

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการวิจัย ดังนี้

1. หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต
  - 1.1 ความหมายของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต
  - 1.2 การจัดระบบงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต
  - 1.3 ขอบเขตการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
  - 1.4 หลักการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
  - 1.5 มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
2. ความวิตกกังวล
  - 2.1 ความหมาย ประเภท สาเหตุของความวิตกกังวล
  - 2.2 ระดับของความวิตกกังวล
  - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
  - 2.4 การตอบสนองต่อความวิตกกังวล
  - 2.5 การวัดความวิตกกังวล
  - 2.6 ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต
3. ครอบครัว
  - 3.1 ความหมาย ประเภท หน้าที่ ของครอบครัว
  - 3.2 ภาวะวิกฤตของครอบครัว
  - 3.3 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต
4. การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต
5. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต

### ความหมายของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต

หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) นิยมเรียกย่อว่า I.C.U. เป็นหน่วยงานที่จัดเจ้าหน้าที่และเครื่องใช้ต่าง ๆ ไว้ให้พอเพียงเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยหนักเป็นพิเศษกว่าผู้ป่วยในหอทั่วไป (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2537) และยังเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดสมบูรณ์แบบ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการคัดเลือก และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญเฉพาะทาง ในด้านการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษ และการประเมินผล การปฏิบัติอย่างเหมาะสม (อัจฉราวรรณ กาญจนัมพะ, 2524)

### การจัดระบบงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต

วรรณวิไล จันทราภา (2537) ได้เสนอแนวคิดในการจัดระบบงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำแนกตามลักษณะงานได้เป็น 3 ด้าน คือ ระบบบริหาร ระบบการให้บริการ และระบบวิชาการ ดังนี้

1. ระบบบริหาร จะต้องมีการกำหนดนโยบาย ปรัชญา วัตถุประสงค์ ในการให้บริการ และควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน การกำหนดแผนภูมิสายการบังคับบัญชา การจัดทำแผนงาน การบริหารพัสดุและการประสานงาน ตลอดจนการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล และในเรื่องของระบบบริหารมักจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับกฎ ระเบียบ และเกณฑ์การให้บริการเฉพาะหน่วย ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 เรื่อง คือ เกณฑ์การรับผู้ป่วย เกณฑ์กรรจำนำผู้ป่วย และการกำหนดระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย

#### 1.1 เกณฑ์การรับผู้ป่วย พิจารณาจากเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยต้องการช่วยหายใจหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอาการไม่คงที่และคาดได้ว่า จะเกิดอาการรุนแรงได้ทุกขณะ

- 3) ผู้ป่วยประเภทบาดเจ็บ ซึ่งมีอาการวิกฤตหรือยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้แน่นอน
- 4) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายที่อาการนำวิกฤต
- 5) ผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ ยาพิษ ทั้งที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือก่อนวิกฤต
- 6) ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

ส่วนผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการของโรคติดต่อทุกชนิด และผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดหวังในการรักษา จะไม่รับเข้าหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก เพราะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยนี้จะต้องมีความจำเป็นจริง ๆ และเมื่อผ่านการดูแลจากหน่วยงานนี้แล้ว ผู้ป่วยต้องมีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้สูงด้วย

1.2 เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วย ดังได้กล่าวแล้วว่า วัตถุประสงค์ของการรับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษาพยาบาลในหน่วยงานนี้ในระยะก่อนวิกฤตและวิกฤตเท่านั้นดังนั้นโดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละรายจะอยู่รับบริการประมาณ 1-3 วัน การพิจารณาจำหน่ายนั้น ควรขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและระยะของโรคเป็นเกณฑ์ ถ้าพ้นระยะอันตราย มีสัญญาณชีพสม่ำเสมอ ไม่มีความผิดปกติของอาการทางสมองและประสาท โดยมีอาการสม่ำเสมอคงที่ อย่างน้อย 1 วัน ก็สมควรจำหน่ายทันที สำหรับกรณีนี้เตียงรับผู้ป่วยเต็ม และมีความจำเป็นต้องรับผู้ป่วยใหม่ แพทย์และพยาบาลจะต้อง ร่วมกันพิจารณาผู้ป่วยที่มีอาการดีที่สุดย้ายออก ตลอดจนถึงให้ทางตึกผู้ป่วยทราบถึงอาการและอาการแสดงโดยละเอียด (กรณีเช่นนี้ ถ้ามีโอกาสควรให้คณะกรรมการของหน่วย แพทย์หัวหน้าหน่วย หรือแพทย์เวรเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจ)

1.3 การกำหนดระเบียบการเยี่ยม ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละสถาบัน ส่วนใหญ่จะกำหนดเวลาเยี่ยมของญาติให้อยู่ในช่วงเวลาที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการก็น้อยที่สุด และไม่ควรเยี่ยมเกิน 5 นาที ต่อผู้ป่วย 1 คน จำนวนผู้เยี่ยมไม่ควรเกิน 2 คน ถ้าสามารถจัดการให้ญาติเยี่ยมภายนอกหน่วยได้ก็จะเกิดประโยชน์มากในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค แต่ก็จะทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นควรกำหนดระเบียบปฏิบัติในการเยี่ยมไว้ให้ชัดเจน

2. ระบบการให้บริการ การให้บริการภายในหน่วยเป็นบริการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนั้นมีการมอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่พยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตามความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ และจะต้องมีการจัดเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพไว้ทุกเวร เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่าง ทันทีทั่วถึง ซึ่งสามารถสรุประบบการให้บริการเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 การให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

ที่มา : วรรณวิไล จันทราภา, 2537:71

จากแผนภูมิข้างต้นจะพบความจริงที่ว่า การให้บริการแก่ผู้ป่วยในหน่วยนี้ต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือนำทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้ได้รับการพยาบาลที่สมบูรณแบบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด ซึ่งวงจรนี้จะดำเนินเป็นวัฏจักรอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้บริการ ซึ่งก็คือ ผู้ป่วยปลอดภัยและฟื้นคืนสภาพจากภาวะวิกฤตนั่นเอง

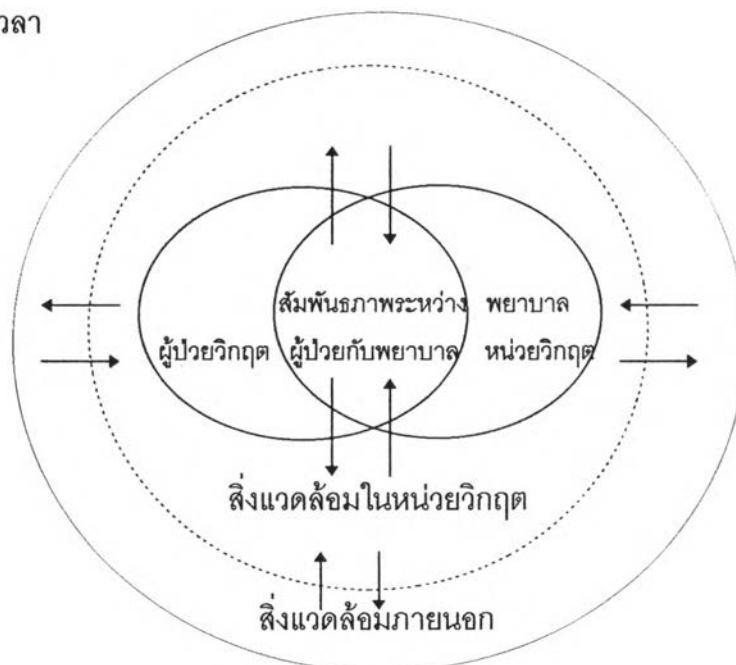
3. ระบบวิชาการ จะต้องมีการกำหนดกระบวนการเสริมความรู้และทักษะในการให้บริการแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับและจัดทำแผนการเสริมความรู้ทางวิชาการ ทั้งนี้เนื่องมาจากลักษณะงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนในภาวะวิกฤต ตลอดจนต้องทำงานกับเครื่องมือที่ใช้วิทยาการทางเทคโนโลยีเป็นหลักในการทำงาน จึงทำให้บุคลากรในหน่วยนี้ต้องได้รับความรู้ และทักษะเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา

### ขอบเขตการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นการพยาบาลเฉพาะทางซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมาก และยังคงเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อปัญหาทางสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต (สมาคมพยาบาลหน่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา AACN, 1984) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีระบบ มีขอบเขตแน่นอนเพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อไป

Kinney et al. (1988 อ้างถึงใน สุนิสา วัลยะเพ็ชร, 2534 : 24) ได้กล่าวถึงขอบเขตการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตไว้ว่า เป็นวงจรที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นวงจรที่ประกอบด้วย ผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลหน่วยวิกฤต และ สิ่งแวดล้อมในหน่วยวิกฤต ซึ่งทั้งสามองค์ประกอบนี้ จะทำปฏิกิริยาต่อกันอยู่ตลอดเวลา

ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 2 ขอบเขตการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

ที่มา : Kinney and Other, 1988 อ้างถึงใน สุนิสา วัลยะเพ็ชร, 2534 : 24

จากแผนภูมิแสดงให้เห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีเป้าหมายโดยตรงที่จะทำให้พยาบาลหน่วยวิกฤตและผู้ป่วยวิกฤต มีสัมพันธภาพและมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ในด้านการดูแลรักษาพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมในหน่วยวิกฤต และ สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะนำไปสู่สมรรถภาพการบริการพยาบาล และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

### หลักการบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Nursing)

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตนอกจากจะเป็นการพยาบาลพิเศษเฉพาะทาง ที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยระยะวิกฤตด้วยบริการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพแล้ว ยังเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งถือเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) และยังเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องเพื่อดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญในร่างกาย (Vital Organs) เช่น หัวใจ หลอดเลือด ปอด สมอง และไต ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีประสิทธิภาพ จึงควรปฏิบัติตามหลักการ 10 ประการ ได้แก่ การแก้ไขสภาวะวิกฤต การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะวิกฤต การประเมินผล การแก้ไขปัญหาและสาเหตุ การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การใช้เครื่องมือพิเศษ การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ การฟื้นฟูการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการส่งต่อการรักษา ดังจะกล่าวในรายละเอียดต่อไปนี้

1. การแก้ไขสภาวะวิกฤต เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะวิกฤต พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือแพทย์ หรือให้บริการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือตัดสินใจแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างนุ่มนวล รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพภายในขอบเขตที่กฎหมายรองรับ โดยมุ่งที่จะให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญ และไม่เกิดโรคแทรกซ้อน หรือความพิการใด ๆ เช่น ช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว

2. การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะวิกฤตหลังจากที่แก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดสภาวะวิกฤตเรียบร้อยแล้ว จะต้องนำหลักการวิเคราะห์วินิจฉัยการพยาบาลค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่สภาวะวิกฤต เมื่อหาสาเหตุได้แล้วจะต้องรับดำเนินการแก้ไขสาเหตุนั้นๆ ทันที หรือประสานงานกับแพทย์เพื่อร่วมวางแผนการรักษา และป้องกันมิให้เกิดภาวะวิกฤตอีก

3. การประเมินผลการแก้ไขปัญหาและสาเหตุ หลังจากให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว จะต้องทำการประเมินผลการช่วยเหลือเป็นระยะๆ โดยการประเมินสัญญาณชีพและหรือประเมินอาการทางระบบประสาท เพื่อจะได้ปรับปรุงกลวิธีการให้การรักษายาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. การวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยทุกรายเพื่อวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจแล้ว จะต้องวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล

5. การใช้เครื่องมือพิเศษ ใช้สำหรับช่วยประเมินอาการหรือบำบัดผู้ป่วย ซึ่งการตัดสินใจวินิจฉัยการพยาบาลหรือการควบคุมการทำงานของเครื่องจะต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์หลาย ๆ สาขา มาประกอบการตัดสินใจประยุกต์ใช้หรือให้บริการผู้ป่วย

6. การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกาย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ได้มีโอกาสปรับสภาพการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ตลอดจนกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ให้กลับสู่สภาพเดิมก่อนที่จะมีการเจ็บป่วย

7. การป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน เมื่อมีการเจ็บป่วยสภาพร่างกายอ่อนแอลง ผู้ป่วยอาจเกิดโรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยได้ ดังนั้น จะต้องซักประวัติการเจ็บป่วย และประเมินปัญหาผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อป้องกันมิให้เกิดขึ้น

8. การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามารับบริการพยาบาลในหน่วยวิกฤต ทั้งผู้ป่วยและญาติจะมีความวิตกกังวลมาก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายถึงขั้นตอนการรักษายาบาล ผลของการรักษายาบาล และแผนการรักษายาบาลที่จะกระทำต่อผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษายาบาลทั้งของผู้ป่วยและญาติ

9. การฟื้นฟูการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยพยายามให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่จะต้องไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์

10. การส่งต่อการรักษา การส่งต่อรักษาจะส่งต่อทั้งภายในโรงพยาบาล ภายนอกโรงพยาบาล โดยพยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ที่จะรับรักษาต่อทราบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับไว้แล้ว เพื่อที่จะทำการวางแผนการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง และจัดเจ้าหน้าที่พร้อมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย นำผู้ป่วยส่งต่อไปยังหน่วยที่ต้องการ

### มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

มาตรฐาน หมายถึง สิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นเกณฑ์หรือพื้นฐานสำหรับเปรียบเทียบในการวัดหรือตัดสินความสามารถ คุณภาพ ปริมาณ หรือคุณค่าของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (Webster, 1980 : 1772)

มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่กล่าวถึงคุณภาพของการพยาบาลที่มีความเที่ยงตรง (Valid) ชัดเจน (Explicit) โดยอธิบายถึงการกระทำและผลต่อผู้บริการ มีเกณฑ์ (Criteria) ที่สามารถวัดและตัดสินได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mason, 1984 อ้างถึงใน สุวีรัตน์ ธาราศักดิ์, 2540 : 36)

มาตรฐานการพยาบาลแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ (กองการพยาบาล, 2538 : 1)

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (structure standard) หมายถึง มาตรฐานที่กำหนดโครงสร้างของระบบบริหาร และบริการพยาบาล ประกอบด้วย ปรัชญา จุดประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน อัตรากำลัง งบประมาณ

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการ (process standard) หมายถึง มาตรฐานที่กำหนดกระบวนการตามแผนที่วางไว้ โดยมีรายละเอียดของวิธีการปฏิบัติที่บุคลากรการพยาบาลต้องกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการประเมินคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (outcome standard) หมายถึง มาตรฐานที่กำหนดถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรออกมาในทางบวก เช่น อากาศดีขึ้น มีความรู้ในการปฏิบัติตนมากขึ้น

### มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประกอบด้วย

1. มาตรฐานเชิงโครงสร้างของการบริหารงานหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประกอบด้วย มาตรฐานย่อย 6 มาตรฐาน คือ (กองการพยาบาล, 2538 : 40-44)

มาตรฐานที่ 1 ปรัชญาการดำเนินงานของงานบริการผู้ป่วยภาวะวิกฤต สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อในการให้บริการพยาบาล และเอกลักษณ์ของงานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต



มาตรฐานที่ 2 จัดทำโครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบของงานบริการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะวิกฤต บุคลากรในหน่วยงาน ตามโครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ ที่ฝ่ายการพยาบาลกำหนดไว้

มาตรฐานที่ 3 บริหารงานในรูปคณะกรรมการพัฒนางานบริการผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

มาตรฐานที่ 4 แผนงาน/โครงการ ของงานบริการผู้ป่วยภาวะวิกฤต กับแผนพัฒนา งานของฝ่ายการพยาบาล

มาตรฐานที่ 5 จัดระบบการปฏิบัติงานบริการพยาบาลในหน่วยงาน โดยมุ่งให้ ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

มาตรฐานที่ 6 ร่วมดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลภายในหน่วยงานกับ ฝ่ายการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการควบคุมคุณภาพการพยาบาลที่ส่วนกลางกำหนด

2. มาตรฐานเชิงกระบวนการงานบริการผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประกอบด้วย มาตรฐาน ย่อย 3 มาตรฐาน คือ

มาตรฐานที่ 1 ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยทันทีที่มาถึงและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ

มาตรฐานที่ 2 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะรับการรักษาพยาบาล

มาตรฐานที่ 3 ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวม

3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์งานบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ประกอบด้วย มาตรฐาน ย่อย 3 มาตรฐาน ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2538 : 77)

มาตรฐานที่ 1 สภาวะของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่รุนแรงหรือผ่านพ้นภาวะ วิกฤตได้อย่างปลอดภัย

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ขณะรับการรักษา พยาบาล

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ปลอดภัย พร้อมทั้งจะส่งต่อรับการรักษาต่อเนื่อง ได้

## ความวิตกกังวล

### ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งเกิดได้กับบุคคลในทุกระยะของวงจรชีวิต ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย เป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจ ที่บอกเตือนให้ทราบว่า มีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจแล้ว จำเป็นที่บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์เอาไว้ (Johnson, 1993 และ สุวณีย์ เกียรติงิ้วแก้ว, 2527)

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้ดังนี้

Arkoff (1968 : 110) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะของการเร้า ซึ่งมีสาเหตุจากการคุกคามของสิ่งแวดล้อม ซึ่งสภาวะในที่นี้หมายถึงสภาพทั่ว ๆ ไปของบุคคล การเร้า หมายถึง สภาพของความตึงเครียด พักไม่ได้ หรือไม่สุขสบาย และเตรียมพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง ส่วนการคุกคามหมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีความเจ็บปวด หรืออันตราย หรือการขัดขวางอย่างรุนแรงกับกิจกรรมเป้าหมายนั้น

Zung (1971 : 371) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ มีความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย

Spielberger (1972 : 485) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น หรือทำให้เกิดอันตราย

Peplau (Cited in Burgess, 1985 : 376) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นพลังงานรูปหนึ่งที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองทางด้านจิตใจ ต่อสิ่งคุกคาม หรืออันตรายที่ไม่อาจกำหนดได้แน่ชัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ของแต่ละบุคคลเมื่อเผชิญเหตุการณ์

Stuart & Sundeen (1987 : 343) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความไม่แน่ใจ ขาดผู้ช่วยเหลือ ความรู้สึกถูกแยกจากความเคยชินให้ขาดความมั่นคง

สมศรี เชื้อหิรัญ (2528 : 55) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ ความกลัวในภยันตรายต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเอง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกาย อาจเกิดขึ้นติดต่อกันไป หรือเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวก็ได้ เมื่อเกิดขึ้นร่างกายก็เปลี่ยนแปลง เช่น หน้าซีด ใจสั่น ปากสั่น และกระสับกระส่าย

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้น ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

### ประเภทของความวิตกกังวล

มีผู้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกได้หลายแบบแตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปจะแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Spielberger, 1970 : 3)

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว้าวุ่น เครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลแฝง และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริม หรือตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบวิตกกังวลแฝงค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำกว่า

ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กัน คือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงขึ้น

## สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ อาจเป็นภัยอันตรายที่เกิดจากภายนอก หรือความรู้สึกภายในของบุคคล โดยที่บุคคลนั้นรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อสวัสดิภาพ ทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ บางครั้งบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลก็ไม่สามารถจะบอกได้ว่าอะไรคือสาเหตุของความวิตกกังวล

Burd and Marshall (1969 อ้างถึงใน มารยาท วิชาเกียรติ, 2535 : 16) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. เป็นการคุกคามที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของบุคคล ทำให้เกิดความวิตกกังวล การคุกคามชนิดนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1.1 การคุกคามต่อความเป็นตัวของตนเอง ได้แก่ การคุกคามต่อความคาดหวัง แนวคิดเฉพาะของตนและค่านิยม การคุกคามเหล่านี้รวมถึง

1) ความคาดหวัง ได้แก่ ความประสงค์ ความต้องการ ความหวัง การจินตภาพ ที่แต่ละคนยึดถือไว้แล้วไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

2) ความต้องการเพื่อศักดิ์ศรีของตน สถานภาพ และการเคารพ นับถือ ซึ่งไม่พบในสถานการณ์นั้น

1.2 การคุกคามต่อการทำงานของร่างกาย และรบกวนต่อความพึงพอใจในความ ต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย มีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง การคุกคามนี้ได้แก่ การเจ็บป่วย การพัฒนาการในวัยต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

2. ความวิตกกังวลสามารถสื่อสารกันได้ระหว่างบุคคล ผู้ใดที่เกิดความวิตกกังวลขึ้นแล้ว สามารถถ่ายทอดไปยังผู้ที่ตนเองติดต่อสื่อสารด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอยู่ สามารถถ่ายทอดสู่ญาติได้ ขณะเดียวกันถ้าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก็สามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลนั้นไปสู่ผู้ป่วยได้เช่นกัน

Lader, M. et al. (1971 : 145-157) ได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์และแบบแฝง โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A Model of normal anxiety) ซึ่งสังเคราะห์โดย Spielberger ดังนี้

องค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวล คือ 1) กรรมพันธุ์ 2) ประสบการณ์ในอดีต และ 3) สถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึง ความคิด ความต้องการ ความรู้สึกในขณะนั้น ทั้ง 3 อย่าง นี้จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวลแบบแฝงตลอดไป นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 แล้วยังมีปฏิสัมพันธ์กับจุดอื่น ๆ เป็นลูกโซ่ ซึ่งจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเข้ามา และถูกรับรู้ว่าเป็นอันตราย เป็นภาวะคุกคาม ร่วมกับอิทธิพลที่ได้รับจากความวิตกกังวลแฝง จะมีการแสดงออก 3 อย่าง เกิดขึ้นคือ

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

การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และมีการบั่นทอน ทำให้มีการกระตุ้นเพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ จะเกิดการประเมินการรับรู้ใหม่ ทำให้บุคคลรู้ว่าเขาเกิดความรู้สึกวิตกกังวลแล้ว จึงพยายามหาทางลดความรู้สึกนั้น โดยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นภาวะคุกคาม (Threat) หรือมีปฏิกิริยาต่อต้านอย่างเหมาะสม หรือประเมินภาวะคุกคามโดยใช้ความคิดนั้นใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสรีระนั้นใหม่ โดยวิธีการของตัวเองหรือโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) การเรียนรู้ถึงปฏิกิริยาการตอบโต้ที่เหมาะสม ทำให้มีการประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเร้าใหม่ เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

### ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้ง จะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นกับสิ่งที่มากระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ (สุวนีย์ ตันติพัฒน์นันต์, 2522 : 122)

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับอ่อน ๆ มีผลทำให้บุคคลตื่นตัวขึ้น ทำทางกระฉับกระเฉงรวดเร็ว มีการรับรู้และความจำดีขึ้น เพราะประสาทรับรู้ทั้ง 5 มีการตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับสิ่งกระตุ้น

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety) มีการตื่นตัวมากขึ้น ทำทางกระชับ กระแงมากขึ้น ว่องไวมากขึ้น จนดูเกือบจะลึกลับ ลึกลอน การรับรู้จะถูกจำกัดให้แคบลง ให้อยู่ในขอบเขตสิ่งที่ตนสนใจ พลังงานที่เกิดขึ้นในระดับนี้มีมากขึ้น ทำให้บุคคลไม่อาจอยู่นิ่งได้ และจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อขจัดพลังงานส่วนที่เกินนี้ โดยการลุกเดินหรืออาจออกแรงทำงาน

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety) ทำให้บุคคลนั้นอยู่นิ่งไม่ได้ กระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัด ลึกลับ ลึกลอน อาจพูดมาก และเร็วขึ้น หรืออาจพูดไม่ออกเลย เสียงอาจจะรัวสั้น การรับรู้แคบลงมาก บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้ อาจจะได้ยินสิ่งที่เรอบอก

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic Anxiety) เป็นภาวะที่เรียกได้ว่าตื่นกลัวสุดขีด ทำให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุด สามารถทำสิ่งที่พยายามปกติทำไม่ได้ ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมาก การจะบอกกล่าวสิ่งใด หรือแนะนำสิ่งใดจึงไม่ควรทำ เพราะจะทำไม่ได้ประโยชน์อย่างใด และอาจจะทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

ในระดับ mild anxiety ประสาททั้งหลายจะมีความพร้อม มีผลให้บุคคลมีความตื่นตัวขึ้น มีความกระชับกระแงว่องไว ทั้งทำให้มีการรับรู้และความจำดีขึ้น จึงเห็นได้ว่าความวิตกกังวลในระดับอ่อนนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล แต่เมื่อความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงที่สุด จะทำให้การรับรู้แคบลงเรื่อย ๆ ทั้งทำให้ความสามารถลดลง และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

### ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัย 2 ประการคือ

1. ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น บุคลิกภาพของคน ๆ นั้น ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล ความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนา หรือแรงขับซึ่งรวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์ 2532 : 122) Lader et al (1971 : 32-36) ได้ทำการสำรวจพบว่า เพศ อายุ กรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และขนบธรรมเนียมประเพณี มีผลต่อระดับความวิตกกังวลดังต่อไปนี้

1.1 เพศ พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์เป็นผู้หญิง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากว่า เมื่อเพศหญิงมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยก็มาพบแพทย์ แล้ว ในขณะที่เพศชายจะมาพบแพทย์เมื่อมีความวิตกกังวลอย่างมาก

1.2 อายุ พบว่า มีความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ในช่วงผู้ใหญ่วัยต้นมาก เฉลี่ย ประมาณอายุ 25 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่างอายุ 16-40 ปี

1.3 กรรมพันธุ์ พบว่า มีความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์สูงในครอบครัวที่มีผู้ป่วย เป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวล (Anxiety Neurosis) คิดเป็นร้อยละ 15 ในขณะที่ครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลพบเพียงร้อยละ 0-5 นอกจากนี้ยังพบว่าคู่แฝดที่มาจากไข่ใบ เดียวกันมีโอกาสเป็นโรคประสาทแบบวิตกกังวลทั้งคู่มากกว่าคู่แฝดที่มาจากไข่คนละใบ

1.4 ประสบการณ์ในอดีต พบว่ามีหลายรูปแบบที่ไม่แน่นอนทั้งที่มาจาก สิ่งแวดล้อมที่ดี หรือเป็นลูกกำพร้า หรือทั้งแต่งงานแล้วและหย่าร้าง และในกลุ่มพวกนี้ความฉลาด และการศึกษาอยู่ในระดับปกติ

2. ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของ สิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากระทบ การรู้ล่วงหน้า สิ่งที่เคยประสบมาก่อน ความเป็นจริง หรือเป็นเพียง การคาดคะเน (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2528 : 418)

สวณีย์ ตันติพัฒนานันต์ (2522 : 123) ได้กล่าวถึง สิ่งที่มากระตุ้นว่า ขึ้นอยู่กับความรุนแรง ความหมายของเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลใน อารมณ์ เกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไข เหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ อย่างไร

ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล (สวณีย์ ตันติพัฒนานันต์, 2522 : 122)

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง

2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ ที่เขามีต่อตัวเองถูกคุกคามทำให้เกิด ความไม่สมดุลในอารมณ์

3. บุคคลนั้นเกิดความหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ (Insecure) เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไข เหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (Sense of Helplessness and Powerlessness)

4. เกิดความวิตกกังวลระแวงระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น  
ภาวะนี้เรียกว่า Anxiety

5. บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็น  
พฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น

6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่

#### การตอบสนองต่อความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่ง  
การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการที่สมองส่วน Cerebrum กระตุ้น Pituitary gland  
Hypothalamus ทำให้เกิดผลขึ้น 2 ประการ คือ (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522 : 126-130)

1. Pituitary gland จะหลั่ง ACTH Hormone ไปกระตุ้นส่วน Cortex ของ Adrenal  
gland เกิดการหลั่งของ cortical Hormone มีผลให้ร่างกายทนทานต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

2. Hypothalamus จะส่งกระแสไปตาม Autonomic Nervous System ไปที่ Medulla  
ของ Adrenal gland ทำให้หลั่ง Epinephrine ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว เกร็ง ตอสู้ หรือหนี

จากผลของการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ความวิตกกังวลยังก่อให้เกิดการ  
เปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี Epinephrine, Nor-epinephrine และ  
Adreno Cortical Hormone จะถูกขับออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุม  
ความสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้น  
อยู่กับระดับของความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงมีดังนี้ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึก  
และเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต มีการเปลี่ยนแปลงของ  
ประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น  
ม่านตาขยายใหญ่ น้ำตาลถูกขับออกจากตับมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น

3. ผลต่อความสามารถในการสังเกต ได้แก่ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่  
ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะลดน้อยลงตามระดับที่เพิ่มขึ้นของความ  
วิตกกังวล

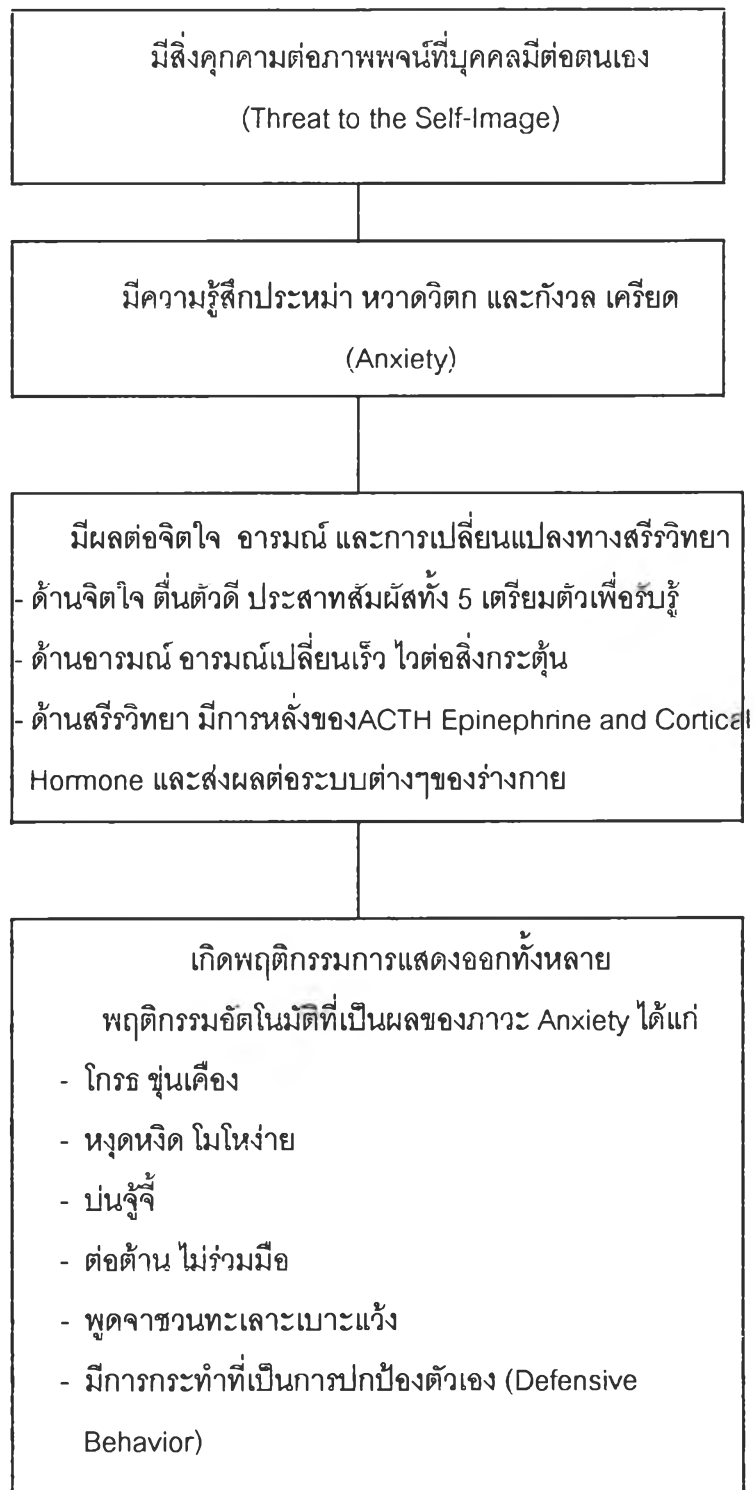


4. ผลต่อสมาธิและความจำ ความวิตกกังวลเล็กน้อยและปานกลางจะมีผลให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูง และรุนแรงจะมีสมาธิและความจำลดลง จะกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง

5. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ อาจมีอาการเศร้า เพราะรู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้

6. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงพฤติกรรมออกได้ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย นั่งเฉย ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าว ร้องไห้ เอะอะ พุดหรือถามซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม หลบตาหรือกลอกตาไปมา ไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะความวิตกกังวล ซึ่งจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นกับระดับความวิตกกังวล และจะเกิดขึ้นช่วงสั้น ๆ หรือนานก็ขึ้นกับการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งก็ขึ้นกับประสบการณ์ เหตุการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่บุคคลนั้นได้รับ



แผนภูมิที่ 3 แสดงการเกิดความวิตกกังวล  
ที่มา : สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์, 2522 : 123

## การประเมินระดับความวิตกกังวล (Lader et al, 1971 : 82-94)

เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Report Questionnaire) แบบวัดระดับความวิตกกังวลโดยทั่วไปแบ่งเป็น

1. การตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นแบบสอบถามความรู้สึกวิตกกังวล แล้วนำมาประเมินความวิตกกังวลว่ามีมากน้อยเพียงใด ได้แก่

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

### เป็นต้น

การตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่นิยมใช้มากคือ The State-Trait Anxiety Inventory ของ Spielberger ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

1.1 แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A - State) ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลแบบเทรท หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A - Trait) ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเน้นถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญของครอบครัวผู้ป่วย และเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท ในการประเมินระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (observe overt behavior)

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

3. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล จะแสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ วัดการเปลี่ยนแปลงทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น วัดอัตราการเต้นของหัวใจ โดยใช้เครื่องบันทึกคลื่นหัวใจ (Electrocardiogram) วัดชีพจรโดยใช้เครื่องนับชีพจร (Mechanical Pulse Detective) วัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) วัดการทำ

งานของกล้ามเนื้อ (Electromyography) วัดคลื่นสมอง (Electroencephalogram) แต่เป็นการลำบากในการวัดด้วยวิธีนี้ เนื่องจากไม่ค่อยจะสัมพันธ์กันกับอาการที่แสดงออกของผู้ที่มีความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละคนนั้นมีแบบแผนต่างกัน

### ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

Rapoport (1969, อ้างถึงใน Hickey, 1993: 94) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยขั้นวิกฤต เป็นอันตรายอันหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว โดยไม่คำนึงถึงทักษะการเผชิญปัญหา (coping) ของครอบครัว เมื่อสมาชิกของครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขั้นวิกฤต ครอบครัวอาจจะหยุดนิ่ง มีอาการช็อค ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือไม่เชื่อ ครอบครัวผู้ป่วยมักจะรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ตามด้วยความรู้สึกผิดและความโกรธเคืองต่อผลของความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและหน้าที่ของเขา

การอยู่โรงพยาบาลของสมาชิกที่เจ็บป่วยขั้นวิกฤต เป็นความเครียดสำหรับครอบครัว ทั้งครอบครัว ประการแรก สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบครัวผู้ป่วยมองเห็น ได้กลิ่น และเสียงที่ได้ยิน ซึ่งเป็นแหล่งของความไม่สุขสบายของครอบครัว การมองเห็นสมาชิกของครอบครัวที่ป่วยหนัก ซึ่งมักจะไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง หรือมีปฏิกิริยาตอบสนองได้น้อย ต้องถูกตอกกับท่อและเครื่องมือต่าง ๆ มากมาย เป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยตกตะลึง (Hickey, 1993 : 94) นอกจากนี้ สิ่งที่เป็นความเครียดสำหรับครอบครัวผู้ป่วยคือ ความจริงที่ว่า ครอบครัวผู้ป่วยต้องพึ่งและเชื่อถือแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นคนแปลกหน้า เพื่อให้การดูแลคนที่เขารัก Gardner & Stewart (1978, อ้างถึงใน Hickey, 1993: 94) กล่าวว่าครอบครัวผู้ป่วยจะมองตัวเองว่าหมดหนทาง (helpless) และไม่มีอำนาจ ไม่สามารถที่จะช่วยสมาชิกที่ป่วยได้ในช่วงเวลานี้ ครอบครัวผู้ป่วยจะไขว่คว้าใจในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยบ่อย ๆ แต่ถ้าเกิดการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวผู้ป่วยก็จะทำให้เกิดความยากลำบาก (distress) แก่ครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้

Epperson (1977: 267-268) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องผ่านระยะ 6 ระยะ ก่อนที่จะสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะที่มีความวิตกกังวลสูง (high anxiety) เป็นลักษณะของความวิตกกังวลทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน เช่น อาการกระสับกระส่าย เป็นลม การตึงของกล้ามเนื้อ และระบบการย่อยอาหารผิดปกติ โดยอาจมีอาการคลื่นไส้ ท้องเสีย ระยะนี้อาจใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีจนถึงหลาย ๆ ชั่วโมง

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

ระยะที่ 3 ระยะโกรธ (Anger)

ระยะที่ 4 ระยะเสียใจและสงสาร (Guilt and Sorrow) ครอบครัวจะรู้สึกเสียใจที่ไม่ได้ทำอะไรบางอย่างเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตนี้

ระยะที่ 5 ระยะเศร้าโศก (Grief) เมื่อครอบครัวรู้สึกว่าต้องสูญเสียสมาชิก เนื่องจากการเจ็บป่วยภาวะวิกฤต

ระยะที่ 6 ระยะกลับคืนสู่สภาพปกติ (Reconciliation) หลังจากครอบครัวได้ผ่านระยะแรกๆ มาแล้ว และพร้อมที่จะจัดการและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตนั้น

จากการศึกษาของ Artinian, N.T. (1991: 52-59) ในเรื่องเกี่ยวกับความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและวิตกกังวลของคู่สมรสที่เป็นผู้นุญของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล คือ การขาดข้อมูลในเรื่องของภาวะของผู้ป่วย การรักษา และนโยบายการเยี่ยมผู้ป่วย โดยที่คู่สมรสไม่สามารถพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับความก้าวหน้าในอาการของผู้ป่วย ไม่รู้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการกระทำอะไรต่อไป ไม่สามารถเห็นผู้ป่วยได้บ่อยเท่าที่ต้องการ ไม่รู้ว่าจะหาข้อมูลได้จากใคร และเฟอร์นิเจอร์ในห้องรอเยี่ยมไม่สุขสบาย

Halm (1992 : 633) กล่าวว่า ตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมากต่อครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต คือ 1) ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยไม่คาดคิดมาก่อน 2) ความไม่แน่นอนของความก้าวหน้าของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 3) ความกลัวของครอบครัวผู้ป่วยต่อความรู้สึกที่ว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดมากขึ้นหรือมีระยะเวลาของการเจ็บปวดที่ยาวนาน 4) การขาดความเป็นส่วนตัว และ 5) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้

จะเห็นได้ว่า สภาพแวดล้อมภายในของผู้ป่วยภาวะวิกฤต และอาการเจ็บป่วยของสมาชิกของครอบครัว เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

## ครอบครัว

### ความหมาย

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่นๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย (รุจา ภูโพบูลย์, 2537: 3) สมาชิกของครอบครัวนอกจากผูกพันกันโดยความรักใคร่แล้ว ยังมีความซื่อสัตย์ การดูแลซึ่งกันและกัน การไว้วางใจกัน และมีความสามารถที่จะปรับโครงสร้างพื้นฐานของครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัว (Hickey, 1993: 91) ครอบครัวจัดเป็นสถาบันสังคมที่มีผลอย่างมากต่อสมาชิกของครอบครัว มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายนถึงความล้มเหลว หรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Friedman, 1986 : 3)

Burgess (Cited in Friedman, 1986 : 8) ได้ให้นิยามของครอบครัวไว้ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่รวมกันด้วยความผูกพัน และมีความเกี่ยวพันกันโดยการสมรส สายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย
2. สมาชิกของครอบครัวจะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน
3. สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัวในสังคม เช่น บทบาทสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อกันตาม สถานภาพของตนในครอบครัว
4. ครอบครัวจะมีการเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ได้รับจากสังคม มาอยู่ในรูปแบบลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว

ความหมายของครอบครัวส่วนใหญ่มักจะมีความหมายคล้ายคลึงกัน คือ หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบสายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวกันมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินหรือสิ่งอำนวยความสะดวกซึ่งหามาได้ด้วยด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง

### ประเภทของครอบครัว

ครอบครัวอาจถูกจำแนกตามลักษณะของโครงสร้างของครอบครัว ตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้ดังนี้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2537: 4)

1. จำแนกตามโครงสร้างของครอบครัว โดยพิจารณาประเภทของสมาชิก ได้แก่
  - 1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร ซึ่งในกรณีที่มีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygamy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรรยานั้น พร้อมบุตร
  - 1.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัว รวมญาติทั้งด้านสามีหรือภรรยา ที่ร่วมอยู่ในครอบครัวด้วย
2. จำแนกตามที่อยู่อาศัยของคู่สมรส ได้แก่
  - 2.1 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดา ฝ่ายชาย (Patrilocal family)
  - 2.2 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายหญิง (Matrilocal family)
  - 2.3 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก (Neolocal family)
3. จำแนกตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ได้แก่
  - 3.1 ครอบครัวที่บิดา หรือสามีเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชนชาวจีน (Patrilocal family)
  - 3.2 ครอบครัวที่มารดาหรือภรรยาเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชาวเอสกิโมบางเผ่า (Matrilocal family)

3.3 ครอบครัวที่มีสามีและภรรยาที่มีความเป็นใหญ่เท่าเทียมกันหรือเสมอภาคกัน (Equalitarian family)

4. จำแนกตามความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่

4.1 การสืบสายโลหิตทางฝ่ายบิดา บุตรที่เกิดมาต้องเป็นสมาชิกฝ่ายบิดา และต้องใช้นามสกุลฝ่ายบิดา (Patrilineal family)

4.2 การสืบสายโลหิตฝ่ายมารดา บุตรที่เกิดมาต้องเป็นสมาชิกฝ่ายมารดา และต้องใช้นามสกุลฝ่ายมารดา (Matrilineal family)

### หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัว หรือกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวต้องร่วมกันปฏิบัติเพื่อความคงอยู่ของครอบครัวและเกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวมี 4 ประการ คือ (อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2532: 8)

1. การดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว โดยการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางชีวภาพและทางอารมณ์ โดยการจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้เพียงพอตามสถานภาพของบุคคลและการให้ความรักความสนใจเอาใจใส่ต่อความต้องการทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งหาทางตอบสนองตามสมควร

2. การสั่งสอน อบรม และให้การศึกษาแก่สมาชิกผู้เยาว์ โดยการให้คำแนะนำสั่งสอนแก่สมาชิกให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบของตนให้รู้จักระเบียบปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับในครอบครัว สนับสนุนในการพัฒนาและช่วยเหลือในการเรียนรู้และฝึกทักษะ ซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

3. การสืบเชื้อสายคือ หน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่ ซึ่งอาจจะโดยการแต่งงาน มีบุตรหลาน หรือการรับบุตรบุญธรรม เพื่อให้มีการสืบเชื้อสายอย่างต่อเนื่องและในขณะเดียวกัน ครอบครัวจะต้องเลี้ยงดูบุตร หรือสมาชิกใหม่นั้นให้มีคุณภาพ เพื่อทำประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคมสืบไป

4. การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจด้วยการประกอบอาชีพ และหารายได้ด้วยวิธีการสุจริต ใช้จ่ายทรัพย์สินที่หามาได้ด้วยความประหยัด เก็บออมทรัพย์สินที่มีอยู่ให้ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจเป็นปึกแผ่นมั่นคงและมีใช้เมื่อคราวจำเป็น



5. การสร้างสถานภาพทางสังคมให้แก่สมาชิก โดยการนำสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสู่สังคมที่ครอบครัวนั้นสมาคมอยู่ พร้อมทั้งให้แรงเสริม ให้กำลังใจ ฝึกฝนอบรมสมาชิกของครอบครัว ให้มีความกระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะของตนให้สูงขึ้น สนับสนุนสมาชิกของตนให้มีเกียรติเป็นที่ยอมรับในสังคม

6. การควบคุมทางสังคม ได้แก่ การดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ ให้การยกย่องชมเชยเมื่อสมาชิกปฏิบัติได้ถูกต้อง และช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการลงโทษตามสมควร

7. หน้าที่ทางศาสนา ครอบครัวจะต้องชักจูงให้สมาชิกยึดมั่นทางศาสนาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต บิดามารดาจะต้องนับถือศาสนาทั้งกาย วาจา และใจ และถือปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาให้บุตรหลานเห็นเป็นตัวอย่าง

หน้าที่เหล่านี้เป็นหน้าที่หลักที่ครอบครัวทุกครอบครัวพึงปฏิบัติและมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

### ภาวะวิกฤตของครอบครัว

โดยปกติบุคคลจะอยู่ในภาวะสมดุลและคงภาวะนี้ไว้โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (coping behavior) และวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการ ในภาวะวิกฤต พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและวิธีการแก้ปัญหานี้ไม่มีผลเพียงพอที่จะรักษาภาวะสมดุลนี้ไว้ได้ (Rapoport, 1969 อ้างถึงใน Hickey, 1993: 92)

Caplan (1964, อ้างถึงใน Hickey, 1993: 92) ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่า เป็นสิ่งที่ไม่คาดคิด เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับอุปสรรคที่คุกคามต่อเป้าหมายชีวิต และไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้ โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา นอกจากนี้ภาวะวิกฤตยังเป็นผลของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสภาพแวดล้อม 3 อย่างคือ เหตุการณ์อันตรายซึ่งคุกคามบุคคลหรือครอบครัว เหตุการณ์อันตรายที่บุคคลหรือครอบครัวรู้ว่าคล้ายกับเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดการขัดแย้ง และกลไกการเผชิญปัญหาปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการจัดการกับภาวะคุกคามนี้

Caplan ได้แบ่งระยะของภาวะวิกฤตออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ความกดดันเกิดขึ้น แต่บุคคลสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหา แก้ไขได้จนเป็นปกติ ผ่านพันธอุปสรรคไปได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่แรงกดดันมากขึ้น จนบุคคลพยายามใช้กลไกในการเผชิญปัญหา ตามปกติ แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้มีความรู้สึกเครียดเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีแรงกดดันเพิ่มมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว รุนแรง ไม่สามารถใช้การเผชิญปัญหาตามปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป เป็นระยะที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางแก้ปัญหาให้แตกต่างไปจากเดิม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### ชนิดของภาวะวิกฤต

เหตุการณ์ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในช่วงชีวิต และสามารถเป็นภาวะวิกฤตได้ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ และภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ (Hickey, 1993: 92)

1. ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ (Maturational crisis) ภาวะวิกฤต อาจเกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของพัฒนาการชีวิตของบุคคลและครอบครัว เนื่องจากบุคคลและครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะ ตามระยะของการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ระยะที่เข้าโรงเรียนใหม่ๆ ระยะเริ่มหนุ่มสาว เริ่มงานใหม่ แต่งงาน มีบุตรคนแรก เป็นต้น ซึ่งการที่บุคคลหรือครอบครัวที่กำลังอยู่ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้

2. ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจาก เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า โดยแบ่งสาเหตุของภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ได้เป็น 3 ประเภท คือ

2.1 เกิดจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง การได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานหรืออุบัติเหตุรถยนต์ การเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือเจ็บป่วยขั้นวิกฤต (Critical illness) เป็นต้น

2.2 เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น เกิดอุบัติเหตุ อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย เป็นต้น

2.3 เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม เช่น การตายของคู่สมรส การหย่าร้าง การล้มละลาย เป็นต้น

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตนั้นสามารถเป็นได้ทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดหรือเหตุการณ์ที่คาดหมายได้ ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวด้วย(Baker, Nieswiadomy and Arnold, 1988: 441) โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนหน้าที่และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Craven and Sharp, 1972: 190) และเมื่อสมาชิกของครอบครัวเจ็บป่วยหนักถึงขั้นวิกฤต ครอบครัวทั้งหมดจะถูกกระทบด้วย ความเจ็บป่วยวิกฤตคุกคามครอบครัวมากที่สุดในเรื่องการทำหน้าที่พื้นฐาน การสนับสนุนในความต้องการมีชีวิตรอยู่ของสมาชิกครอบครัว และเมื่อสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยถึงขั้นวิกฤต ครอบครัวจะมีปฏิกิริยาหยุดนิ่ง มีอาการช็อค ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือไม่เชื่อ ครอบครัวมักจะรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ตามมาด้วย รู้สึกผิดและโกรธเคืองต่อผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว (Hickey, 1993: 94)

#### การตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤต

Leavitt (1982, อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2537: 130) ได้แบ่งระยะการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะช็อค หรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อค มีความรู้สึกไม่เชื่อ ขาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง
2. ระยะถอยหนีหรือระยะสับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง ทั้งมีความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้งและอาจมีความรู้สึกเศร้าซึม สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดงความเศร้าโศกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน
3. ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาลงมือลงไปด้วยดี ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4. ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลและครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สามารถควบคุมสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

#### ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ความต้องการเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ความต้องการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล การขาดความสมดุลทำให้ร่างกายเกิดความเครียด ความไม่มีความสุข (สุชา จันทร์เอม, 2529: 37)

การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยมักจะเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวด้วย (Olsen, 1970 cited in Daley, 1984: 231) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นสมาชิกของครอบครัว การประเมินความต้องการของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ด้วย เนื่องจากครอบครัวมีผลต่อกำลังใจและการช่วยเหลือผู้ป่วย (Molter, 1979: 332) และเพื่อเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

มีผู้ศึกษาเรื่องความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตไว้หลายท่าน นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 Hampe (1975: 113-120) ได้ศึกษาความต้องการในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 27 คน พบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยมีความต้องการคือ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการความมั่นใจในความสุขสบายของผู้ป่วย ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ต้องการได้รับแจ้งเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น ต้องการได้ระบายความรู้สึก ต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน และต้องการการอำนวยความสะดวก กำลังใจ และการยอมรับจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

Breu & Dracup (1978: 212-216) ได้นำผลการศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของ Hampe (1975) มาใช้ในการศึกษาคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหัวใจ จำนวน 26 คน โดยแบ่งคู่สมรสออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 13 คน กลุ่มควบคุมได้รับการสัมภาษณ์ใน 72 ชั่วโมงแรกเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการตามผลการวิจัยของ Hampe ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลเฉพาะตามความต้องการที่

Hampe ได้ศึกษาไว้แล้ว สัมภาษณ์ถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ พบว่า คู่สมรสที่ได้รับการดูแลเฉพาะ ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างสมบูรณ์และสม่ำเสมอมากกว่า คู่สมรสกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลเฉพาะ จากการศึกษา Breu & Dracup ได้รวมความต้องการของ คู่สมรสจากการศึกษาของ Hampe บางข้อเข้าด้วยกัน และเพิ่มความต้องการลดความวิตกกังวลอีก 1 ข้อ รวมเป็น 5 ข้อ คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่กับ ผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และนำความต้องการเหล่านี้มาสร้างเป็นมาตรฐานการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่าเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาล และตอบสนองความต้องการ ของครอบครัวผู้ป่วยได้

Molter (1979: 332-339) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 40 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการ 10 อันดับแรกที่ครอบครัวผู้ป่วยให้ความสำคัญมากคือ ความรู้สึกว่ามีคนหวัง รู้สึกว่าบุคลากรของโรงพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วย มีที่พัก รอยยิ้มใกล้หอผู้ป่วย ได้รับแจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้ทราบการพยากรณ์โรค ของผู้ป่วย ได้รับการตอบคำถามที่ตรงกับความจริง ได้ทราบความจริงเกี่ยวกับความก้าวหน้า ของอาการผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง ได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย และได้เข้าเยี่ยม ผู้ป่วยบ่อย ๆ

Daley (1984: 231-237) ศึกษาการรับรู้ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ภาวะวิกฤต จำนวน 40 คน โดยใช้การสัมภาษณ์ พบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการ ข้อมูล ต้องการอยู่กับผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคล

Price et al (1991: 183-188) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 213 คน ใน หอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตโรคหัวใจ พบว่า ความต้องการ ที่ครอบครัวผู้ป่วยให้ความสำคัญที่สุดคือ ได้รับการตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา ได้รับความมั่นใจ ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด รู้สึกว่าบุคลากรของโรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ได้รับคำอธิบาย ที่เข้าใจได้ง่าย ได้รู้ความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และรู้ว่าผู้ป่วยกำลังได้รับการรักษาอย่างไร

Hickey (1990: 401-418) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยการ ทบทวนงานวิจัย 8 ฉบับ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 - ค.ศ. 1988 ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของ ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่มีความสำคัญอยู่ใน 10 อันดับแรกของงานวิจัยทั้ง 8 ฉบับ คือ ความ ต้องการได้รับการตอบคำถามโดยตรงไปตรงมา ความต้องการรู้ความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และความต้องการรู้ความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย

ความต้องการที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของงานวิจัย ร้อยละ 90 คือ ความต้องการรู้การ พยากรณ์โรค ผลการรักษา และโอกาสในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย

ความต้องการที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของงานวิจัย ร้อยละ 80 คือ ความต้องการได้รับ โทศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการได้รับข้อมูลวันละครั้งและความ ต้องการได้รับข้อมูลที่อธิบายเข้าใจง่าย

ความต้องการที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของงานวิจัย ร้อยละ 70 คือ ความต้องการมีความ หวัง ความต้องการมั่นใจว่าบุคลากรของโรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย ต้องการรู้ว่าจะทำอะไร ต่อผู้ป่วยและทำเพื่ออะไร และต้องการมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

ความต้องการที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของงานวิจัย ร้อยละ 50 คือ ความต้องการได้เข้า เยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้งขึ้น

จะเห็นได้ว่า ความต้องการด้านข้อมูลเป็นความต้องการที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดใน 10 อันดับแรก

จากการศึกษายังพบอีกว่า ญาติรับรู้ว่ายพบาลเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการ ส่วนใหญ่ของครอบครัวผู้ป่วย

ต่อมาได้มีการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยเปรียบเทียบการ รับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย ดังงานวิจัยของ

McHale & Bellinger (1988: 447-453) ศึกษาระดับความพึงพอใจในความต้องการของ ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 52 คน และเปรียบเทียบการรับรู้ของพยาบาล และ ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องระดับของความพึงพอใจในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย พบว่า ความต้องการที่ ครอบครัวผู้ป่วยพึงพอใจมาก 5 อันดับแรก คือ ความต้องการอยู่ตามลำพังกับผู้ป่วย ต้องการรู้ว่า ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะฟื้นคืนชีพ ต้องการมีโทรศัพท์ไว้ใกล้ ๆ ที่พักรอเยี่ยม สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้เมื่อ ต้องการ และต้องการมีคนห่วงใยในสุขภาพของตัวครอบครัวเอง โดยที่พยาบาลประสบผลสำเร็จใน ระดับกลางเท่านั้น ในการประเมินความพึงพอใจในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย

Forrester & Price (1990: 655-661) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยนั้น เปรียบเทียบกัน โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย 92 คนและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกของครอบครัวนั้น จำนวน 49 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการ 6 อันดับแรกที่ครอบครัวให้ความสำคัญ คือ ต้องการมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการได้รับการตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา ได้รู้ความจริงเกี่ยวกับภาวะของผู้ป่วย ต้องการรู้ว่าผู้ป่วยกำลังได้รับการรักษาอย่างไร ต้องการได้รับการโทรศัพท์ไปบอกที่บ้านถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการทราบการพยากรณ์โรค ส่วนความต้องการที่พยาบาลประเมินว่าสำคัญที่สุดสำหรับครอบครัวผู้ป่วยคือ การได้รับการตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด รู้สึกว่าบุคลากรให้การดูแลผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เข้าใจได้ง่าย และรู้ว่าทำไมผู้ป่วยจึงได้รับการกระทำเช่นนั้น โดยผลการศึกษาสรุปว่าพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในการรับรู้ความสำคัญของความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่มากที่สุดและที่น้อยที่สุด โดยพยาบาลประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยถูกเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น

O' Malley et al (1991: 189-201) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยศึกษาในพยาบาล 126 คน จากหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 4 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่พยาบาลรับรู้ว่ามีค่ามากใน 5 อันดับแรก คือ ความต้องการได้รับการตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา รู้สึกว่าบุคลากรของโรงพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย มั่นใจว่าครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้รับการอธิบายที่เข้าใจได้ง่าย และพูดคุยเกี่ยวกับความตาย และพยาบาลส่วนใหญ่ (85 %) รับรู้ว่าการต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และสำคัญมาก โดยพยาบาลสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยได้ และมีเวลาที่จะทำได้ เป็นบุคคลที่จะสามารถสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยได้ดีที่สุด สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความต้องการในครอบครัวผู้ป่วยของพยาบาล คือ ลักษณะงานของ หน่วยงาน ระยะเวลาที่พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการเตรียมความรู้ในเรื่องความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย

Quinn, Redmond and Begley (1996: 239-245) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตามการรับรู้ของครอบครัวและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วย

255 คน และพยาบาล 351 คน จากหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 24 แห่ง ในประเทศไอร์แลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่ครอบครัวผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการความมั่นใจ และความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของผู้ป่วย และจากความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 30 รายการ พยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ในความสัมพันธ์เหมือนกัน 10 รายการ ส่วนความต้องการอีก 20 รายการที่เหลือ พยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ในความสัมพันธ์ต่างกัน เช่น "ความต้องการรู้ความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย" ครอบครัวผู้ป่วยให้ความสำคัญในอันดับที่ 9 ส่วนพยาบาลให้ความสำคัญในอันดับที่ 20 และ "ความต้องการพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของครอบครัว" พยาบาลให้ความสำคัญอันดับที่ 9 ส่วนครอบครัวให้ความสำคัญเป็นอันดับที่ 18 ส่วนความต้องการอื่น ๆ ที่ครอบครัวผู้ป่วยระบุคือ "ต้องการห้องพักรอเยี่ยมข้าง ๆ หอผู้ป่วย"

จากการศึกษายังพบอีกว่า ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเพียง 10 รายการ จาก 30 รายการ ที่ได้รับการตอบสนองในระดับพึงพอใจมาก โดยครอบครัวผู้ป่วยพึงพอใจมากกับความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการประกันความมั่นใจ ได้รับการตอบสนอง

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตบ้าง คือ อุไรพร พงศ์พัฒนามวุฒิ (2532) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทางอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของญาติผู้ป่วยเรียงตามลำดับความสำคัญ คือ ต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการข้อมูล ต้องการกำลังใจ และการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงกล ศรีวัฒนา และพรทิพา สุภราศรี (2539) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 65 ราย นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ญาติผู้ป่วยที่มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีความต้องการไม่แตกต่างกัน และบุคคลที่ญาติระบุว่าตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุดคือ พยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า ความต้องการของครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตนั้น มีความต้องการในด้าน การลดความวิตกกังวล และความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอันดับต้น ๆ รองลงมาคือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการ



กำลังใจ ระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้มากที่สุด แต่พยาบาลก็สามารถประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยได้ถูกต้องในระดับปานกลางเท่านั้น

## การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

### ความหมาย

John (1962 cited in Gardner, 1978) กล่าวว่า การสนับสนุนเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่กำลังเผชิญกับความยุ่งยากให้สามารถแก้ปัญหาความยุ่งยากนั้นได้

Roberts (1976, อ้างถึงใน มารยาท วิชาเกียรติ : 23) ให้ความหมายของการสนับสนุนว่า เป็นการให้บุคคลได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบัน

และจากความหมายของครอบครัว ที่ว่าครอบครัว หมายถึงกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบสายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวกันมักอาศัยอยู่บ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินหรือสิ่งอำนวยความสะดวกซึ่งหามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง

จึงให้ความหมายว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต คือ กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้และกระทำต่อสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ขณะมาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจัดไว้อย่างเป็นขั้นตอนและมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยมีจุดมุ่งหมายให้สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยและสามารถแก้ปัญหาความยุ่งยากใจได้

พยาบาลนอกจากจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ยังต้องให้ความช่วยเหลือดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยขั้นวิกฤตของสมาชิกครอบครัว พยาบาลจึงต้องให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรือความยุ่งยากใจที่มีอยู่ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวลดความวิตกกังวล และให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต

เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งได้มีผู้ศึกษากันไว้มาก ดังนั้นองค์ประกอบของการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จึงประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูล หมายถึง พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 - ค.ศ. 1988 ของ Hickey (1990) พบว่า ความต้องการที่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตให้ความสำคัญในอันดับแรกๆ มากที่สุด คือความต้องการข้อมูลที่ สามารถเข้าใจง่าย และได้รับการตอบคำถามโดยตรงไปตรงมา Artinian (1991) ศึกษาความเครียดของคู่สมรสที่เป็นหญิงของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของ คู่สมรส คือ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของผู้ป่วย และไม่ทราบว่าจะหาข้อมูลได้จากใคร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jameson et al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทางศัลยกรรม ครอบครัวผู้ป่วยสนใจข้อมูลทุกอย่างที่เขาสามารถหาได้ ตั้งแต่ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค ไปจนถึงข้อมูลเล็กๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับว่าผู้ป่วยรับประทาน อาหารและนอนหลับอย่างไร (Hickey, 1993: 97) สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบครัวผู้ป่วยมองเห็น ได้ยิน และได้กลิ่น รวมทั้งบุคลากรในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วย (Hickey, 1993: 94) โดยที่การให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่น่ากลัวเป็นอันตราย และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (มารยาท วัชรเกียรติ, 2535: 24)

2. การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย หมายถึง การที่ให้ครอบครัวได้มีโอกาสได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้ง ได้เข้าไปดูผู้ป่วยได้บ่อยๆ ได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็น โดยไม่จำกัดระยะเวลาของการเข้าเยี่ยม เพื่อให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยนานขึ้น จากการศึกษาการรับรู้การเยี่ยมขณะอยู่ในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยของ Simpson (1991) พบว่า ผู้ป่วยประเมินการเยี่ยมของครอบครัวว่ามีประโยชน์ต่อเขา และผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมในเวลานาน โดยผู้ป่วยที่อายุมากกว่าชอบให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมในระยะเวลานานกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ครอบครัวมักจะต้องการอยู่กับผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงแรกที่ผู้ป่วยถูกรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลและช่วงของการวินิจฉัยโรค โดยครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจที่ได้เห็นผู้ป่วยมากกว่าที่จะรับฟังการรายงานจากบุคลากรซึ่งเป็นคนแปลกหน้าทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว โดยที่เมื่อครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตการไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าไปดูผู้ป่วย อาจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจินตนาการไปในทางที่แยกลง การจำกัดเวลาเยี่ยม หรือความบ่อยครั้งของการเยี่ยม เช่น ชั่วโมงละ 10 นาที เยี่ยมครั้งละ 2-3 คน

อาจนำมาซึ่งความกังวล และความสับสนภายในครอบครัวของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และเมื่อครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย มักจะเป็นประโยชน์ทั้งสำหรับตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย (Hickey, 1993: 97)

3. การมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึง การจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาในเรื่องบทบาทของพยาบาลหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต กับครอบครัวผู้ป่วยของ Hickey (1981) โดยการสอบถามพยาบาลหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 226 คน จากหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 18 หอใน 4 โรงพยาบาล พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต เห็นด้วยว่า ครอบครัวผู้ป่วยควรมีบทบาทในการสนับสนุนและกระตุ้นผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย บทบาทสำคัญที่ครอบครัวควรจะทำคือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร และ Hickey (1993: 98) กล่าวว่า ในระหว่างช่วงเวลาของการเจ็บป่วยขั้นวิกฤตนี้เป็นการเหมาะสมที่ครอบครัวผู้ป่วยจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในงานประจำ (routine) ที่ง่าย ๆ แต่มีความสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยสามารถถูกสอนหรือถูกกระตุ้นในการให้อาหารผู้ป่วย เช็ดหน้าผู้ป่วย เช็ดตัวผู้ป่วย หมุนเปลี่ยนหมอนให้ผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในการเปลี่ยนท่านอน ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ให้แก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินในการสอนครอบครัวผู้ป่วยและมีบทบาทร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย การที่ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการให้การดูแลผู้ป่วยนี้จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความมั่นใจในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ในการประสานงานและหาแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะวิกฤต

4. การให้กำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึง การกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และเกิดความหวัง โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ ซึ่งจะเป็นการช่วยผ่อนคลายความรู้สึกอึดอัด หงุดหงิด หรือไม่สบายใจของครอบครัวผู้ป่วย เป็นการแสดงให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบว่า เขายังมีบุคคลที่เข้าใจความรู้สึกของเขา เมื่อครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกแล้ว พยาบาลให้กำลังใจเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหา หรือแก้ไขปัญหานั้น Breu & Dracup (1978: 212-216) ได้ศึกษาคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งเสริมความรู้สึกสูญเสีย คือ การที่ต้องแยกจากสามีหรือภรรยา ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก พบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย กิจกรรมประจำวันหยุดชะงัก และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างมาก Breu & Dracup จึงได้ชี้แนะว่า พยาบาลควรเป็นผู้ให้กำลังใจ และให้คู่สมรสนั้นได้ระบายความรู้สึกออกมา ซึ่งจะเป็นผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการและการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตแล้ว สามารถสรุปเป็นความหมายของการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตในครั้งนี้ได้ว่า

การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้และกระทำต่อสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในขณะที่มาเยี่ยมผู้ป่วย โดยจัดไว้อย่างเป็นขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนให้ข้อมูล ขั้นตอนได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ขั้นตอนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และขั้นตอนให้กำลังใจและระบายความรู้สึก ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยมุ่งช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยให้บรรเทาความทุกข์ทรมาน มีกำลังใจและสามารถแก้ปัญหาความยุ่งยากใจได้ โดยเรียนรู้ถึงสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม มีโอกาสในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และด้านความสบาย

การให้ข้อมูล หมายถึง พยาบาลให้คำอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ภาวะอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาลของแพทย์ กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยเป็นคำอธิบายที่สามารถเข้าใจได้ง่าย

การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย หมายถึง การจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งขึ้น ไม่จำกัดในระยะเวลาของการเยี่ยม และได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็น

การมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึง การจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยทางด้านร่างกายในงานประจำง่าย ๆ ได้แก่ การเช็ดหน้า หวีผม และออกกำลังมือและเท้าให้ผู้ป่วย และช่วยเหลือ ผู้ป่วยทางด้านจิตใจ โดยการสัมผัสผู้ป่วย การพูดคุย

การให้กำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึง พยาบาลกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอัดอั้นใจ ความไม่สบายใจที่กำลังประสบอยู่ โดยเป็นผู้ฟังที่ดี พร้อมทั้งให้กำลังใจ

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มาลี ล้วนแก้ว (2522) ได้ศึกษาความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก โดยศึกษา ลักษณะของญาติผู้ป่วยที่มีอาการหนักกับระดับความเครียด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดในญาติผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีค่าเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาต่ำ แต่ค่าเฉลี่ยของความเครียดทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อายุของญาติที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เพียงสองคู่ คือ กลุ่มอายุ 15-25 ปี กับกลุ่มอายุ 41-60 ปี ความสัมพันธ์ของญาติที่มีต่อผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ญาติกลุ่มที่เป็นสามีภรรยา มีค่าของความเครียดสูงที่สุด และญาติที่เป็นโสดมีค่าเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่าญาติที่สมรสแล้ว

อุไรพร พงศ์พัฒน์นาวุฒิ (2532) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตและบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของครอบครัวในภาวะวิกฤตของ Molter และแบ่งเป็น 6 ด้าน ตามการศึกษาของ Daley คือด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าความต้องการแต่ละด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ0.05 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดเรียงตามลำดับคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการข้อมูล ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล สำหรับบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยได้มากที่สุด คือ พยาบาล

พิกุล ตันติธรรม (2533) ศึกษาผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับการเตรียมกับไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน โดยทำการศึกษาญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน

หออผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 52 ราย ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของ Spielberg ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออผู้ป่วยภาวะวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยที่ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

มารยาท วัชรเกียรติ (2535) ศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน โดยเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ การศึกษา และชนิดของโรค กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย กระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือและประคับประคอง และการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ และคณะ (2535-2536) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 99 ราย ใช้เครื่องมือเช่นเดียวกับอุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ (2532) ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญที่สุด เรียงตามลำดับคือ ต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการส่วนบุคคล ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก

จกกล ศรีวัฒนา และ พรทิพา ศุภราศรี (2538) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 65 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญ ความต้องการของญาติผู้ป่วยที่มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยได้มากที่สุด เหมือนกับการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ(2532)

สุวรรณา ธาดาพิพัฒน์ (2538) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอดที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น จำนวน 74 ราย จัดเป็นกลุ่มควบคุม 37 ราย กลุ่มทดลอง 37 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เสริม ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การสอนประกอบสไลด์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นขณะตั้งครรภ์ การชี้แนะ ติดตามดูแลช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การสนับสนุนโดยผู้วิจัยรับฟังพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดสนับสนุนและให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และการจัดสิ่งแวดล้อมโดยผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกันหาแนวทางปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่ทำงานให้เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการเกิดภาวะวิกฤตของอควิลล่า กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของ Spielberger และแบบสำรวจความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ดัดแปลงมาจากของ Molter ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ความต้องการกับการตอบสนองที่ญาติผู้ป่วยได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ลดความวิตกกังวล รองลงมาคือต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่ความต้องการน้อยที่สุดคือ กำลังใจและระบายความรู้สึก และความต้องการของญาติผู้ป่วยที่มีบทบาทความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ลดความวิตกกังวล ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ กำลังใจและระบายความรู้สึก

จุฑากานต์ กิ่งเนตร (2539) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยเม็ดโลหิตขาวชนิดเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดเฉียบพลัน ที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหญิง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยจัดให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ และชนิดของเคมีบำบัด กลุ่มทดลองได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมแจกคู่มือเกี่ยวกับเรื่องที่สอน การชี้แนะผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและญาติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความผาสุกในชีวิตมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

รัมภรดา อินทร (2539) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย และกลุ่มทดลอง 13 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการ



ดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด และด้านร่างกาย โดยใช้วิธีกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก การได้ยิน การได้กลิ่น การมองเห็น การรับรส การสัมผัส และการเคลื่อนไหว รวมไปถึงกิจกรรมที่ทำให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพลิกตะแคงตัว และการเปลี่ยนท่านอน ผลของการศึกษาพบว่า ระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธิติมา วทานีย์เวช (2540) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 6 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 ราย และพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ในหอผู้ป่วยหนักดังกล่าว จำนวน 51 คน ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่นๆ และความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลไม่มีความแตกต่างกัน

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท งานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย โดยกลุ่มทดลอง 20 ราย ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์จากผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การให้คำแนะนำในด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้กับผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และการให้กำลังใจ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าภาระเชิงปรณัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 01 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ มีภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 01

Hickey (1988: 670-676) ศึกษามุมมองของพยาบาลในประเด็นของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 226 คน จากหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 18 แห่ง ใน 4 โรงพยาบาล ของรัฐ Ohio Connecticut และ Massachusetts ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลคิดว่า ครอบครัวผู้ป่วยควรมีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือและกระตุ้นผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย บทบาทที่ครอบครัวควรจะทำคือ นำอาหารมาจากบ้าน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทาน ครอบครัวควรได้รับการบอกค่าของผลการตรวจทางห้องทดลอง (lab) อาการสำคัญของชีวิต (Vital signs) ถ้าครอบครัวถาม บทบาทที่พยาบาลเห็นด้วยน้อย คือ การที่ครอบครัวช่วยให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายและด้าน อารมณ์ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงวิกฤต ร้อยละ 86 ของพยาบาลเห็นด้วยว่า พยาบาลควรมีบทบาทร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลร้อยละ 37 ไม่เชื่อว่าเขามีความรู้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และร้อยละ 38 ของพยาบาลไม่เชื่อว่าจะเป็นความจริงที่จะคาดหวังจากพยาบาลในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตในการให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตในความต้องการด้านอารมณ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการที่พยาบาลจะมีบทบาทร่วมกับญาติผู้ป่วย คือ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือความตายที่จะเกิดขึ้น และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกของพยาบาลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และครอบครัว

Reider, J.A. (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยและกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของครอบครัว กับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในขั้นวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มาเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลา 48-96 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยถูกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 76 คน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย ในด้านกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยนั้น ตัวแปรย่อยในเรื่องกลยุทธ์ของครอบครัวผู้ป่วย คือ การเสาะหาการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย อายุของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย อายุของสมาชิกครอบครัว

ที่เป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤต และหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย

Rukholm et al. (1991: 920-928) ศึกษาความต้องการและระดับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ความต้องการและระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เป็นผู้ใหญ่ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความต้องการและระดับของความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (situational anxiety) และ 3) ศึกษาปัจจัยทางประชากรสังคม (sociodemographic) ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและระดับความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สมาชิกของครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย 166 คน ในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต 3 โรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้คือ เครื่องมือสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Molter และ เครื่องมือวัดความวิตกกังวล ของ Spielberger (STAI) ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

O' Malley et al. (1991: 189-201) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไร (non profit hospital) ขนาด 700 เตียง จำนวน 126 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) รับรู้ว่าการต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญและสำคัญมาก และพยาบาลสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยได้ โดยมีเวลาที่จะทำได้ ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยด้านความรู้ ได้รับการให้คะแนนสูงกว่าด้านจิตใจ หรือความต้องการส่วนบุคคล และด้านร่างกาย การรับรู้ของพยาบาลในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับงานของหน่วยงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต การเตรียมความรู้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล

Jamerson et al. (1996: 467-474) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นการวิจัยเชิงสำรวจย้อนหลังเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพ ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วย 20 คน เป็นหญิง 18 คน และ

เป็นชาย 2 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม(focus group interview) และสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของญาติที่เข้ากลุ่มได้ 4 ประเด็น คือ

1 ภาวะเคื่องคว้าง(hovering) เป็นความรู้สึกในระยะแรก คือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ ในตัวของผู้ป่วยในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน จะถามข้อมูลได้จากใคร และอย่างไร และจะปฏิบัติตัวอย่างไร

2 การเสาะหาข้อมูล (Information seeking) เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

3 การติดตามเหตุการณ์ (Tracking) เป็นกระบวนการในการสังเกต วิเคราะห์ ประเมิน การดูแลผู้ป่วย และภาวะของผู้ป่วย การสังเกตของครอบครัวผู้ป่วยนี้รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วย ลักษณะของการให้การพยาบาล และการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และการติดต่อสื่อสาร ระหว่างบุคคล และ

4 การรวบรวมแหล่งทรัพยากร (Gathering of resource) เป็นการหาในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการ ทรัพยากร รวมทั้งความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น อาหาร การพักผ่อน ความเป็นส่วนตัว สิ่งที่ต้องการตอบสนองในความต้องการด้านจิตใจ เช่น การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจจากครอบครัวอื่น เพื่อน และผู้ให้การดูแล (Caregiver)

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยเรื่อง ความต้องการและความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวได้รับการเจ็บป่วยถึงขั้นวิกฤต นั้น ครอบครัวของผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตด้วย ซึ่งครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อถึงตัวของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นเมื่อทราบถึงความต้องการที่สำคัญของครอบครัวผู้ป่วยแล้ว และเพื่อให้การให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างแท้จริง การคำนึงถึงความสำคัญและให้การดูแลแก่ครอบครัวผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ควรตระหนัก ผู้วิจัยจึงได้นำความต้องการที่สำคัญของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต 4 ด้าน คือ ด้านความต้องการ ข้อมูล การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย และกำลังใจและระบายความรู้สึก มาสร้างเป็นการพยาบาลระบบสนับสนุนให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยเชื่อว่าจะช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยลงได้