทางด้านข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดร่วมกับสูคนธบำบัด

แนวคิดสูคนธบำบัดเป็นการดูแลแบบผสมผสาน(Complementary care) วิธีหนึ่งที่สามารถช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลได้รับการสูดม น้ำมันหอมระเหย แล้ว โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Olfactory nerve) ส่งสัญญาณไปยังสมอง(Limbic system) ส่งผลให้สมองปล่อยสารต่างๆ ออกมา เช่น สารเอ็นโดรฟิน เอนเคฟาลิน ซีโรโทนิน ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย(พิมพร ลีลา พรพิสิฐ, 2545; Buckle, 1999) มีสมาธิและการรับรู้ที่ดีขึ้น มีความพร้อมในการรับฟังข้อมูลและเกิดความเข้าใจในสารต่าง ๆ ที่ได้รับ และนำข้อมูลไปใช้ในการเผชิญปัญหาได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำสูคนธบำบัดมาใช้ร่วมกับแนวคิดการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดของ Leske(1996) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความผ่อนคลายก่อน และขณะการให้ข้อมูลจากประสิทธิภาพของน้ำมันหอมระเหย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสมาธิและระดับการรับรู้ที่ดีขึ้นก่อนการได้รับข้อมูล ทำให้สามารถจดจำข้อมูลที่ได้รับและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสูดม น้ำมันหอมระเหย โดยหยด น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์จำนวน 1 หยดลงบนฝ่ามือของผู้ดูแลในครอบครัวและให้ผู้ดูแลในครอบครัวถูฝ่ามือไปมาให้เกิดความร้อนแล้วสูดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยจากฝ่ามือ โดยหายใจเข้า-ออกอย่างช้า ๆ ประมาณ 2-3 นาที พร้อมทั้งเปิดน้ำมันหอมระเหยด้วยตะเกียงไฟฟ้าไว้ภายในห้องตลอดการทดลอง จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินไปของการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด บุคลากรที่มสุขภาพที่ทำการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ระยะเวลาโดยประมาณในการผ่าตัด และสถานที่ที่ผู้ป่วยจะเข้าพักรักษาตัวหลังจากผ่าตัดเสร็จสิ้นพร้อมทั้งบอกเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมได้

ขั้นตอนที่ 3 การให้ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมอง

ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมองเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากห้องผ่าตัดและเมื่อกลับไปบ้าน ช่วยลดความวิตกกังวลในเรื่องความไม่รู้ในการที่จะดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องก็จะส่งผลส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยการให้ความรู้มีเนื้อหาประกอบด้วยเรื่อง ความหมาย อาการ สาเหตุของเนื้องอกในสมอง

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง การดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การปรับสภาพบ้าน สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือและให้คู่มือที่ชัดเจนซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ในคู่มือ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดเนื้องอกสมองให้ผู้ดูแลในครอบครัวไว้ใช้ทบทวน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการประเมินผลจากการให้ข้อมูล โดยประเมินจากการถามย้อนกลับ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วย ว่าผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้หรือไม่ เพื่อทบทวนความรู้ซ้ำอีกครั้ง ในสิ่งที่ยังรับรู้ไม่ถูกต้องหรือยังขาดไป นอกจากนี้มีการประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังการให้ ข้อมูล เพื่อประเมินสภาวะผ่อนคลายทางสรีรภาพ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Carmody, Hickey, and Bookbinder (1991) ซึ่งได้สำรวจความต้องการของครอบครัว ผู้ป่วยในทุกระยะของการผ่าตัด โดยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม The Perioperative Family Needs Questionnaire (PFNQ) ขณะรอผู้ป่วยความต้องการของ ครอบครัว อันดับแรก ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ได้พูดคุยกับ ศัลยแพทย์เมื่อผ่าตัดเสร็จ และให้รับทราบว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร อันดับความต้องการ ต่ำสุดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย คือ ร้านกาแฟ การพูดคุยระบายความรู้สึก

สมพันธ์ นิญชีระนันท์และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544) ได้ศึกษาความต้องการของ ญาติขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยกลุ่ม ตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ หน่วยผ่าตัดศัลยกรรม ตึกสยามมินทร์ ชั้น5 โรงพยาบาลศิริราช เลือกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ 144 คน เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทางสายเลือด การสมรสและอื่น ๆ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการที่ญาติมีความต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการข้อมูล รองลงมา คือ ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการที่ญาติมีความต้องการน้อยที่สุดคือ ความ ต้องการส่วนบุคคล ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ที่พักรอ

การผ่าตัดรองลงมาคือ การเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในห้องคอยการผ่าตัด บุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุด คือ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 94.82

Raleigh, Lepczyk, and Rowley (1990) ได้ทำการศึกษาว่าใครที่ได้ประโยชน์จากการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยการวัดความรู้และความวิตกกังวลของสามีหรือภรรยาและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังเตรียมผ่าตัดหัวใจบุคคลสำคัญของผู้ป่วย 72 คน จากผู้ป่วย 74 คน ผู้ป่วยและญาติได้รับการสอนในชั้นเรียนก่อนเข้าอยู่โรงพยาบาล โดยก่อนและหลังเรียนในชั้น ให้ตอบแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจและแบบทดสอบความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มญาติมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังเรียน พบว่าระดับความวิตกกังวลของกลุ่มญาติลดลง และแตกต่างจากคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจระหว่างผู้ป่วยและญาติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผลสรุปว่าพบว่า กลุ่มญาติได้รับประโยชน์จากการสอนก่อนผ่าตัด

Kathol (1984) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง 67 คน เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วย 60 คน ซึ่งได้รับการเตรียมเพื่อผ่าตัดใหญ่ วัดความวิตกกังวลด้วยเครื่องมือวัดความวิตกกังวลของ Spielberger และวัดการสนับสนุนทางสังคมด้วยดัชนีชี้วัดทางสังคมของ Caplan ให้สิ่งทดลอง 2 แบบ ชนิด 2x2 factorial วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าสหสัมพันธ์ พบว่า การให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศน์ก่อนผ่าตัด สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และครอบครัวผู้ป่วยมีผลบวกต่อการยอมรับการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยถูกผ่าตัดจะสูงกว่าระยะหลังผ่าตัด

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) ได้ศึกษาผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ และความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้จัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิติมา ธารประสิทธิ์ (2548) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดของห้องฉุกเฉิน จัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ อายุและชนิดของการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลขณะผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้ข้อมูลขณะผ่าตัด คู่มือสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิดีทัศน์เรื่อง การให้ข้อมูลขณะผ่าตัดและแบบทดสอบวัดความรู้ พบว่า ความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาสุคนธบำบัดวิธีสูดดม (Inhalation) ในการบรรเทาความปวด Gedney และคณะ (2004) ศึกษาผลของการรับความรู้สึกและการแยกแยะต่อความรู้สึกปวดหลังจากการสูดดมน้ำมันหอมระเหย พบว่า ความรุนแรงของความปวดและความทุกข์ทรมานลดลงหลังการสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

Shiina et al. (2007) ได้ทำการศึกษาผลการผ่อนคลายจากการบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่อการเพิ่ม coronary flow velocity reserve (CFVR) ในผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร 30 คน อายุระหว่าง 24-40 ปี โดยทุกคนจะได้รับการประเมินระดับของ serum cortisol และ CFVR เพื่อเป็น baseline จากนั้นจะได้รับการบำบัดโดยการสูดดมไอรระเหย ด้วยการหยดน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 4 หยด ในน้ำร้อน 20 ml เป็นเวลา 30 นาที จากนั้นทำการประเมินผลทันที และทำการประเมินซ้ำในกลุ่มเดิมโดยครั้งนี้ไม่ได้รับการบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับของ serum cortisol ภายหลังการสูดดมน้ำมันหอมระเหยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างเมื่อวัดซ้ำหลังจากไม่ได้รับน้ำมันหอมระเหย นอกจากนี้ภายหลังการบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ CFVR ได้เพิ่มขึ้น สรุปได้ว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ มีผลช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและมีผลอย่างฉับพลันอันเป็นประโยชน์ต่อการไหลเวียนของเลือด coronary

สายไหม ตุ่มวิจิตรและสุรีพร ธนศิลป์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดเกี่ยวกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาทันทีที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 40 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมฯ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ขั้นตอนในโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและความต้องการ 2) การให้ความรู้ 3) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย 4) การประเมินระยะเวลาการทดลอง 8 วัน ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังเข้าร่วมการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุธาทิพ เกษตรลักษมี (2549) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการมาสซายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบาย วันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 ระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย มีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายต่ำที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด และกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติตามลำดับ

Rebecca et al. (2009) ศึกษาผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดจำนวน 150 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดร่วมกับให้สูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยหลอก พบว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ช่วยลดความวิตกกังวลเมื่อย้ายผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูล

- 1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลครอบครัว(5 นาที)
- 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยให้ข้อมูลในเรื่อง บุคลิกกรที่มีสุขภาพ ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด(5 นาที)เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาตัว (5นาที)
- 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง (30 นาที)
- 4) ชั้นประเมินผล(20 นาที)ประเมินผลจากการวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการ ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและประเมินความรู้ความเข้าใจโดยการถามคำถามย้อนกลับ

ความ
วิตก
กังวล

โปรแกรมการให้ข้อมูลและสุคนธบำบัด

- 1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลครอบครัว จุดน้ำมันหอมระเหยกลิ่น ลาเวนเดอร์ ที่มีคุณสมบัติช่วยลดความวิตกกังวล และทำการทดสอบอาการแพ้โดย สอบถามอาการผิดปกติเช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน (10 นาที)
- 2) การให้สูดดมน้ำมันหอมระเหยก่อนให้ความรู้ โดยให้สูดดมอย่างช้าๆและเป็น จังหวะนาน 2-3 นาที
- 3) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยให้ข้อมูลในเรื่อง บุคลิกกรที่มีสุขภาพ ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด(5 นาที)เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จให้ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและสถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาตัว (5 นาที)
- 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และแจกคู่มือ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง (30 นาที) และมีการจุดน้ำมันหอมระเหยตลอด การให้ความรู้
- 5) ชั้นประเมินผล(20 นาที)ประเมินผลจากการวัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการ ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและประเมินความรู้ความเข้าใจโดยการถาม คำถามย้อนกลับ