

ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง



นางสาววิจิตรา บุรณศรีกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

EFFECT OF INFORMATION AND EMOTIONAL SUPPORT ON ANXIETY AMONG
CAREGIVERS OF BRAIN TUMOR PATIENTS

Miss Vjittra Buranasrikul



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

โดย

นางสาววิจิตรา บุรณศรีกุล

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ นายแพทย์ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ นายแพทย์ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ดร.สุดาพร สติตุยธการ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิจิตรา บุรณศรีกุล : ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง. (EFFECT OF INFORMATION AND EMOTIONAL SUPPORT ON ANXIETY AMONG CAREGIVERS OF BRAIN TUMOR PATIENTS)
 อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. นพ.ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, หน้า.

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เป็นการศึกษาวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มาเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพชั้น 2 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 ตึก สก.8 และ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 ธนาคารกรุงเทพชั้น 2 จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ราย และกลุ่มควบคุม 12 ราย ซึ่งได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ ประเมินความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ สถิติที่ใช้ ได้แก่สถิติ Chi square การแจกแจงแบบไฮเปอร์ยี่ห้อเมตริก , สถิติ Non-Parametric Mann-Whitney test, Non - Parametric แบบ Wilcoxon

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้การประเมิน STAI from Y-1 ในวันที่ 1 และ วันที่ 3 ก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ หลังทำการทดลองความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าคะแนนรวมของความวิตกกังวลแฝงหลังได้รับการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปีการศึกษา 2556



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5374655030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: ANXIETY / CAREGIVER / BRAIN TUMOR PATIENT / INFORMATION /
EMOTIONAL SUPPORT

VIJITTRA BURANASRIKUL: EFFECT OF INFORMATION AND EMOTIONAL
SUPPORT ON ANXIETY AMONG CAREGIVERS OF BRAIN TUMOR PATIENTS.
ADVISOR: DOCTORPUCHONG LAURUJISAWAT, pp.

The purposes of this study were to study of Effect of Information and
Emotional Support on Anxiety among Caregivers of Brain Tumor Patients Hospital
and were recruited by Random sampling. State – trait Anxiety Inventory used to
measure anxiety before and after participation stay in the hospital . The data were
analyzed by Chi square and the statistic used to analyzed Non-Parametric Mann-
Whitney test and Non- Parametric Wilcoxon by SPSS

This study, the evaluate between the experimental group and
control group from STAI – Y on 1st and 3 rd day before receiving the information
and emotional support from both groups, there are no significant .Also the 1st
and 3rd after receiving the information and emotional supported of the caregivers
of brain tumor patients. the experimental group after receiving the information
and emotional support program was the state anxiety significantly lower than
that of the control group phase ($p < 0.05$) and the trait anxiety the both group was
no significantly

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2013



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และสละเวลาช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง ครอบครัวบูรณศรีกุล เครือญาติและมิตรที่รักทุกคน ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนในทุกๆเรื่องสำหรับการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนและทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ กับคำแนะนำความช่วยเหลือ และประสบการณ์ในการทำวิทยานิพนธ์ในด้านต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และดอกเตอร์สุดาพร สถิตยอุทการ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 2 คือ นางสาวอิสสิพร เมฆสถาพรกุล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 สก.8 คือ นางสาวกาญจนา ขุนทรง และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 ธก. 2 คือ นางสาววาระเกด สายบรรดาศักดิ์ ในการช่วยเหลือ และประสานงานในการเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยเนื่องอกสมองที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ สาขาสุขภาพจิตรุ่นที่ 23 ที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ และให้ประสบการณ์มากมาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
รายการอ้างอิง.....	2
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	4



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันลักษณะของโรคในชุมชนได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น จากข้อมูลสถิติของประเทศไทยจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตในช่วงปีพ.ศ.2548 – 2550 คือ โรคมะเร็ง โดยคิดเป็นอัตรา 84.9 คนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งโรคมะเร็งนี้สามารถพบได้ตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายและหนึ่งในอวัยวะที่สำคัญนั้นคือ สมอง โรคเนื้องอกสมองนี้พบได้ในคนทุกวัยตั้งแต่เด็กเล็กจนถึง ผู้สูงอายุ โรคนี้มักมีอาการปวดศีรษะเป็นสำคัญ พบว่า ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ 100,000 คน มีสาเหตุจากเนื้องอกสมองประมาณ 10 คน⁽¹⁾ ซึ่งยังไม่สามารถทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้น สาเหตุที่พบอาจมาจากสิ่งแวดล้อม พันธุกรรม หรือ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น อาการของผู้ป่วยมะเร็งสมองที่พบได้บ่อยเช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก เบื่ออาหารอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายหรือทั้งสองข้าง มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิดรู้ มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม เป็นต้น อาการดังกล่าวจะรุนแรงหรือไม่ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดที่เกิดขึ้นในสมอง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น⁽²⁾

ผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคคลมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวมีอาการหมดสติ มีการเปลี่ยนแปลงอาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพ มีภาวะสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁽³⁾ ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่สมองเอง จากสภาพแวดล้อมและจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้รู้สึกว้าวนตนเองเป็นภาระของผู้อื่น สูญเสียการควบคุมตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อตามมาคือ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด สับสน วิดกกังวล หมัดหวัง⁽⁴⁾ และความผิดปกติทางจิตใจที่พบบ่อยได้แก่ ความจำเสื่อม การรับรู้ผิดปกติ การตัดสินใจไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ การเข้าใจเหตุผลน้อยลง ไม่สามารถจัดการกับภาวะเครียดได้⁽⁵⁾ ผลกระทบต่อการรู้คิดที่บกพร่องส่วนใหญ่ได้แก่ ความผิดปกติด้านความจำ เช่น จำเหตุการณ์ไม่ได้ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นส่วนสำคัญในการใช้ชีวิตได้อย่างราบรื่น เมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล⁽⁶⁾ ความ

บกพร่องที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดสนิทสนม รักใคร่ ประองคองกัน มีความผูกพันต่อกัน ดังเช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ต้องพลาจากบุคคลที่เป็นที่รัก ถูกจำกัดให้รอคอยอยู่นอกหอผู้ป่วย จำกัดเวลาเยี่ยม จำนวนผู้เยี่ยม สถานที่ขาดความเป็นส่วนตัว และเมื่อคนในครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้เห็นสภาพอาการของผู้ป่วยหลังทำหัตถการที่ศีรษะ ซึ่งบางรายอาจไม่รู้สึกรู้สีกตัว หมดสติ ลักษณะแผลของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้น และจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความไม่คุ้นเคย เกิดความหวาดหวั่น หวาดกลัวและคาดถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลยิ่งขึ้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดจากการที่คนในครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย การดำเนินของโรค วิธีการดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การพยากรณ์โรค การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ไม่ตรงความต้องการ หรือการได้รับการตอบคำถามหรือข้อข้องใจเพียงสั้น ๆ และรวบรัดจากบุคลากรทางการแพทย์ การไม่เข้าใจ ไม่ได้รับคำอธิบายที่เพียงพอและไม่สามารถระบายความรู้สึกของตนเองกับบุคคลที่เข้าใจรับฟัง ขาดการปลอบขวัญ ให้กำลังใจ ยิ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น⁽⁷⁾ ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้จะเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่สังคมคาดหวังให้มีบทบาทในการช่วยเหลือดูแล อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ได้

ภาวะวิตกกังวลที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย เนื่องจากผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และเกือบตลอดเวลาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดูแลต้องคอยดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน พร้อมต้องเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงภาวะชัก ซึ่งธรรมชาติของภาวะวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้น จะเกิดความหวุ่นไหว รับรู้ถึงภัยคุกคาม และจะมีความคิดเกิดขึ้นเกินกว่าความเป็นจริงและเป็นอยู่ชั่วคราว แต่หากปล่อยให้เกิดขึ้นจนเป็นนิสัยจะนำไปสู่โรคความวิตกกังวลได้ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ เป็นทุกข์และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ ซึ่งการแสดงออกของความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านความคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึก เมื่อเกิดขึ้นเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้เป็นต้น แนวทางการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะวิตกกังวล ในปัจจุบันมี 2 ทางหลักคือการใช้ยาและการไม่ใช้ยา เนื่องจากการใช้ยาอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด ดังนั้นต้องมีการผสมผสานวิธีการอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะแนวทางที่มุ่งให้ผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองในการเรียนรู้จัดการหรือเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสม⁽⁹⁾

การดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงมีความสำคัญอย่างมากในการลดความวิตกกังวล การให้ความร่วมมือ การเพิ่มความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นการสนับสนุนทางสังคมทางหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional) เป็นการสนับสนุนที่แสดงออกถึงการได้รับความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ ไว้วางใจ ความห่วงใย การผ่อนคลาย และความรื่นเริง
2. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational) เป็นการให้ข้อมูลด้านการดูแลตนเอง แหล่งสนับสนุนอื่น ๆ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ
3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental) เป็นการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การรับประทานยา การพบแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติ การเงิน การไปใช้บริการสุขภาพ
4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม การยอมรับ การยกย่อง การชมเชย

การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพราะผู้ดูแลจะเกิดความพร้อมและมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย⁽¹¹⁾ ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้เฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เนื่องจากการ

สนับสนุนทั้งสองด้านนี้เป็นความต้องการอันดับแรก ๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้จากการศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก และทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ โดยความรู้ที่ผู้ดูแลยังมีไม่เพียงพอ เช่น ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย การให้ยา และการจัดการความปวดของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลต้องการข้อมูลเหล่านี้จากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ จะช่วยลดความกังวลและความกลัวของผู้ดูแล (12)

การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์ การช่วยให้ผู้ดูแลรับมือในสถานการณ์ที่ยาก ทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวลได้และจากการศึกษา ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์ ยังพบว่ามีความต้องการการพยาบาลด้านจิตใจ พบว่ามีความต้องการได้รับข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ต้องการได้รับการรักษาความลับ ต้องการได้รับการสัมผัส ต้องการได้รับฟังคำพูดที่ไพเราะและนุ่มนวล ต้องการได้รับสัมพันธ์ภาพที่ดี รวมทั้งต้องการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ต้องการได้รับการบริการที่รวดเร็วและทันที ต้องการได้รับการให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ ต้องการได้รับการดูแลด้วยความเต็มใจ และต้องการได้รับการดูแลต่างๆ ที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่น ความต้องการการพยาบาลด้านอารมณ์ พบว่ามีความต้องการได้รับการปลอบโยน ให้กำลังใจ และต้องการได้รับการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลมากกว่าความต้องการในด้านอื่น ๆ (15)

ซึ่งผู้ศึกษาสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีความวิตกกังวล เพื่อไปเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยด้านการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องของการให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่ต้องการ เช่น การให้ข้อมูลในเรื่องอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค การรักษาพยาบาล อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย ภาวะเบียบของโรงพยาบาล สิทธิการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการตามความเหมาะสม เป็นต้น นอกจากการให้ข้อมูลเรื่องต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยแล้วยังหาแนวทางในการดูแลสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองด้วย ซึ่งจากการศึกษานี้อาจสามารถใช้เป็นงานศึกษาค้นคว้าได้ต่อไป

คำถามการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะมีความวิตกกังวล
ลดลงมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ใช่หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการสนับสนุนด้าน
ข้อมูลและอารมณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและ
อารมณ์จะมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

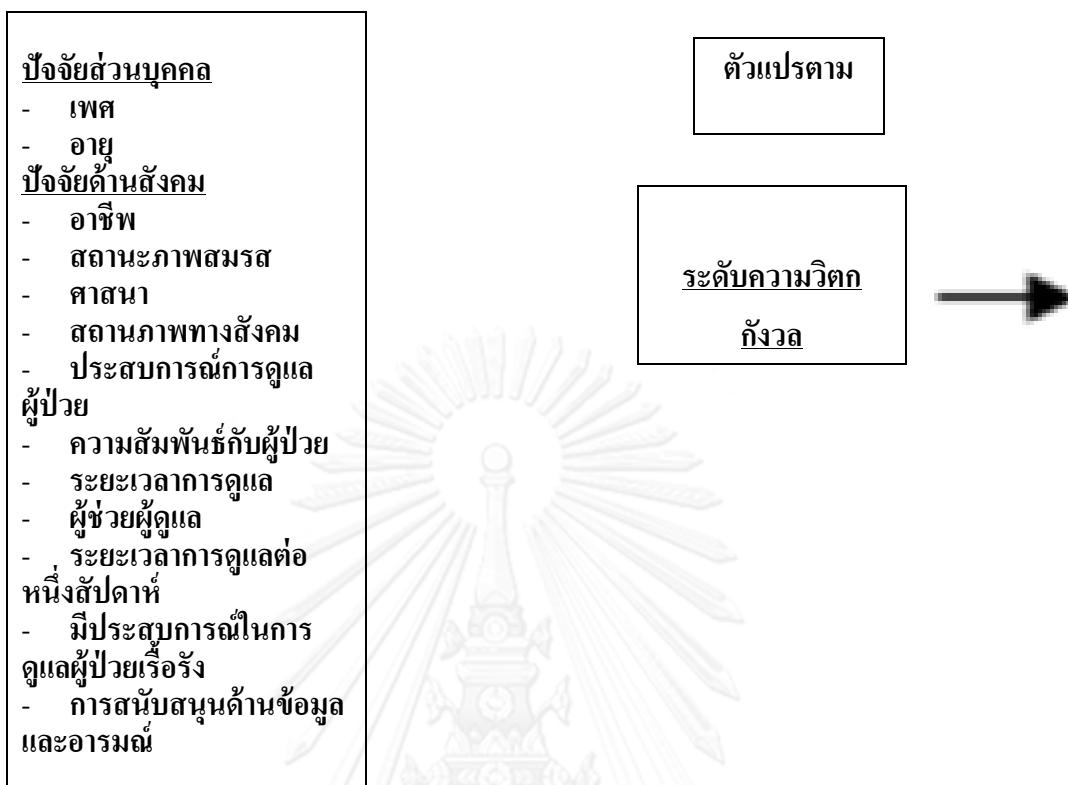
ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่มารักษาหออผู้ป่วยไอซียู
ศัลยกรรมประสาท 1, 2 และหออผู้ป่วยรณาคารกรุงเทพชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรค และจำกัดเฉพาะที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ที่เดียวเท่านั้น อาจมีความแตกต่างกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น

คำจำกัดความ

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ หมายถึง แผนการให้คำแนะนำ เสนอแนะ ในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับสภาพอาการ การบาดเจ็บ การตรวจวินิจฉัย แนวทางในการรักษาพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและภายในโรงพยาบาล ร่วมกับการ

สนับสนุนทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในผู้มารับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยใช้เวลาครั้งละ 30 – 45 นาที จำนวน 3 วัน

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือด กฎหมาย สังคม หรือเศรษฐกิจ รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้รับการดูแล ให้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการมากกว่าบุคคลอื่น มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน และไม่มีข้อผูกพันทางวิชาชีพ ซึ่งการศึกษานี้ผู้ดูแลคือบุคคลดังกล่าวข้างต้น ที่พาผู้ป่วยเนื้องอกสมองมา รักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 , 2 และหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพชั้น 2

ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง หมายถึง ผู้ที่มีก้อนเนื้อขยายตัวได้ภายในช่องกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้น โดยแพทย์เป็นผู้ทำการตรวจและวินิจฉัยแล้วว่าเป็นเนื้องอกที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น Glioblastoma Multiforme , Anaplastic Astrocytoma , High grade Glioma , Ependymoma เป็นต้น โดยในการศึกษาครั้งนี้มีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ตรงกับวัตถุประสงค์และมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน

ความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นจะส่งผลกระทบต่อในด้านลบ ทำให้ไม่พอใจหรือก่อให้เกิดอันตรายได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้วัดระดับความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory from Y ของ สปีดเบอร์เกอร์ และคณะ⁽¹⁶⁾ มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ จำนวน 20 ข้อ และ แบบวัดความวิตกกังวลแฝง จำนวน 20 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางการดูแลทางสุขภาพจิตเรื่องการลดความวิตกกังวล ในผู้ดูแลขณะให้ การดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
2. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะมีส่วนช่วยลดความวิตก กังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาครั้งต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย เนื้องอกสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
2. ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย
3. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) กล่าวว่าการสนับสนุน (Support) เป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือที่สำคัญที่บุคคล

ใช้ในช่วงเวลาวิกฤต เป็นการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เมื่อสถานการณ์วิกฤตขึ้น ความต้องการการสนับสนุนจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคน อาจเป็นข่าวสาร การเงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับได้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม มี 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐาน ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ กลุ่มนี้อาจถือได้ว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพ ⁽¹⁷⁾

การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นตัวกลางระหว่างการประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามและผลที่ตามมา โดยการลดหรือกำจัดปฏิกิริยาต่อการคุกคาม โดยการให้แนวทางการแก้ไขปัญหาหรือการลดความสำคัญของปัญหา ซึ่งอยู่ภายใต้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นน้อยลง การเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ หรือโดยการลดความรุนแรงของปฏิกิริยาที่แต่ละบุคคลจะแสดงออกมาจากภาวะเครียดที่เกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม การแบ่งได้ 4 ประเภท ได้แก่

- 1) **การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support)** เป็นการแสดงออกถึง การยกย่องเห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความหวังใจ และการรับฟัง ความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ

2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ แล้วนำไป การรับรองหรือ เปรียบเทียบระหว่างตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม รวมถึงการป้อนข้อมูลย้อนกลับด้วย

3) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Informational support) โดยการให้ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ตลอดจนการให้การปรึกษา เพื่อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการเผชิญกับปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย ซึ่งแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลสามารถสนับสนุนหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัว หรือเมื่อมีการเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ หรือได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้ โดยการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรในทีมสุขภาพแล้วทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน มีบุคคลที่ไว้ใจคอยรับฟัง ห่วงใยเอาใจใส่ มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่า ส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข การให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และบุคคลนั้น ๆ ⁽¹⁸⁾

การสนับสนุนด้านข้อมูล

จากรายงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยพบว่า ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการและความก้าวหน้าของผู้ป่วยนั้นเป็นความต้องการในระดับต้น ๆ การติดต่อสื่อสารในระยะแรกที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมาเยี่ยมจะช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวลงได้ ⁽²⁰⁾ ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลนั้นควรเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ บางครั้งข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวได้รับอาจจะขัดแย้งกับความรู้สึกหรือความต้องการที่แท้จริงทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลที่มีความถูกต้องและเหมาะสมจะต้องให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสภาพอาการ การเจ็บป่วย สถานการณ์ สภาวะอารมณ์ขณะนั้น

เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวยอมรับเข้าใจและสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ข้อมูลต่าง ๆ ควรให้อย่างง่ายไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์⁽²¹⁾

การสนับสนุนด้านข้อมูลตามแนวคิดของเฮาส์⁽¹²⁾ มีดังต่อไปนี้คือ

1. **การสร้างสัมพันธภาพ** การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สนับสนุนข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยแสดงความจริงใจด้วยกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร การใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน และให้ความสนใจแก่ผู้รับข้อมูลมากที่สุด
2. **การประเมินสถานะอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยขณะนั้น** ความสามารถที่จะรับรู้ข้อมูล ความพร้อมต่อการรับรู้ ความต้องการข้อมูลในขณะนั้น และสาเหตุที่กระตุ้นการเกิดความวิตกกังวลของผู้รับข้อมูล เช่น สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ทำให้สมาชิกในครอบครัวประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย
3. **การใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสนับสนุนด้านข้อมูล** เป็นประโยคสั้น ๆ กระชับ มีความหมายชัดเจนและไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะจะทำให้ผู้รับข้อมูลไม่เข้าใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น⁽²²⁾
4. **การเปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามและตอบคำถามตามความเป็นจริง** ไม่ควรตอบคำถามแบบให้เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไม่ได้ให้ข้อมูลที่ชัดเจน มีการสบตาผู้รับข้อมูล ขณะให้การสนับสนุน การเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล มีการจัดลำดับความสำคัญของข้อมูล เป็นขั้นตอน ตรงความต้องการของสมาชิกในครอบครัว
5. **การให้ข้อมูลที่ตรงกับสภาพอาการของผู้ป่วยและการพยากรณ์สภาพอาการที่อาจเกิดขึ้น** สมาชิกในครอบครัวอาจมีความต้องการที่จะอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทางทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติ เช่น การล้างมือก่อนเข้าเยี่ยม การสัมผัสตัวผู้ป่วย การพูดคุย เป็นต้น การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์แก่สมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ มีส่วนช่วยในการลดความวิตกกังวลได้⁽²³⁾

การสนับสนุนด้านข้อมูลเริ่มโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองและ
ประเมินการรับรู้ข้อมูลและความต้องการข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองก่อน ซึ่งมี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สภาพอาการของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด และผลกระทบ
จากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งปัญหาที่พบได้แก่

1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย คือการได้รับอันตรายของสมองใหญ่ไปที่เปลือกสมอง
หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงก้านสมอง ส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัว มีอาการหมดสติ ทำให้มี
การเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพ มีภาวะสมองบวม หรือเกิดการ
เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย เช่น การบกพร่องด้านการรับรู้ ความบกพร่องทางด้านการ
เคลื่อนไหว เป็นต้น

1.2 ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่สมองเอง จาก
สภาพแวดล้อม การไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ทำให้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง
ง่าย หงุดหงิด วิตกกังวล สับสน ก้าวร้าวหรือซึมเศร้า หมดหวัง ปฏิเสธ บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย
(13)

2. การให้ข้อมูลในเรื่องของอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ควรมีการอธิบายเพื่อผู้ดูแล
ผู้ป่วยเนื้องอกสมองเกิดความเข้าใจ ดังนี้

2.1 เครื่องช่วยหายใจหรือการให้ออกซิเจน เพื่อให้สมองที่ได้รับการกระทบกระเทือน
จากการผ่าตัด ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสื่อสารได้ไม่สะดวกหรือไม่สามารถ
สื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้

2.2 การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และเครื่องปรับอัตราการไหลของสารน้ำ จะ
ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือยาอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา

2.3 เครื่องวัดสัญญาณชีพ จะวัดชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ค่าออกซิเจน
ในเลือดเพื่อสังเกตอาการที่ผิดปกติขณะที่ความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง

2.4 ท่อระบายต่าง ๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วย ในระยะแรกหลังผ่าตัดอาจมีไว้ เช่น ท่อระบายน้ำปัสสาวะ เพื่อประเมินปริมาณของปัสสาวะที่ออกมาพร้อมกับสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ท่อระบายคาไว้ภายใต้กะโหลกศีรษะ เพื่อระบายเลือดหรือของเหลวภายหลังการทำผ่าตัด โดยใช้ขวดหรือภาชนะที่ปราศจากเชื้อในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางทีมสุขภาพในเรื่องของสุขภาพร่างกาย ดังนี้

1. การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและบ่าย
2. การดูแลให้สารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ โดยมีการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด หากระดับความรู้สึกตัวมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ดีผู้ป่วยอาจได้รับการงดอาหารและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน
3. การประเมินทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ เป็นการประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท ทุก 1 – 2 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ทราบถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการผ่าตัด อันได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ขนาดของรูม่านตาที่มีปฏิกิริยาต่อแสง การวัดอุณหภูมิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต เป็นต้น
4. การเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดอาจมีภาวะไข้เนื่องจากการสูญเสียของเลือดและสารน้ำในร่างกาย ภาวะไข้อาจทำให้ผู้ป่วยสมองบวมเพิ่มขึ้น หากพบว่ามีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียสต้องทำการเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกาย
5. การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดแผลกดทับตามปุ่มกระดูกที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังช่วยในเรื่องของระบบไหลเวียนโลหิต และป้องกันการเกิดปอดแฟบ
6. การให้ยา ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะได้รับการยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาลดสมองบวม
7. การป้องกันอุบัติเหตุ ด้วยการยกราวข้างเตียงทุกครั้งหลังการเยี่ยมหรือทำหัตถการเสร็จ หรืออาจมีการผูกยึดผู้ป่วยบางรายในกรณีที่ผู้ป่วยตื่น เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง

8. การกระตุ้นการรับรู้ผู้ป่วยและการกระตุ้นกล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ เช่น การบอกผู้ป่วยทุกครั้งที่จะทำกิจกรรม บอกวัน เวลา สถานที่ปัจจุบัน ให้ผู้ป่วยได้รับทราบทุกครั้ง รวมถึงการมาเยี่ยมของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ช่วยเหลือในการออกกำลังกาย

9. การระบายเสมหะ ด้วยการเคาะปอดและการดูดเสมหะ เพื่อให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยโล่ง ไม่มีการอุดตันของเสมหะ การจัดทำศีรษะสูงเพื่อให้ปอดขยายตัวดีขึ้น

10. การจัดทำอนศีรษะสูง 30 องศาไม่ให้คอหักพับงอ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น

11. กฎ ระเบียบและข้อควรปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วย ควรมีการอธิบายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้รับรู้และทำความเข้าใจในเรื่องของกฎ ระเบียบ ข้อควรปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนผู้ที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยไม่ควรเกิน 5 คน ต่อการเยี่ยมข้างเตียง เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วยข้างเตียง เวลาที่เข้าเยี่ยมในเวลาราชการสามารถเข้าเยี่ยมได้ตั้งแต่เวลา 12.00 – 20.00 น. เวลาเข้าเยี่ยมนอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 10.00 – 20.00 น. และควรให้ความร่วมมือรอคอยข้างนอกหากบุคลากรทางทีมสุขภาพทำหัตถการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ สามารถโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง การนำสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วย ได้แก่ สบู่ แป้ง โลชั่น กระดาษทิชชู หวี เป็นต้น

ถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความสงสัยหรือไม่แน่ใจในกิจกรรมที่จะทำให้กับผู้ป่วยสามารถสอบถามได้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง สิทธิการรักษาพยาบาล การลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ ใบส่งตัว บัตรสุขภาพ บัตรสังคมสงเคราะห์ ประกันสังคม หรือบัตรอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้นำมาติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในเวลาราชการ และหากมีปัญหาทางการเงินให้แจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อจะได้ส่งปรึกษาสวัสดิการสังคมให้การช่วยเหลือ หากผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองต้องการใบรับรองแพทย์หรือ ต้องการติดต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือผลการผ่าตัด สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การสนับสนุนทางอารมณ์

การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียด ความวิตกกังวลที่มีผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างสัมพันธภาพพร้อมกับการสร้างบรรยากาศทำให้เกิดการผ่อนคลายและสงบ จะทำให้เกิดความไว้วางใจ รับฟัง เกิดความเห็นอกเห็นใจกัน มีการตอบคำถามอย่างเปิดเผย โดยการจัดสถานที่สำหรับพูดคุยเป็นให้เป็นส่วนตัว การสร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการแนะนำตนเอง การใช้สรรพนามที่เหมาะสม มีการใช้ภาษาท่าทาง⁽¹⁵⁾ มีความสำคัญอย่างมากในการสร้างสัมพันธภาพ รวมถึงการสัมผัสผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองก็สามารถทำให้สัมพันธภาพไปสู่ทางที่ดีได้ การปล่อยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังจะยังเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองได้ ควรเข้าไปพูดคุยรับฟังทางอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม การแสดงท่าทีเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ รวมถึงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมอง เพื่อแสดงถึงความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ⁽²³⁾

จากการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้การสนับสนุนทางอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์⁽¹²⁾ ซึ่งนำมาจัดเป็นกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมอง ดังนี้

1. จัดสถานที่สำหรับการพูดคุยที่เป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองเกิดความผ่อนคลายและสงบ
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองโดยการแนะนำตนเอง การพูดคุยแบบเป็นกันเองโดยใช้สรรพนามและภาษาท่าทางที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี
3. แสดงท่าทียอมรับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองที่แสดงออกมาและเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น และบางครั้งอาจใช้การสัมผัสเพื่อแสดงความเข้าใจและเห็นใจ

4. การใช้คำถามปลายเปิด การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการสื่อสารและรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ระบายความรู้สึก
5. ตอบคำถามผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยข้อมูลที่เป็นจริงและให้ความมั่นใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
6. การแสดงความเอื้ออาทรโดย การนำผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียง และอยู่กับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองของผู้ป่วย
7. การให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อสามารถติดต่อสอบถามผู้ป่วยได้ตลอดเวลาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย
เนื้องอกสมอง
8. สร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในเรื่องข้อมูลทั้งหมดที่ไม่ต้องการเปิดเผยจะเป็นความลับเพื่อให้เกิดความไว้วางใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกลัวหรือความหวาดหวั่นที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอก และเป็นผลทำให้เกิดอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

ความหมายของความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ เนื่องจากรู้สึกว่ามีความเสี่ยงมาคุกคามเอกลักษณ์ของตนเอง หรือต่อความนับถือของตนเองต่อสุขภาพหรือเมื่อทำอะไรที่เกินความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ไม่เป็นสุขและมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้การรับรู้ค่อยไป⁽²⁴⁾ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

- ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความรู้สึกวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้นเกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่พอใจ เป็นการตอบสนองจากการประเมินตามสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม โดยอาจแสดงพฤติกรรมที่สังเกตได้ซึ่ง

ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคล

- ความวิตกกังวลแฝง จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเป็นลักษณะนิสัยที่ได้รับ ความเครียดสถานการณ์ที่คุกคาม และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ รุนแรงขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็น ลักษณะนิสัยประจำตัวหรือเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในสถานการณ์คุกคาม หรือสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ลักษณะประจำตัวนี้จะเป็นตัวเพิ่มหรือเสริมความรุนแรงความ วิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน ความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทนี้ มีความสัมพันธ์กันคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัวสูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือสิ่งคุกคาม ความวิตกกังวลก็จะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่ รุนแรงและยาวนานซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. **ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย** พบได้ในบุคคลทั่วไป มีผลทำให้บุคคลเกิดการ ตื่นตัว การรับรู้และการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เกิดการทำงานและความคิด สร้างสรรค์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ สามารถควบคุมจัดการกับตนเองได้หรืออาจต้องการให้มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเล็กน้อย ก็สามารถควบคุมสถานการณ์ได้
2. **ความวิตกกังวลระดับปานกลาง** มีผลทำให้เกิดการรับรู้แคบลง สนใจเฉพาะ ปัญหาที่ทำให้ตนไม่สบายใจ แต่ยังคงมีความพยายามที่จะควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่ง บางครั้งอาจต้องอาศัยการประคับประคองช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจึงจะสำเร็จ มีการ เปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกายเพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายได้ เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เหงื่อออก กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น อ่อนเพลีย มีสีหน้าวิตกกังวลหรือ แสดงความสนใจกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
3. **ความวิตกกังวลระดับสูง** จะมีสนามการเรียนรู้ที่แคบลง ไม่มีสมาธิ มีความตึงเครียดและคิดหมกมุ่นในรายละเอียดมากเกินไปจนไม่สามารถจับสาระสำคัญของเรื่องได้ ทำให้เกิด ความสับสน คิดฟุ้งซ่าน เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ไม่สามารถดำเนินกิจการให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

ได้ สัมพันธภาพลดลง ขาดความสนใจสิ่งรอบข้าง หากเกิดเป็นระยะเวลานาน ๆ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือคิดถึงฆาตกรรมได้

4. **ความวิตกกังวลระดับรุนแรงเป็นระดับที่มีความรุนแรงมากที่สุด** มีผลทำให้เกิดความกลัวอย่างรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ สูญเสียความมีบุคลิกภาพ พฤติกรรมถดถอย การรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถทำภารกิจเช่นคนปกติได้ จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลมีการตื่นตัว มีสมาธิ มีความสนใจตั้งอกตั้งใจ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เมื่อมีความวิตกกังวลระดับที่สูงมากขึ้นจนถึงระดับรุนแรงที่สุด จะทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง ขาดการรับรู้ ไม่มีเหตุผล มีพฤติกรรมก้าวร้าว ถดถอย หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจทำให้เกิดอาการป่วยทางจิตได้

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลหลักเมื่อทราบผู้ป่วยเป็นเนื้องอกสมองในระยะแรกนั้นเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตรายและการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลที่รัก สาเหตุของความวิตกกังวลได้แก่ ความวิตกกังวลจากความไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (39)

การแสดงออกของบุคคลเมื่อมีความวิตกกังวล สามารถประเมินได้หลายวิธี

1. การประเมินด้วยพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการประเมินความวิตกกังวลที่แสดงออกทางด้านพฤติกรรม ทำให้สามารถสังเกตเห็นได้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การสอดคล้องของการทำงานของร่างกายเนื่องเพราะพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนจากอารมณ์ภายใน ซึ่งแบบการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของแกร์แฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971) จะประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสดงออก เช่น มือสั่น ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ การกระสับกระส่าย กัดเล็บ การยื่นกอดอก ร้องไห้หรือการแสดงสีหน้าตึงเครียด เป็นต้น

2. การประเมินทางสรีรวิทยา เป็นการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น สัญญาณชีพ การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งการประเมินด้วยเครื่องมือวัดทางสรีรวิทยาทั่ว ๆ ไป แต่การประเมินด้วยการวัดทางสรีรวิทยาอาจมีสาเหตุอื่นนอกจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ (Smeltzer & Bare,2000)

3. การประเมินด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง ซึ่งแบบการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองที่ได้รับความนิยม คือ

a. Zung self- Rating Anxiety Scale (Zung, 1971)ใช้ในการประเมินผู้ป่วยทางจิตคลินิก เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลที่ผ่านมาในหนึ่งสัปดาห์

b. Beck Anxiety Inventory พัฒนาโดยดอกเตอร์แอรอน ที. เบค และคณะ (Dr. Aeron T. Beck et al) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล

c. State – Trait Anxiety Inventory (Spielberger , Gorsuch ,Lushene , Vagg & Jacob 1983) ,เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลแฝงซึ่งพัฒนาขึ้น โดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ อีกทั้งแบบประเมินนี้สามารถใช้ได้ในบุคคลหลายกลุ่ม จากการศึกษาของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (40) เกี่ยวกับระดับคะแนนของแบบสำรวจความวิตกกังวลพบว่า ระดับคะแนนของแบบสำรวจความวิตกกังวลยิ่งสูง แสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง ค่า 20 – 39 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับต่ำ 40 – 59 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับปานกลาง 60 – 80 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับสูง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ เนื่องจาก

เป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมแพร่หลาย ไม่ต้องใช้เวลาในการประเมินมากนัก ข้อคำถามไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด ไม่มีปัญหาเรื่องการข้ามวัฒนธรรมซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิตและคาราวรรณ ติะปินตา (2534) แบบ

ประเมินความวิตกกังวลนี้ได้รับการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับความวิตกกังวลในนิติตพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 56 คน นำผลที่ได้มาวัดค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของความวิตกกังวลขณะเผชิญ 0.92 และความวิตกกังวลแฝง 0.8 ตามลำดับ (ผลของ โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลในนิติตพยาบาล, ยุพาพัคตร์ รัทมนิวงศ์ และคณะ กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2553)

ผู้ดูแล (caregivers, carer)

จากความบกพร่องในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของสมองทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องมีบุคคลเข้ามาช่วยเหลือในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องทำบทบาทหน้าที่ในฐานะของผู้ดูแลและช่วยผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (30) ลักษณะของผู้ดูแล แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่

กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพพิทาส่วนบุคคล การให้อาหารทำความสะอาดแผล ช่วยเหลือในการขับถ่าย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา เป็นต้น (31)

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่

จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม การตรวจรักษาหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม(32) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาล อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง คนรัก เพื่อน หรือคนสำคัญในชีวิต มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือ ดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล สถานการณ์การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลหรือชุมชนแหล่งอาศัย

ศรัณยา แสงมณี (การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน ราชบัณฑิตยศาสตร์ vol 18 no.1 jan- april 2012) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด ส่วนใหญ่จะเป็นสามี ภรรยา หรือบุตรซึ่งผู้ดูแลจะมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยแต่เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้เมื่อภาวะด้านต่าง ๆ ส่งผลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีหลายบทบาท แต่มีเป้าหมายเดียวคือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บทบาทที่สำคัญได้แก่ การดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ฝึกระวังอย่างใกล้ชิด ด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ เข้าใจ เห็นใจ ห่วงใยไม่ทอดทิ้ง พุดคุยให้กำลังใจ ไม่ขัดใจ ช่วยปกปิดความลับไม่รังเกียจ สร้างความเข้าใจกับบุคคลรอบข้าง แสวงหาข้อมูลข่าวสารช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแลหลักแสดงบทบาทหน้าที่ได้ดี ทีมสุขภาพควรมีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุน ให้ผู้ดูแลได้พัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแล มีอำนาจในการจัดการควบคุมสถานการณ์ ใช้กระบวนการตัดสินใจ ปฏิบัติแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและทีมสุขภาพ (34)

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีภาวะบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจและอารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมของผู้ดูแล มีดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายมาก ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้แรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม เกิดอาการเจ็บปวด ปวดเมื่อย อันเกิดจากการยก ประคอง หรือช่วยในการฟื้นฟูผู้ป่วย ในบางรายผู้ดูแลอาจรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดและกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิตกกังวลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ดูแลบางคนต้องการออกจากบ้านเพื่อพักผ่อนบ้าง หรืออาจเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา ดังนั้นปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ควรได้รับความสนใจและหาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้กลายเป็นปัญหาทางด้านจิตใจตามมา (35)

3. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับการเจ็บป่วย ครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังส่งผลถึงรูปแบบการทำงานของผู้ดูแล เช่นการเปลี่ยนจากทำงานเต็มเวลาเป็นทำงานบางเวลา การเสียสละลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล

จากการศึกษาของ แคพแลนด์ (26) พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ โรคหัวใจมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง การให้สนับสนุนด้านอารมณ์นั้นมีประโยชน์มากในระยะแรก เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จะเกิดความวิตกกังวลสูงก่อนและหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด

จากการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต(29) โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงของ สปีลเบอร์เกอร์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูล 2 ครั้ง พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลอง

ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลลดลงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยหนัก(ชุตินา มุสิกุลและคณะ, 2542 วารสารโรงพยาบาลลำปาง27/4/2542) พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ภายหลังเยี่ยมผู้ป่วยญาติจะได้รับการประเมินความวิตกกังวล ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้าเยี่ยมและหลังเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มทดลองได้คะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (Houses , 1981) ในเรื่องการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งเป็นความต้องการการสนับสนุนที่สำคัญอันดับแรกๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่มีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (19)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษาวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองเพศชายและหญิง ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองเพศชายและหญิงหลังผ่าตัดวันแรกและไม่ได้รับการ

ผ่าตัดซ้ำ จำนวน 24 คน ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1, 2 และหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 20 – 70 ปี
2. มีสัญชาติไทย
3. เป็นบุคคลในครอบครัว/ญาติของผู้ป่วย
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูด อ่านเขียนภาษาไทยได้
5. ได้รับความยินยอมและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากสถิติการรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่เข้าทำการรักษาหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 และ 2 ดังนั้นในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ซึ่งมาจากการคำนวณดังนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽³⁸⁾

N = ขนาดตัวอย่าง

$$\beta = 0.10$$

$$\alpha = 0.05$$

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ = ค่า Z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type I Error ให้เท่ากับ $0.05/2$ มีค่าเท่ากับ 1.96 (two tail)

Z_{β} = ค่า Z ที่ได้จากรางแจกแจงปกติ เมื่อกำหนดขนาดของ Type II Error ให้เท่ากับ 0.10 มีค่าเท่ากับ 1.28

σ^2 = Variance of difference

d = Difference

สูตร

$$n_{\text{pair}} = \frac{(Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

$$n_{\text{pair}} = \frac{(1.96 + 1.28)^2 (1.5)^2}{(1)^2}$$

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = 23.62 \cong 24 \text{ ราย}$$

อ้างอิงจากค่าทดลองของกันยา วิงเฮงยะฤทธิ์, (2549)⁽³⁹⁾

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม ดังนี้

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างต้องได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 ราย รวม 48 ราย แต่ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดวันแรกเพศชายและหญิง จำนวน 24 คน ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1, 2 และหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพชั้น 2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้ต้องตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การสุ่มด้วยวิธีการจับสลาก จนครบกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ที่ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษามา

จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ สมรส วุฒิการศึกษา รายได้ สถานภาพทางสังคม อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบวัดความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory from Y ของ สปีลเบอร์เกอร์และคณะ

ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภากิจและดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ STAI from Y-1 เป็นแบบประเมิน A-State หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น มีจำนวน 20 ข้อ ระดับที่ใช้ประเมินมี 4 ระดับ โดยให้คะแนนดังนี้

1 = ไม่มีเลย

2 = บางครั้ง

3 = บ่อย ๆ

4 = เสมอ

ส่วน STAI from Y-2 เป็นแบบประเมิน A-Trait หรือความวิตกกังวลแฝง เป็นความวิตกกังวลของตนเองโดยทั่ว ๆ ไป มีจำนวน 20 ข้อ ระดับที่ใช้ประเมินมี 4 ระดับ โดยให้คะแนนดังนี้

1 = ไม่มีเลย

2 = บางครั้ง

3 = บ่อย ๆ

4 = เสมอ

ก่อนคำนวณคะแนนจะกลับคะแนนในข้อที่มีความหมายในเชิงลบของแบบประเมิน STAI from Y-1

และ STAI from Y-2 คะแนนรวมของแต่ละแบบประเมินจะอยู่ในช่วง 20- 80 คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนรวม 20 – 39 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับต่ำ

ค่าคะแนนรวม 40 – 59 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับปานกลาง

ค่าคะแนนรวม 60 – 80 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์⁽¹²⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำ

เสนอแนะ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ชนิดร้ายแรง ได้แก่ระดับความรู้สึกตัว การตรวจวินิจฉัย การรักษา มีการแจกเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ดูแลพึงได้รับ รวมถึงข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมและการให้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ กฎระเบียบของหอผู้ป่วย สำหรับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงท่าทีจะกระทำตลอดระยะเวลาให้การสนับสนุนทางอารมณ์ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูล

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัดความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory from Y ของ Spielberg et al,1983

ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชาติ นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติและดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวล โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 24 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงเท่ากับ 0.93 และ 0.8 ตามลำดับ

2. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุน

ทางสังคมของเฮาส์⁽¹²⁾ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ชำนาญการการพยาบาลผู้ป่วยทางสมอง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยทางสมองและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลจิตเวช หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

- 1.1 การเตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมพร้อมตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในเรื่องของการประเมินและวิเคราะห์เกี่ยวกับด้านอารมณ์และความรู้สึกเรื่องของความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ โดยผู้วิจัยทำการศึกษาและค้นคว้าจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่ม

ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท ธนาคารกรุงเทพ ชั้น 2 หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท 1 และ 2 เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

- 1.3 ผู้วิจัยศึกษารายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติที่หอผู้ป่วย และสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการรวบรวมกลุ่มทดลองจำนวน 12 รายก่อน หลังจากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 12 ราย ปฏิบัติดังนี้
 - 1.3.1 รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง หลังจากนั้นนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในวันที่ 3
 - 1.3.2 วัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลอีกครั้งในวันที่ 3
- 1.4 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยทำการแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเกี่ยวกับเนื้อหาและระยะเวลา

2. ขั้นตอนการทดลอง มีวิธีการดังนี้

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วน จากนั้นเริ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัวเองและใช้สรรพนามที่เหมาะสม ใช้น้ำเสียงท่าทางและการพูดคุยที่เป็นกันเอง แสดงท่าทีที่เข้าใจและรับฟังผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง แจกเอกสารและอธิบายเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์โรคและแนวทางในการรักษา แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎต่าง ๆ ของโรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ซักถามข้อมูลที่สงสัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองมาข้างเตียงผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ให้การแนะนำในเรื่องการสัมผัสผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ซักถามข้อมูลที่สงสัย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองมาที่ห้องที่จัดไว้อีกครั้ง โดยให้ทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง และทำการนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในวันที่ 2 โดยใช้เวลาทั้งหมด 30 – 45 นาที

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วน จากนั้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมอง หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ซักถามข้อมูลที่สงสัย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองมาข้างเตียงผู้ป่วย ประสานงานให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้พูดคุยกับแพทย์ผู้ทำการรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ซักถามข้อมูลที่สงสัย รับฟังเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้แสดงความรู้สึก ให้กำลังใจและปลอบใจผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองมาที่ห้องที่จัดไว้อีกครั้ง สอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองภายหลังจากการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รับฟังเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้แสดงความรู้สึก ให้กำลังใจและปลอบใจ ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองตามความเหมาะสม และทำการนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในวันที่ 3 โดยใช้เวลาทั้งหมด 30 – 45 นาที

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันที่ 3

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วน จากนั้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมอง หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ซักถามข้อมูลที่สงสัย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองมาข้างเตียงผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ซักถามข้อมูลที่สงสัย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองมาที่ห้องที่จัดไว้อีกครั้ง สอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองภายหลังจากการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รับฟังเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้แสดงความรู้สึก ให้กำลังใจและปลอบใจ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองเมื่อได้อยู่เฝ้าผู้ป่วย

ภายหลังทำการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 12 ราย และทำการวิเคราะห์ข้อมูล

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 3 วัน เพื่อทำดำเนินการทดลอง ในวันที่ 1 และในวันที่ 3

ผู้วิจัยทำการประเมินผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เกี่ยวกับความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ และคณะ เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง และมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในเก็บข้อมูลจาก คณะแพทยศาสตร์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และส่งหนังสือถึงหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง
2. แนะนำตัวพร้อมแสดงเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่ม โดยการจับสลากจำนวนทั้งหมด 24 อัน เพื่อหา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory from Y ของ สปีลเบอร์เกอร์และคณะ
3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการทดลองในกลุ่มทดลองประกอบด้วย การใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยใช้เวลาในการทดลอง 3 วัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองจะมีการประเมินผลด้วยแบบวัดความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory from Y ของ สปีลเบอร์เกอร์และคณะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เก็บรวบรวมข้อมูลรวบรวมแบบสอบถาม ลงข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

แนวทางวิเคราะห์ข้อมูล / สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์/การนำเสนอข้อมูล:

นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows Version 17 แล้วนำไปวิเคราะห์ โดยวิธีการทางสถิติ สถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ข้อมูลส่วนได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Non – parametric Mann Whitney test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยผลรวมความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องออกสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) Analysis of Covariance : ANCOVA เพื่อเปรียบเทียบผลคะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาเรื่องผลของกรสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เสนอตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถิติที่ใช้คือ Non – parametric Wilcoxon Signed Rank Test

2.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถิติที่ใช้คือ Non – parametric Wilcoxon Signed Rank test

2.3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สถิติที่ใช้คือ Non – parametric Mann - Whitney test

2.4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เพื่อเปรียบเทียบผลการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน – หลังการทดลอง สถิติที่ใช้คือ Analysis of Covariance ; ANCOVA

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่มาเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย วิชาการกรุงเทพมหานคร 2 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 ตึก สก.8 และ หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมประสาท 2 วิชาการกรุงเทพมหานคร 2 จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ราย และ กลุ่มควบคุม 12 ราย จำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยผู้ดูแล ระยะการดูแลต่อหนึ่งสัปดาห์ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส คะแนน Glasgow Coma Scale

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 41 ปี ส่วนมากมีอาชีพเป็นเกษตรกร และมีสถานภาพสมรสทั้งหมด ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมักเป็นคู่สมรสและดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองเป็นระยเวลาน้อยกว่า 6 เดือน (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละ ลักษณะของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
เพศ			0.41
ชาย	3(25%)	5(41.7%)	
หญิง	9(75%)	7(58.3%)	
อายุ (Mean±SD)	46.67±12.3	46.58±10.71	0.986
Min,Max	20,64	30,66	
อาชีพ			1.00
เกษตรกร	5(41.7%)	4(33.3%)	
ค้าขาย	2(16.7%)	1(8.3%)	

รับจ้างทั่วไป	0	2(16.7%)	
ธุรกิจส่วนตัว	1(8.3%)	2(16.7%)	
รัฐวิสาหกิจ	1(8.3%)	0	
รับราชการ	0	1(8.3%)	
เกษียณอายุ	2(16.7%)	2(16.7%)	
อื่นๆ	1(8.3%)	0	
ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	P value
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			0.498
มารดา	3 (25%)	2(16.7%)	
บุตรชาย/บุตรสาว	2(16.7%)	0	
คู่สมรส	7(58.3%)	10(83.3%)	
ระยะเวลาการดูแล			1.000
น้อยกว่า 6 เดือน	11(91.7%)	10(83.3%)	
ผู้ช่วยผู้ดูแล			0.237
ไม่มี	5(41.7%)	8(66.7%)	
มี	7(58.3%)	4(33.3%)	
ระยะเวลาการดูแลต่อหนึ่งสัปดาห์			0.389
5-6 วัน	2(16.7%)	2(16.7%)	
7 วัน	10(83.3%)	10(83.3%)	
มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย			0.373
เรื้อรัง	1(8.3%)	2(16.7%)	
มี			
ไม่มี	11(91.7%)	10(83.3%)	

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคว์สแควร์ เป็นการแจกแจงแบบไฮเปอร์ยี่ห้อเมตริก พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนได้รับการสนับสนุน

ด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P
Anxiety (mean±SD)	51.50±7.06	48.75 ±6.67	0.223
Anxiety (Min,Max)	39,62	33,59	

จากตารางที่ 4.2 ความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญโดยใช้สถิติใช้สถิติ Non-Parametric Mann- Whitney test

ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าความวิตกกังวลแฝงก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P
Anxiety (mean±SD)	47.42±6.00	47.75±3.57	0.664
Anxiety (Min,Max)	39,61	41,54	

จากตารางที่ 4.3 ความวิตกกังวลแฝงก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญใช้สถิติ Non-Parametric Mann- Whitney test

ตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับการสนับสนุน

ด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องอกสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P
Anxiety (mean±SD)	40.75±6.48	46.83±5.00	0.045*
Anxiety (Min,Max)	31,49	40,60	

$P^* < 0.05$

จากตารางที่ 4.4 ความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติ Non-Parametric Mann-Whitney test

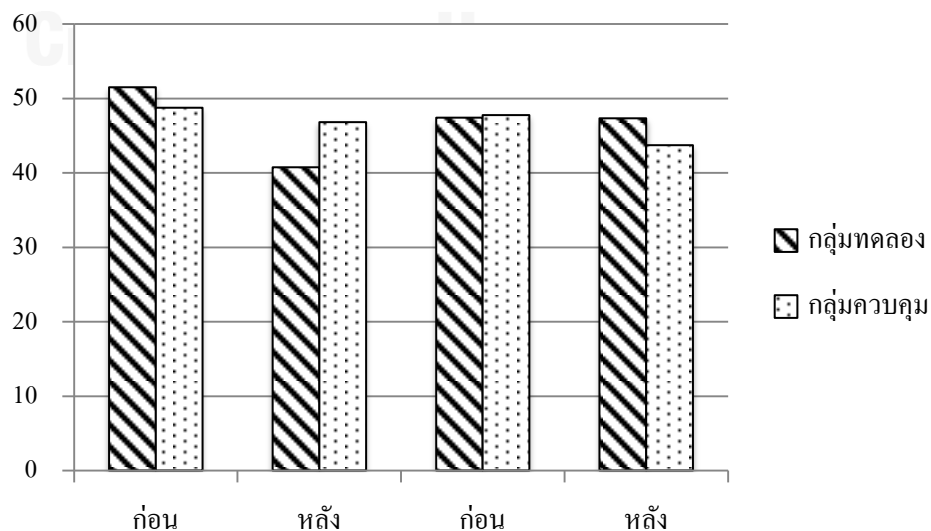
ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าความวิตกกังวลแฝงหลังได้รับการสนับสนุนด้าน

ข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P
Anxiety (mean±SD)	47.33±8.62	43.42±6.68	0.660
Anxiety (Min,Max)	28,58	37,60	

จากตารางที่ 4.5 ความวิตกกังวลแฝงหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญใช้สถิติ Non-Parametric Mann-Whitney test

กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนของระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
กลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมโดยใช้ Non - Parametric แบบ Wilcoxon

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (mean±SD)		P	กลุ่มควบคุม (mean±SD)		P
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	51.5 ±7.06	40.75±6.48	0.003*	48.75±6.67	46.83±5.00	0.289
ความวิตกกังวลแฝง	47.42±6.00	47.33±8.62	0.824	47.75±3.57	43.42±6.68	0.107

$P^* < 0.05$

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ — ความวิตกกังวลแฝง

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Non - Parametric แบบ Wilcoxon พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน
ความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่า
คะแนนของความวิตกกังวลแฝงทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เพื่อเปรียบเทียบผลการได้รับการสนับสนุน
ด้านข้อมูลและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อน – หลังการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	92.042 ^a	1	92.042	1.546	.227
Intercept	49413.375	1	49413.375	830.107	.000
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	92.042	1	92.042	1.546	.227
Error	1309.583	22	59.527		
Total	50815.000	24			
Corrected Total	1401.625	23			

R Squared = .066 (Adjusted R Squared = .023)_a

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance ; ANCOVA) ของผลการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ความแปรปรวนในกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตึกธนาคารกรุงเทพชั้น 2 หอผู้ป่วยไอซียู ศัลยกรรมประสาท ธนาคารกรุงเทพชั้น 2 และหอผู้ป่วยไอซียู ศัลยกรรมประสาท สก. ชั้น 8 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์การคัดเข้า – เกณฑ์การคัดออก ผ่านการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 24 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 ราย และกลุ่มควบคุม 12 ราย ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันส่งผลให้ไม่มีความแตกต่างกันของปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนการศึกษาว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีผลต่อระดับความวิตกกังวลหรือไม่นั้น ได้ทำการเปรียบเทียบผลของการทดลองก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนก่อนการทดลองการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Non – parametric Mann – Whitney test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนหลังการทดลองการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Non – parametric Mann – Whitney test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < 0.05$ แต่ค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนหลังการทดลองการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลแฝงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Non – parametric Mann – Whitney test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance ; ANCOVA) ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง พบว่า ค่าความแปรปรวนในกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งผลของการศึกษาสามารถอธิบายได้ดังนี้

ค่าคะแนนของระดับความวิตกกังวลก่อนทำการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลคือ 33 – 62 คะแนน หลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พบว่าค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลยังอยู่ในระดับปานกลางแต่มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากค่าคะแนนที่ได้ คือ 28 – 60 คะแนน ซึ่งเป็นค่าคะแนนทั้งก่อนและหลังการทดลองแสดงถึง ความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ **รัตนา อยู่ปลา⁽⁴⁴⁾** ที่กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลของระดับวิตกกังวลแฝงก่อนและหลังการทดลองที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้กลับไม่สอดคล้องกับการทดลองของ **เรือเอกหญิงสุรีย์พร มาลา** ที่กล่าวว่าระดับความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษา ลดลงกว่าก่อนได้รับข้อมูล แต่จากการศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่าระดับวิตกกังวลแฝงก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาเหตุของความไม่สอดคล้องในงานวิจัยนี้อาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลแฝงนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเป็นลักษณะนิสัยที่ได้รับความเครียด สถานการณ์ที่คุกคาม และมีการตอบสนองเหตุการณ์นั้นๆ รุนแรงขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะนิสัยประจำตัวหรือเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ และจะเป็นตัวเพิ่มหรือเสริมความรุนแรงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน ⁽³⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับพยาบาล เพื่อเสริมสร้างทักษะ ความมั่นใจและเกิดความตระหนักในเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล
2. การติดตามผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองควรทำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากระยะเวลาที่ทำการศึกษามีจำนวนน้อย ทำให้ผลของความวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังคงอยู่ในระดับสูงอยู่
3. เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างพบว่าอาจจะไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง เพราะจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มภาวะอาการเฉียบพลัน
4. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างและควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษากลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น
5. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

รายการอ้างอิง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่สุด

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแล

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี (นับจากปี พ.ศ. ที่เกิด)
2. เพศ
 - ชาย
 - หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - โสด
 - สมรสหรืออยู่กับคู่ครอง
 - หม้าย
 - หย่า
 - แยกกันอยู่
4. อาชีพหลัก(อาชีพที่ท่านใช้เวลามากที่สุดต่อเดือน)
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - นักเรียน, นักศึกษา
 - เกษตรกร
 - ค้าขาย
 - รับจ้างทั่วไป
 - ธุรกิจส่วนตัว
 - รัฐวิสาหกิจ โปรดระบุตำแหน่ง.....
 - รับราชการ โปรดระบุตำแหน่ง.....
 - เกษียณอายุ โปรดระบุอาชีพและตำแหน่งสูงสุดก่อนเกษียณ.....

อื่นๆ ระบุ.....

5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บิดาของผู้ป่วย

มารดาของผู้ป่วย

ลูก ป้า น้า อาของผู้ป่วย

ปู่ ย่า ตา ยายของผู้ป่วย

พี่/น้องของผู้ป่วย

บุตร

อื่นๆ

6. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

น้อยกว่า 6 เดือน

6 เดือน - 1 ปี

มากกว่า 1 ปี โปรดระบุ.....

7. ท่านมีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี

มี.....คน

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของท่านต่อสัปดาห์

1 - 2 วัน

3 - 4 วัน

5 - 6 วัน

7 วัน

9. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อนหรือไม่

มี

ไม่มี

10. รายได้ต่อเดือน (รายได้ของครอบครัวจากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน).....
บาท



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ

- ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

- พุทธ
- อิสลาม
- คริสต์
- อื่นๆ.....

4. สถานภาพสมรส

- โสด
- สมรสหรืออยู่กับคู่ครอง
- หม้าย
- หย่า
- แยกกันอยู่

5. วุฒิการศึกษา

- ไม่ได้เรียนหนังสือ
- ป.1-ป.6 (หรือ ป.1 – ป.7)
- ม.1-ม.3 (มศ. 1 – มศ.3)
- ม.4-ม.6 หรือ ปวช.



ปวศ/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

6. ระดับความรู้สีกตัว (GCS) วันที่ 1.....
วันที่ 3.....

7. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ไม่มีความรู้

ไม่แน่ใจ

มีความรู้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สีกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด

คำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ได้ชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกทั่ว ๆ ไป	ไม่มีเลย	บางครั้ง	บ่อย ๆ	เสมอ
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตัวง่าย				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระตือรือร้น				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจ				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17. ข้าพเจ้ากำลังกังวลใจ				

18. ข้าพเจ้ารู้สึกคันตระหนก				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกรำเริงเบิกบาน				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแฉะมึน				

แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

คำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ได้ชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกทั่วไป	ไม่มีเลย	บางครั้ง	บ่อย ๆ	เสมอ
1. ข้าพเจ้ารู้สึกแฉะมึน				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหน่าย				

3. ข้าพเจ้ารู้สึกอยากร้องไห้				
4. ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. ข้าพเจ้ามักพลาดโอกาสเพราะตัดสินใจช้าเกินไป				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อน				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกสุขุมรอบคอบ				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเมื่ออุปสรรคมากมายจนทำให้ท้อใจ				
9. ข้าพเจ้ามักกังวลเกินกว่าเหตุ				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นสุข				
11. ข้าพเจ้ามักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12. ข้าพเจ้าขาดความมั่นใจในตนเอง				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
14. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความยุ่งยาก				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกหม่นหมอง				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17. ข้าพเจ้าถูกรบกวนโดยความคิดที่ไร้สาระ				
18. ข้าพเจ้ามักใส่ใจกับความผิดหวัง				
19. ข้าพเจ้าเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ข้าพเจ้ามักมีความวุ่นวายใจและตึงเครียดเมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกันและสนใจอยู่				

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นแผนการให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al, 1983) ที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลต้องคอยให้การดูแลสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างน้อย ซึ่งมีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับการทบทวนเอกสาร งานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดวันแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท 1, 2 และหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ดำเนินการ

นางสาววิจิตรา บุรณศรีกุล

อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ภาพพลิกประกอบการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ระยะเวลา

ระยะเวลาที่มีการเริ่มใช้แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันแรกเริ่มตั้งแต่ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองรับรู้เมื่อเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน เป็นเวลาวันละ 30 – 45 นาที ในแต่ละวัน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

- 1) ขั้นตอนก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย
- 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยมผู้ป่วย
- 3) ขั้นตอนหลังจากเยี่ยมผู้ป่วย

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในวันที่ 1 ภายหลังจากผู้ดูแลรับรู้

เมื่อเข้ามาอยู่โรงพยาบาล สถานที่ หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท 1,2 และหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพ ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ประมาณ 30 – 45 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลการรักษาพยาบาล</p>	<p>ขั้นตอนที่ 1. ขั้นตอนก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองและจัดสถานที่เป็นส่วนตัวสำหรับสมาชิกในครอบครัว นำสมาชิกมาพบผู้ป่วย พูดให้ความมั่นใจในเรื่องของการดูแลรักษากับสมาชิกในครอบครัว <p>อธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง <p>แก่ผู้ดูแลเรื่องอาการ การรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเรื่องของสถานที่และเวลาการเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย - ให้นำนามบัตรของตึกรักษาพยาบาลแก่ผู้ดูแล <p>กิจกรรมการให้การพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสัญญาณชีพ - การดูแลความสุขสบายทางด้าน 	<p>แผ่นพับและนามบัตรของตึกรักษาพยาบาล</p> <p>ภาพพลิกประกอบการอธิบาย</p>	

	<p>ร่างกาย เช่นการทำความสะอาดร่างกาย เป็น ต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและ การได้รับออกซิเจน - การดูแลการให้สารละลายทาง หลอดเลือดดำ - การให้ยา <p>ขั้นตอนที่ 2 ขณะเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนทำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยผู้ดูแล ต้อง ล้างมือก่อนทุกครั้งที่พบผู้ป่วย - ทำความเข้าใจกับผู้ดูแลว่า สามารถ สัมผัสร่างกายผู้ป่วยได้ <p>ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังจากเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตอบคำถามที่สมาชิกสอบถาม ตาม ความเป็นจริง - ให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อสามารถ ติดต่อ <p>สอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลังจากการเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ต้อง ล้างมือ - ควรบอกผู้ป่วยทุกครั้งที่จะลาจาก ผู้ป่วย 		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

--	--	--	--



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในวันที่ 2 ภายหลังจากผู้ดูแลรับรู้

เมื่อเข้ามาอยู่โรงพยาบาล สถานที่ หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท 1,2 และหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพ
ชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
ประมาณ 30 – 45 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ	<p>ขั้นตอนที่ 1. ขั้นตอนก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง <p>อธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเนื้องอก 		

	<p>สมองแก่ผู้ดูแลเรื่องอาการ การรักษา</p> <p>กิจกรรมการให้การพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสัญญาณชีพ - การดูแลความสะอาดร่างกายทางด้านร่างกาย เช่นการทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น - การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและการได้รับออกซิเจน - การดูแลให้ได้รับสารอาหาร - การให้ยา - การดูแลการพลิกตะแคงตัว - การออกกำลังกาย <p>ขั้นตอนที่ 2 ขณะเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนทำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยผู้ดูแลต้องล้างมือก่อนทุกครั้งที่พบผู้ป่วย - ทำความเข้าใจกับผู้ดูแลว่าสามารถสัมผัสร่างกายผู้ป่วยได้ <p>ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังจากเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลังจากการเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งต้องล้างมือ - ควรบอกผู้ป่วยทุกครั้งที่จะลาจากผู้ป่วย <p>เปิดโอกาส ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	สอบถามถามความรู้สึของผู้ดูแลและให้การ ปรึกษาเบื้องต้น		
--	----------------------------------------------------------	--	--

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในวันที่ 3 ภายหลังจากผู้ดูแลรับรู้

เมื่อเข้ามาอยู่โรงพยาบาล สถานที่ หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมประสาท 1,2 และหอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ประมาณ 30 –
45 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์	การประเมินผล
2.	<p>ขั้นตอนที่ 1. ขั้นตอนก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง <p>อธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเนื้องอกสมองแก่ผู้ดูแลเรื่องอาการ การรักษา <p>กิจกรรมการให้การพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินสัญญาณชีพ - การดูแลความสบายทางด้านร่างกาย เช่นการทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น - การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและการได้รับออกซิเจน 		

	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลให้ได้รับสารอาหาร - การให้ยา - การดูแลการพลิกตะแคงตัว - การออกกำลังกาย <p>ขั้นตอนที่ 2 ขณะเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ก่อนทำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยผู้ดูแลต้องล้างมือก่อนทุกครั้งที่พบผู้ป่วย - ทำความเข้าใจกับผู้ดูแลว่าสามารถสัมผัสร่างกายผู้ป่วยได้ <p>ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนหลังจากเยี่ยมผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลังจากการเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้งต้องล้างมือ - ควรบอกผู้ป่วยทุกครั้งที่จะลาจากผู้ป่วย <p>เปิดโอกาส ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย สอบถามถามความรู้สึของผู้ดูแลและให้การปรึกษาเบื้องต้น</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

- จะมีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนและเหมาะสม ไม่มีคนพลุกพล่านมากเกินไป
- มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ และสอบถามปัญหาที่พบของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องออกมา
- ประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องออกมา

- สอบถามความรู้สึกของผู้ดูแล
- เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย





โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

CHULALONGKORN UNIVERSITY



วิทยาลัย
UNIVERSITY

โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ผู้วิจัยดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นรายบุคคลวันละครั้งใน 3 แรกที่สมาชิกในครอบครัวมาเยี่ยมผู้ป่วย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การสนับสนุนด้านข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา ลักษณะของผู้ป่วย

วิกฤตภัยพิบัติธรรมชาติและผู้ป่วยภัยพิบัติธรรมชาติ กุฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
เมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร

การแสดงความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจ

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ในแต่ละวันแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ทำการผ่าตัดวันแรก

ขั้นตอนที่ 2 การพาสมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การรับฟังปัญหาและตอบคำถามสมาชิกในครอบครัวภายหลังเสร็จสิ้นการเยี่ยมผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับพยาบาลผู้ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษา

เนื้องอกสมอง

เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ เนื้องอกสมองที่มีต้นกำเนิดจากเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ (เนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ) และมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากนอกกะโหลกศีรษะ เรียกว่า เนื้องอกสมองทุติยภูมิ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรง หมายถึง ผู้ที่มีก้อนเนื้อขยายตัวได้ภายในช่องกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ เนื้องอกสมองที่มีต้นกำเนิดจากเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ (เนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ) และมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากนอกกะโหลกศีรษะ เรียกว่า เนื้องอกสมองทุติยภูมิ เมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้นทำให้เป็นสาเหตุของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงและสูญเสียชีวิตในที่สุด พบได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

ขนาดของเนื้องอกที่ใหญ่ขึ้นเพราะมีเซลล์ใหม่เจริญเติบโตขึ้นมากมายหรือเซลล์ตายเกิดขึ้น มีน้ำคั่งและมีเลือดออกได้ ทำให้เนื้อสมองถูกกดเบียด

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะเริ่มตรวจตั้งแต่ผู้ดูแลผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การเอ็กซเรย์สมองด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI) เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเนื้อสมอง ทำให้ทราบตำแหน่งและ ขนาดของเนื้องอกได้

การตรวจหาระดับ Hormone ของต่อมไร้ท่อ เช่น Thyroid Hormone , Prolactin Hormone เป็นต้น เพื่อคุระระดับฮอร์โมนที่ผิดปกติ

การสนับสนุนด้านอารมณ์

ตลอดระยะเวลาของการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวจะให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย โดยครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้

การแสดงความเห็นอกเห็นใจ

กระทำโดย

1. จัดสถานที่สำหรับพูดคุยปรึกษาที่เป็นส่วนตัวสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว โดยการแนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศพูดคุยเป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทางที่เหมาะสม แสดงความเห็นใจ ยอมรับพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออก
3. การใช้การสัมผัสตามความเหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัวขณะพูดคุย จะช่วยทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดียิ่งขึ้น เพื่อแสดงความเอาใจใส่ เห็นใจ ให้กำลังใจ
4. ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ใช้คำพูดที่สั้น ชัดเจน ไม่คลุมเครือและไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์

การแสดงความไว้วางใจ

กระทำโดย

1. การให้ความมั่นใจกับสมาชิกในครอบครัวว่าจะรักษาข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวไม่ต้องการเปิดเผยไว้เป็นความลับ

2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การที่มีบุคคลที่ไว้ใจ เข้าใจความรู้สึกของตนเองอยู่เป็นเพื่อน คอยรับฟังปัญหา จะช่วยลดความตึงเครียดด้านอารมณ์ รู้สึกผ่อนคลาย
3. ให้หมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยรวมถึงการตอบคำถามของสมาชิกในครอบครัวที่คับข้องใจ สงสัยหรือระบายความรู้สึกได้ตลอดเวลา
4. แนะนำสถานที่พักผ่อนด้านจิตใจ สถานที่พักผ่อน ร้านค้า ร้านอาหาร และแนะนำให้ออกจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลบ้างเพื่อเปลี่ยนบรรยากาศให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกสดชื่น แทนการเฝ้าดูอยู่ตลอดเวลา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววิจิตรา บุรณศรีกุล เกิดวันที่ 27 กันยายน 2523 จังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 คณะ พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปีการศึกษา 2546 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY