



### วรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนักยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษามาก่อน ทั้ง ๆ ที่เป็นเรื่องที่น่าสนใจอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษานี้จะช่วยให้ทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเครียดของญาติ อันจะนำไปสู่การวางแผนการช่วยเหลือและดูแลญาติอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ในพื้นที่ผู้วิจัยจะกล่าวถึงสาระสำคัญของหัวข้อการวิจัย 4 ประการคือ

1. ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด
2. ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก
3. ความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนักและแนวทางการช่วยเหลือญาติ
4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดเป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นเสมอในชีวิตประจำวันของมนุษย์ทุกคน และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ มีผู้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันหลายท่านดังนี้

แฮนส์ เซลเย (Hans Selye) ผู้ให้กำเนิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดเป็นคนแรก ให้ความหมายไว้ว่าความเครียดคือ "สภาวะซึ่งแสดงออกโดยกลุ่มอาการอย่างหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง



ภายในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย" <sup>1</sup>

พจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์ ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง "แรงดันหรือความกดดัน หรือกำลังดึง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย" <sup>2</sup>

แอล. ฟรานซิส ไพรด์ (L. Francis Pride) กล่าวว่า "ความเครียด เป็นกลไกการป้องกันตัวภายใน ที่เกิดขึ้นเมื่อมีอันตรายภายนอกในร่างกาย เพื่อปรับตัวให้ร่างกายสามารถพ่ายแพ้ที่ก่อให้เกิดได้" <sup>3</sup>

โจอัน ลัคแมน และคาเรน ครีสัน ซอเรนสัน (Joan Luckmann and Karen Creason Sorensen) ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่าหมายถึง "สิ่งใดก็ตามที่รบกวนความต้องการขั้นพื้นฐานหรือคุณภาพสภาวะสมดุลของร่างกาย" <sup>4</sup>

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายว่า ความเครียดคือสภาวะที่เกิดความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย และต้องมีการปรับตัวเพื่อพยายามรักษาสภาวะสมดุลไว้

---

<sup>1</sup> Hans Selye, The Stress of Life. (New York: McGraw-Hill Book Co., 1956), p. 54.

<sup>2</sup> John Coge Allee, ed., Webster's Encyclopedia of Dictionaries, [New American Edition], (1970), p. 368.

<sup>3</sup> L. Francis Pride, "An Adrenal Stress Index as a Criterion Measure for Nursing," Nursing Research 17 (August 1968): 293.

<sup>4</sup> Joan Luckmann and Karen Creason Sorensen, Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. (Philadelphia : W.B. Saunders, 1974), p. 10.

ทุกครั้งที่มีความเครียดเกิดขึ้นและทุกความกังวลภาวะสมดุขยของร่างกาย ร่างกายจะพยายามปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุขยนี้ไว้ เพราะร่างกายมีกลไกการป้องกันตนเองจากการถูกคุกคามอยู่สองประการ ใดแก การต่อสู้และการถอยหนี

ความเครียดที่เกิดขึ้นมีอยู่สองอย่างคือ ความเครียดด้านร่างกายและความเครียดด้านจิตใจ สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกายมองเห็นได้ง่ายกว่าความเครียดด้านจิตใจ ซึ่งความเครียดด้านจิตใจส่วนมากสาเหตุจากสังคมและสาเหตุทางจิตวิทยา ความเครียดทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจจะส่งผลกระทบต่อถึงกันเสมอ เนื่องจากความเครียดด้านจิตใจเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ยาก จึงควรศึกษาถึงสาเหตุของความเครียดด้านจิตใจโดยละเอียด

ยอร์จ แอด. เอนเจล (George L. Engel) ได้กล่าวถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดด้านจิตใจไว้ 3 ประการ ใดแก

1. สูญเสียหรือคิดว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า
2. ได้รับความร้ายหรือคิดว่าจะได้รับอันตราย
3. เกิดความข้องคับใจเนื่องจากความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง<sup>1</sup>

1. สูญเสียหรือคิดว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า มนุษย์แต่ละคนจะมีสิ่งที่เป็นที่รักที่หวงแหนต่าง ๆ กัน การสูญเสียสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความเครียดด้านจิตใจด้วยเสมอ แม้บางครั้งการสูญเสียยังไม่เกิดขึ้น แต่การคิดล่วงหน้าว่าสิ่งนั้นจะเกิดขึ้นก็ทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน เช่น พ่อแม่ที่คิดว่าเมื่อลูกแต่งงานไปคนจะถูกทอดทิ้งไปอยู่ตาม

1

George L. Engel, Psychological Development in Health and Disease. (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1962), pp. 289 - 304.

ลาพัง หรือกลัวว่าจะสูญเสียตำแหน่งทางสังคมในอนาคต เป็นต้น การสูญเสียสิ่งมีค่า  
แบ่งออกเป็น 5 ประเภทด้วยกันคือ

ก. การสูญเสียอวัยวะหรืออวัยวะทำหน้าที่ใดนอยลง เช่น คอกระดูกแขน  
คักขา ค่ายอก เป็นอัมพาต หมดประจำเดือน สมรรถภาพทางเพศลดลง ความ  
เครียดทางจิตจิตใจจะมากขึ้นถ้าการสูญเสียอวัยวะหรืออวัยวะทำหน้าที่ใดนอยลงนั้นมี  
ผลกระทบต่อาชีพ ต่อสถานภาพในสังคม หรืออวัยวะนั้นคือ ใบหน้า เต้านม อวัยวะ-  
สืบพันธุ์

ข. การสูญเสียความเป็นสมาชิกหรือสถานภาพในทางสังคม การเมือง  
วิชาชีพ หรือกลุ่มศาสนา สมาชิกที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จะมีแนวความเชื่อและค่านิยมทาง  
สังคมที่คล้ายคลึงกัน การที่แต่ละคนมีความรู้สึกว่าได้เป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม จะมีผล  
คือต่อจิตจิตใจและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสังคม ถ้าหากมีเหตุการณ์อย่างใดก็ตาม  
ทำให้ตนสูญเสียความเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือสมาชิกคนหนึ่งคนใดออกจากไปย่อมจะมี  
ความเครียดทางจิตจิตใจเกิดขึ้นได้ ซึ่งความรุนแรงจะมีมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับลักษณะ  
ของการช่วยเหลือและความผูกพันที่มีต่อกัน การสูญเสียเหล่านี้เช่น การตายของผู้นำที่  
คนศรัทธา การไม่สามารถไปรวมออกกำลังกายกับเพื่อนอย่างที่เคยปฏิบัติเนื่องจาก  
สุขภาพไม่อำนวย

ค. การสูญเสียครอบครัว บ้าน ตำแหน่งส่วนตัว หรือของที่ระลึก การ  
สูญเสียสิ่งเหล่านี้เป็นภาวะความเครียดทางจิตจิตใจที่หนักยิ่ง เพราะความผูกพันและความ  
คุ้นเคยที่มีอย่างยาวนาน เช่นผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องย้ายบ้านหรือขายบ้านที่อาศัยมาตั้งแต่  
สมัยหนุ่มสาว หรือในกรณีที่ถูกครองถึงแก่กรรม เป็นต้น เหตุการณ์เช่นนี้จะทำให้เกิดไม่  
สบายใจ และมีความรู้สึกว้าวกวายนั่นเอง

ง. การสูญเสียอาชีพ ผลที่ตามมาจะกระทบต่อรายได้ของครอบครัว  
ทำให้บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงและความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem)

จะลดลง โดยเฉพาะถ้าผู้นั้นเป็นหัวหน้าครอบครัวความเครียดจะทวีความรุนแรงมากขึ้น

จ. การสูญเสียสัตว์เลี้ยง การสูญเสียประเภทนี้ ในสังคมตะวันออก ไม่สู้จะทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจมากนัก แต่ในสังคมตะวันตกซึ่งผู้สูงอายุถูกพลัดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การสูญเสียสัตว์เลี้ยงจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีความเครียดทางจิตใจ ทั้งนี้เพราะการมีสัตว์เลี้ยงทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเนื่องจากสัตว์เลี้ยงส่วนมากจะหนีภัยไม่ทอดทิ้ง เจ้าของจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจและสุขใจ

2. การได้รับหรือคิดว่าจะได้รับภัยอันตราย บุคคลทุกคนย่อมกลัวความเจ็บปวด ความไม่สบายกายไม่สบายใจ ดังนั้นการรักษาหรือป้องกันภัยอันตรายนอกจากจะมีผลต่อร่างกายแล้วยังมีผลต่อจิตใจอีกด้วย การได้รับการดูแลรักษาเป็นสัญลักษณ์ของความเอาใจใส่ความสนใจจากผู้อื่น ฉะนั้นการป้องกันหรือรักษาภัยอันตราย จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ

3. ความขงกัใจเนื่องจากความต้องการขั้นพื้นฐานไม่ได้รับการตอบสนอง ความพึงพอใจของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้เมื่อได้รับการตอบสนองจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เหมาะสม ถ้าขาดการตอบสนองที่เหมาะสมจากสาเหตุความขาดแคลนหรือความขัดแย้งภายในจิตใจก็ตามจะทำให้เกิดความเครียดได้ ตัวอย่างของความเครียดทางจิตใจชนิดนี้ เช่น ต้องย้ายสิ่งของหรือการทางเพศ เป็นต้น

สำหรับความเครียดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนั้น จากการทดลองของ แฮนส์เซเลย์ (Hans Selye) พบว่าเมื่อกับอันตรายหรือเกิดโรคต่าง ๆ แก่ร่างกาย ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองอยู่สองประการคือ

- (1) เกิดปฏิกิริยาเฉพาะที่ (Local Adaptation Syndrome = LAS)
- (2) เกิดปฏิกิริยาทั่วร่างกาย (General Adaptation Syndrome=GAS)

ปฏิกิริยาทั้งสองอย่างนี้จะสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด สัมพันธภาพเกิดปฏิกิริยาทั่วร่างกาย นั้นจะมีลักษณะการตอบสนองที่คล้ายคลึงกันในทุกโรคและภยันตรายทุกชนิด ซึ่งกลไก การปรับตัวในการเกิดปฏิกิริยาทั่วร่างกาย (General Adaptation Syndrome) จะมีอยู่ด้วยกัน 3 ระยะคือ

1. ระยะบอกลเหตุอันตราย (The Alarm Reaction Stage)
2. ระยะต่อต้าน (The Stage of Resistance)
3. ระยะหมดกำลัง (The Stage of Exhaustion)

1. ระยะบอกลเหตุอันตราย เป็นระยะเริ่มแรกที่ตอบสนองต่อความเครียด ถ้าความเครียดมีความรุนแรงหรือคงอยู่ด้วยความเครียดต่อไป อาจทำอันตรายต่อชีวิต และถึงแก่ความตายได้ไวอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ถึงแก่ความตายในระยะนี้ ระยะบอกลเหตุ จะตามมาด้วย ระยะต่อต้าน ซึ่งเป็นระยะที่สองเสมอ

2. ระยะต่อต้าน ระยะนี้ร่างกายจะต่อต้านกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) โดยการต่อสู้ เพื่อรักษาสภาวะสมดุลไว้ ระยะเวลาดังกล่าวขึ้นอยู่กับอายุความแข็งแรงของร่างกาย และความรุนแรงของความเครียด ถ้า ร่างกายสู้ไม่ได้ จะเข้าสู่ระยะที่สามต่อไป

3. ระยะหมดกำลัง เป็นระยะสุดท้ายของการปรับตัว ร่างกายไม่สามารถ จะรักษาสภาวะสมดุลไว้ได้ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะอ่อนกำลังลง ในที่สุดจะเป็น อันตราย อาจทำให้เกิดโรคหรือถึงแก่ความตาย<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Marion E. Kalman and Anne J. Davis, New Dimension in Mental Health - Psychiatric Nursing, 4 th ed. (New York: McGraw -Hill Book Co., 1974), pp. 422 - 424.

สำหรับกลไกการปรับตัวเฉพาะที่ของร่างกายนั้น เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เฉพาะส่วนหนึ่งส่วนใดที่ถูกกระทบกระเทือนเท่านั้น เช่น ที่ระยะถูกกระทบจากของหนัก ปฏิกิริยาเฉพาะที่ที่เกิดขึ้น ได้แก่อาการบวม ปวด ช้ำ แต่ปฏิกิริยาทั่วร่างกายที่ตามมาคือ จะมีโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ บริเวณนั้นมากขึ้น เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย หรืออาจมีไข่เกิดขึ้นในรายที่ได้รับอันตรายรุนแรง

ทุกครั้งที่มีความเครียดเกิดขึ้น จะเกิดปฏิกิริยาต่างๆ ในร่างกาย และตัวที่บังคับหรือควบคุมปฏิกิริยา ได้แก่ สมอง เส้นประสาท ท่อม ที่ต่อหัวใจ ท่อมไทรอยด์ ท่อมหมวกไต ตับ ไต และอวัยวะและเม็ดโลหิตขาว ซึ่งจะได้อธิบายรายละเอียดต่อไป

#### การตอบสนองของระบบประสาทต่อความเครียด

กลไกการป้องกันตัวของร่างกายในระบบประสาทนั้น จะรวมทั้งสมองส่วนไฮโปทาลามัส ต่อมพินัยกรรมส่วนหน้า ไขสันหลัง และปลายประสาท

เมื่อร่างกายถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง เช่น การช็อค ในระยะบอบเคดูอันตราย ประสาทอัตโนมัติจะสั่งการทันทีทำให้คอสูหรือกอยหัน เพื่อป้องกันร่างกาย ในขณะที่เดียวกัน อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอยู่ (Vital Organs) จะทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และลดหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญรองลงมาให้น้อยลง เพื่อเป็นการประหยัดพลังงานในร่างกาย วัตถุประสงค์ของกลไกนี้เพื่อรักษาภาวะสมดุลย์ของระบบไหลเวียน และเพื่อให้เกิดพลังงานที่เก็บสำรองไว้ถูกปลดปล่อยออกมาโดยเร็ว การมีโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอยู่อย่างเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยดำรงชีวิตไว้ได้ เพราะโลหิตเป็นแหล่งตัวกลางเคลื่อนที่ที่จะนำอาหาร ออกซิเจน สารอิเล็กโทรไลต์ และน้ำไปเลี้ยงอวัยวะเหล่านี้ ในขณะที่อวัยวะของร่างกายส่วนที่สำคัญน้อยกว่า เช่น ผิวหนัง ยังคงต้องการโลหิตไปเลี้ยงเช่นกัน แต่ผิวหนังสามารถทนการขาดโลหิตเป็นระยะเวลาานกว่า และอันตรายที่ตามมาจากการขาดโลหิตกลับน้อยกว่า

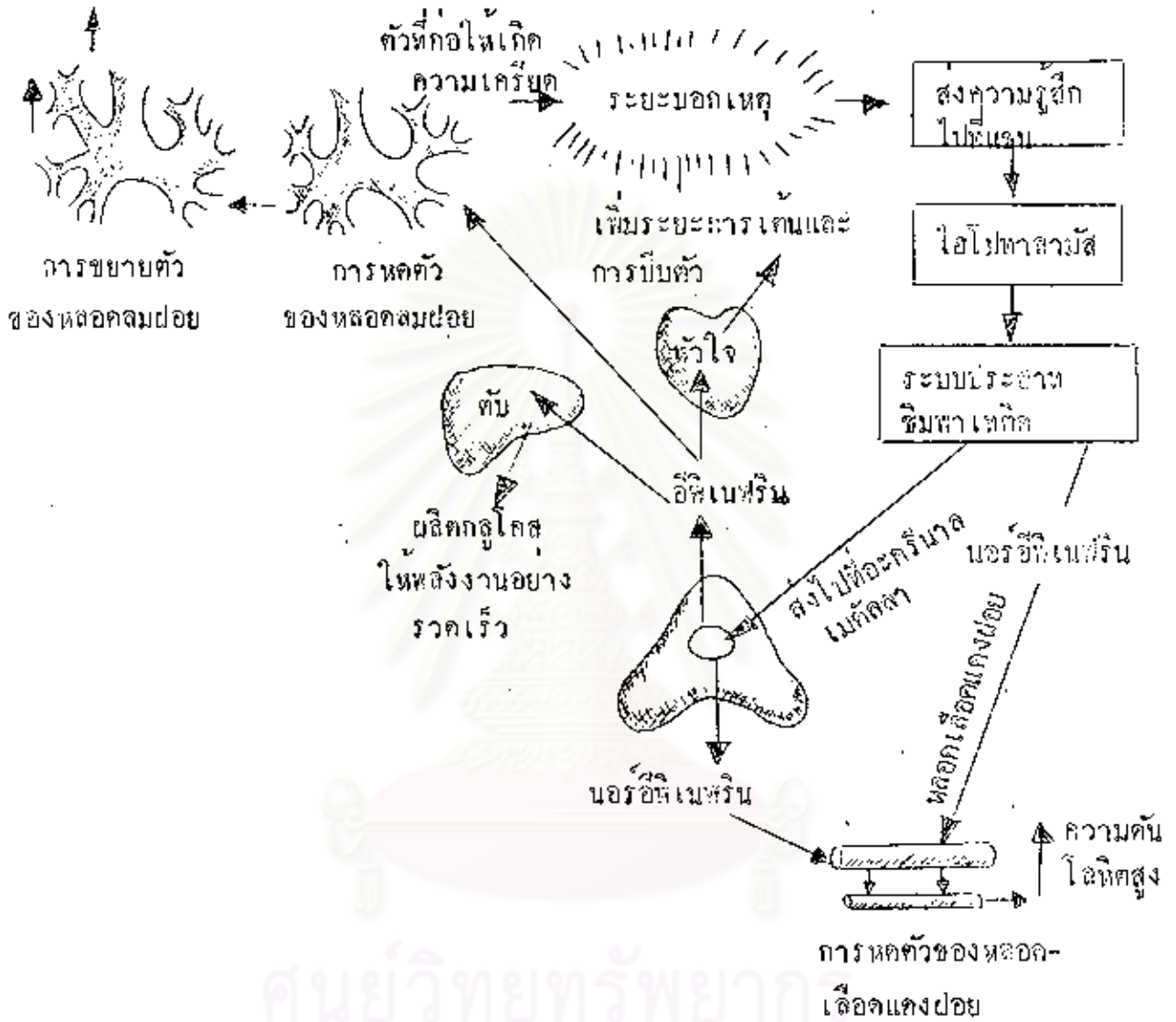
ในภาวะที่ร่างกายมีความเครียด ปลายประสาทซิมพาเธติกจะถูกกระตุ้น เพื่อให้ยลิตสารเคมีชนิดหนึ่งออกมาคือ นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrin) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดหดตัวร่างกายหดตัว โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงของอวัยวะในช่องท้อง ที่ผิวหนัง และแขน-ขา จากการที่หัวใจถูกกระตุ้นโดยตรงจากระบบประสาทซิมพาเธติก อัตราการเต้น และกำลังการบีบตัวของหัวใจจะเพิ่มขึ้น จำนวนโลหิตที่ออกจากหัวใจเข้าสู่เส้นเลือดแดงใหญ่ เอออร์ตา (Aorta) และระบบไหลเวียนจะเพิ่มปริมาณมากขึ้น ทำให้ความต้านทานการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงมากขึ้นด้วย รวมทั้งบีบลดจากหลอดเลือดหดตัว เพราะฤทธิ์ของนอร์อิพิเนฟริน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น <sup>1</sup> (ดูรูปที่ 1 ประกอบ )

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup> Katherine J. Bordicks, Patterns of Shock : Implication for Nursing Care, (New York : The Mac Millan Co., 1965), p. 28.



ได้รับออกซิเจนมากขึ้น



รูปที่ 1 แสดงการตอบสนองของระบบประสาทต่อความเครียด<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ibid, p. 29.



## การตอบสนองต่อความเครียดของต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลา

ต่อมหมวกไตมีอยู่สองข้าง แต่ละข้างอยู่เหนือไต ต่อมหมวกไตประกอบด้วยส่วนนอกเรียกว่า คอร์เท็กซ์ (Cortex) และส่วนในเรียกว่า เมดัลลา (Medulla) ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตทั้งสองข้างนี้ มีบทบาทสำคัญต่อสภาวะความเครียดมาก

ต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลา ถูกควบคุมโดยระบบประสาทซิมพาทेटิก ถ้าเส้นใยประสาทซิมพาทेटิกถูกกระตุ้น เมดัลลาจะปล่อยนอร์อิพิเนฟริน เข้าสู่กระแสโลหิต และไปส่วนต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยมีนอร์อิพิเนฟรินประมาณ 75 เปอร์เซ็นต์ และอิพิเนฟริน ประมาณ 25 เปอร์เซ็นต์

### นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrin)

นอร์อิพิเนฟริน มีชื่อทางการค้าหลายอย่าง เช่น ลีโวเฟด (Levophed) นอร์แอดรีนาลีน (Noradrenalin) และอื่น ๆ อีก นอร์อิพิเนฟรินทำให้หลอดเลือดหดตัวทั่วร่างกายหดตัว โดยออกฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบของ เยื่อหุ้มหลอดเลือดหดตัวแดงเท่านั้น จึงไม่มีผลต่อปริมาณของโลหิตในระบบไหลเวียน และผลจากการหดตัวของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นอย่างมาก ความดันโลหิตจึงสูงขึ้นจวบ

### อิพิเนฟริน (Epinephrin)

อิพิเนฟริน มีชื่อทางการค้าว่า แอดรีนาลีน (Adrenalin) เชื่อกันว่าอิพิเนฟรินจะผลิตออกมาในขณะที่ร่างกายอยู่ในภาวะฉุกเฉินเท่านั้น เช่น เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ น้ำตาลในกระแสโลหิตต่ำกว่าปกติ การขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งภาวะเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดทั้งสิ้น

แคทเธอรีน เจ. บอร์ดิกส์ (Catherine J. Bordicks) ได้กล่าวถึง  
ผลของอิทธิพลที่กระทบต่อร่างกายไว้ดังนี้

1. เพิ่มอัตราการเต้นและกำลังบีบตัวของหัวใจ ทำให้ปริมาณโลหิต  
ในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ค่าความดันโลหิตชนิดซิสโตลิก (Systolic  
Blood Pressure) เพิ่มขึ้น
2. ขยายหลอดลมฝอยของปอด โดยการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบ  
ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและการบอบไตออกซิโดโลมากขึ้น ซึ่งใช้ได้ในกรณีในการ  
รักษาหอบหืด และอนาไฟแลคติกช็อก (Anaphylactic Shock)
3. ขยายหลอดโลหิตของกล้ามเนื้อหัวใจ และกล้ามเนื้อกระดูก  
(Skeletal Muscle)
4. เป็นตัวควบคุมเส้นโลหิตที่ไปเลี้ยงผิวหนังและไต คือบังคับให้  
โลหิตจากส่วนที่หลอดเลือดหดตัว ไหลไปยังส่วนที่เส้นโลหิตขยายตัว
5. เพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายขึ้นประมาณ 150 เปอร์เซ็นต์  
จากภาวะปกติ จึงช่วยเพิ่มกิจกรรมและความไวต่อการกระตุ้น (Excitability)  
ทั่วร่างกาย
6. เพิ่มระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต โดยทำให้กลัยโคเจนในตับ  
สลายตัวเป็นกลูโคส และปล่อยเข้าสู่กระแสโลหิต การเพิ่มระดับกลูโคสในกระแสโลหิต  
ทำให้มีพลังงานเพียงพอกับอัตราการเผาผลาญของร่างกายที่เพิ่มขึ้น
7. ทำให้เหงื่อออกมากขึ้น เป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกาย
8. ลดการบีบรัดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ให้ผ่อนคลาย
9. ขยายม่านตา
10. ถ่วงเบาสมอง ทำให้กระบวนการแข็งตัวของโลหิตเร็วขึ้น  
ไว้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่เสียโลหิต

๑๑. กระตุ้นการหลั่งแอดรีโนคอร์ติโคโทรฟิกฮอร์โมนหรือเอซีทีเอช (Adrenocorticotrophic Hormone = ACTH) ซึ่ง เอซีทีเอช จะไปกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทกซ์<sup>1</sup>

### การตอบสนองต่อความเครียดของต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทกซ์

ระบบการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายมีอยู่สองระบบคือ ระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ การตอบสนองต่อความเครียดของต่อมไร้ท่อข้างเคียงต่อจาเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ ต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทกซ์จะให้ฮอร์โมนพวกคอร์ติโคอยด์ (Corticoids) ซึ่งมีหน้าที่สังเคราะห์กลูโคสจากโปรตีนและควบคุมการไหลน้ำตาล เพื่อให้ร่างกายมีพลังงานเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความเครียด

นอกจากต่อมหมวกไต ซึ่งมีอิทธิพลในการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายแล้ว ต่อมพิทูอิทารี เป็นอีกต่อมหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่ง ต่อมนี้แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนหน้าและส่วนหลัง

ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จัดเป็นต่อมที่สำคัญที่สุดของร่างกาย เพราะมีอิทธิพลต่อการหลั่งฮอร์โมนของต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ทั้งหมด ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนซึ่งควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย การพัฒนากระดูกเพศ การสืบพันธุ์ การทำงานของต่อมไทรอยด์ และเป็นตัวสำคัญในการควบคุมระดับความเครียด ตลอดจนการตอบสนองโดยทั่วไปต่อความเครียดในการควบคุมความเครียดนี้ มีกระบวนการอยู่สองระยะ คือ มีการหลั่งฮอร์โมนออกมาจากต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า และฮอร์โมนนี้จะไปควบคุมการหลั่งฮอร์โมนของต่อมที่เกี่ยวข้องอีกทอดหนึ่ง เช่นต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ รังไข่ ต่อมพิทูอิทารี-

<sup>1</sup> Ibid., pp. 29 - 31.

ส่วนหน้า บลิตซอร์โมนออกมาเจ็ดชนิด แต่ที่สำคัญที่สุด คือฮอโมนที่เกี่ยวข้องกับความเจริญเติบโตของร่างกายและแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอโมน

การทำงานของแอดรีโน คอร์ติโคโทรปิกฮอโมน เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นนั้น โดยฮอโมนชนิดนี้จะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทกซ์ให้หลั่งฮอโมนออกมาจำนวนมากเข้าสู่ระบบไหลเวียนของโลหิต เพื่อต่อต้านความเครียดดังกล่าวมาแล้วในเรื่อง การตอบสนองต่อความเครียดของต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทกซ์

ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง เป็นแหล่งบลิตซอร์โมนซึ่งควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (Antidiuretic Hormone) และมีบทบาทสำคัญในการรักษาภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าเรื่องของความเครียดและกลไกการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย เป็นเรื่องของ การปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย ความเครียดในร่างกายเป็นสิ่งที่มองเห็นได้ง่าย และแก้ไขโดยพยายามกำจัดหรือกีดขวางต้นเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ซึ่งจะพาสำเร็จหรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับสาเหตุและกลไกการปรับภายในร่างกายเป็นสำคัญ แต่สาเหตุความเครียดทางด้านจิตใจ ซึ่งมาจากสังคมและสาเหตุงานจิตวิทยาเป็นส่วนใหญ่ นั้น คอนนา ซี อากิลเลอรา และเจนิส เอ็ม เมสสิก (Donna C. Aguilera and Janice M. Messick) ได้เสนอองค์ประกอบที่ช่วยให้เกิดการปรับตัวที่สมดุลได้ ดังนี้คือ

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตรงความจริง จะทำให้เข้าใจสาเหตุและลักษณะของความเครียดได้ จะนำไปสู่การแก้ปัญหาเพื่อลดความเครียดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม แต่ถ้าวการรับรู้เหตุการณ์ผิด การแก้ปัญหาจะไม่สำเร็จ ความเครียดยังคงอยู่ต่อไป

2. การได้รับสิ่งช่วยเหลือสนับสนุน ขณะเกิดความเครียด ถ้ามีบุคคลหรือปัจจัยอื่นสนับสนุน ไม่ถูกทอดทิ้ง ไม่ถูกซ้ำเติม จะทำให้บุคคลนั้นเผชิญกับความ -

เครียดได้ขึ้น

3. กลไกการปรับตัว การปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา จะช่วยลดความเครียดได้

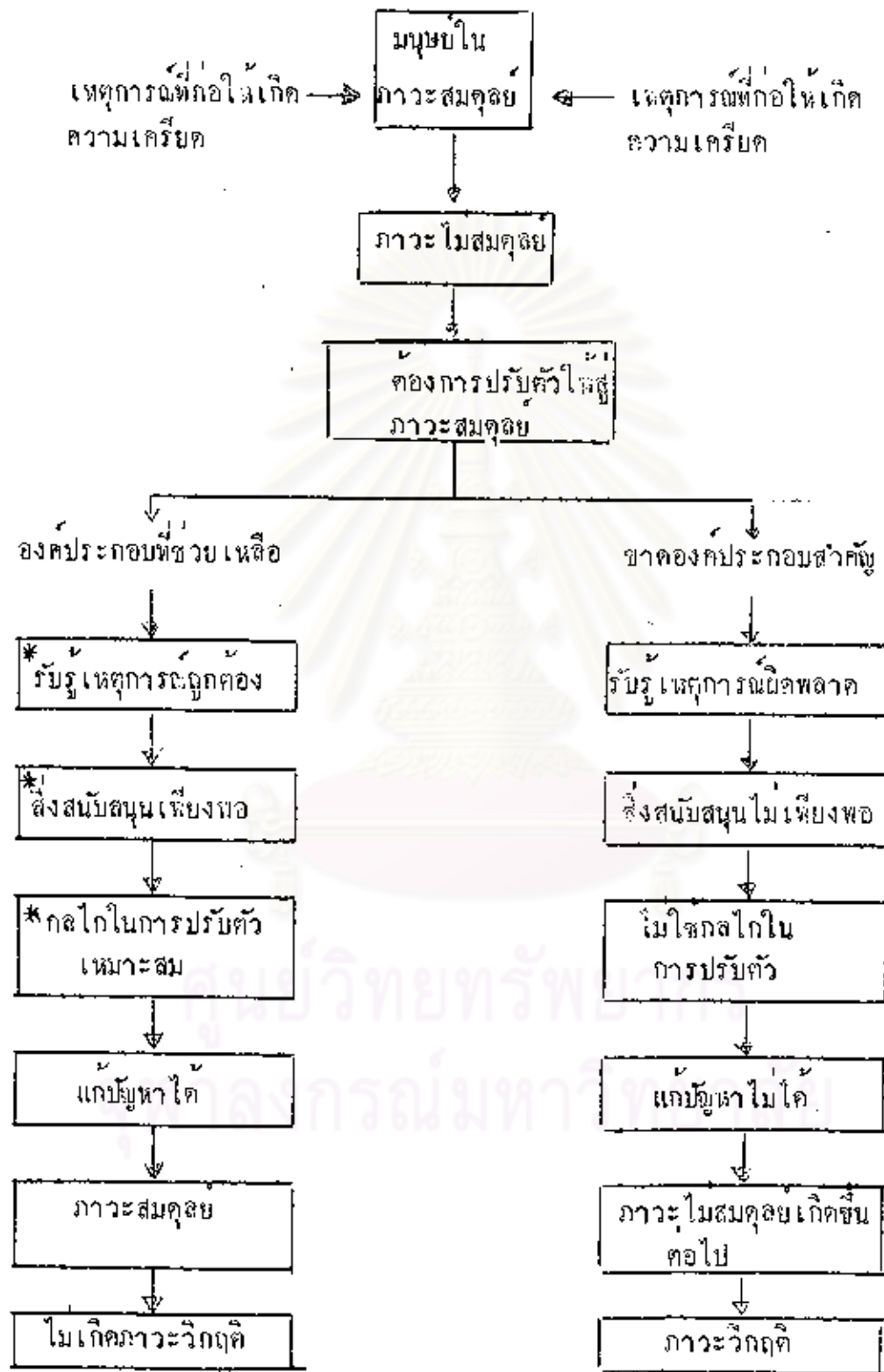
องค์ประกอบทั้ง 3 ประการดังกล่าวแล้ว เขียนในรูปโครงสร้างได้ดังนี้<sup>1</sup>  
(ดูรูปที่ 2 ประกอบ )



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

---

<sup>1</sup> Donna C. Aguilera and Janice M. Messick, Crisis Intervention. (Saint Louis : C.V. Mosby Co., 1974), pp. 68, 70 -71.



\* องค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดความสมดุล

รูปที่ 2 ความเครียดกับการเกิดภาวะสมดุลและไม่สมดุล



ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก

จอห์น เจาคิม สกิลแมน (John Joakim Skillman) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยที่มีอาการหนักไว้สี่ประการคือ (1) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา (2) ต้องใช้เครื่องช่วยบันทึกและสังเกตรายละเอียดเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของใกล้ชิด (3) ให้การรักษาทางยาอย่างครบถ้วนเต็มที่ (4) ให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา<sup>1</sup>

มาร์เบล เอ. แวนเดลล์ และโจเอล คับบริว เอเจอร์ (Mabel A. Wandelt and Joel W. Ager) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยหนักไว้ว่า ผู้ป่วยหนักคือผู้ป่วยซึ่งต้องการการดูแลจากพยาบาลตลอดเวลา ต้องการทักษะในการพยาบาล ต้องใช้เครื่องช่วยชีวิต อาจเป็นผู้ป่วยที่ใกล้ตาย หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่อาจทำนายได้แน่นอนว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือจะถึงแก่กรรม<sup>2</sup>

สันต์ ทัศนรัตน์ ให้คำจำกัดความของผู้ป่วยที่มีอาการหนักว่า "ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก คือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพซึ่งอวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียน และระบบหายใจ"<sup>3</sup>

<sup>1</sup> John Joakim Skillman, Intensive Care. (Boston : Little Brown and Co., 1975), p. 4.

<sup>2</sup> Mabel A. Wandelt and Joel W. Ager, Quality Patient Care Scale. (New York : Appleton - Century Crofts, 1970), p. 74.

<sup>3</sup> สันต์ ทัศนรัตน์, การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง. (กรุงเทพมหานคร : โครงการตำรา-ศิริราช, 2521), หน้า 8.



## อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก

ผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก จะมีอาการและอาการแสดงดังนี้

1. หมดสติและคลำชีพจรไม่ได้
2. หอบเหนื่อยจนพูดไม่ได้ หรือหายใจช้า และลำบากมาก หรือหยุดหายใจ
3. ชักตลอดเวลาและ / หรือ
4. ตกเลือดอย่างรุนแรง

ผู้ป่วยที่มีอาการหนักร่องลงไป จะมีอาการและอาการแสดงดังนี้

1. หมดสติ ชัก กระสับกระส่าย และ/หรือ ไม่ค่อยรู้สึกตัว
2. หายใจลำบาก หรือหายใจมากกว่า 30 -40 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 3 -4 ครั้ง/นาที
3. มือเท้าเย็น และมีเหงื่อตามตัวและมือเท้า
4. ชีพจรเต้น ๆ หยุด ๆ หรือเต้นเร็วมากกว่า 160 -180 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 30 -40 ครั้ง/นาที รวมทั้งมีอาการหอบเหนื่อย หรือหน้ามืดเป็นลม
5. ความดันโลหิตที่สูงมากหรือต่ำมาก และ/หรือ
6. ไชสูงมาก<sup>1</sup>

ความยากลำบากอย่างหนึ่งของแพทย์และพยาบาลในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก คือการให้ผู้ป่วย (ที่รู้สึกตัว) และญาติเข้าใจถึงสภาพและการเจ็บป่วยที่ตรงกับความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาล คือ ผู้ป่วยรายใดเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ถ้าให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ เพื่อจะได้ให้ความร่วมมือให้แผนการรักษาพยาบาล ดำเนินไปสู่เป้าหมาย หรือผู้ป่วยที่อาการไม่หนัก แต่ตัวผู้ป่วยเองและญาติเข้าใจว่าเป็นอาการหนัก จะทำให้เกิดความเครียด

<sup>1</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 8 -9.

ด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งความเข้าใจที่ผิดพลาดทั้งสองประการนี้ ก่อให้เกิดผลเสียต่อการหายของโรคทั้งสิ้น

นอกจากนี้ความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อาจเนื่องมาจากแพทย์แต่ละราย มีความคิดเห็นแตกต่างกันไปอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ชารอน แอล. โรเบิร์ตส์ (Sharon L. Roberts) ได้ให้แนวความคิดว่าการจะตัดสินว่าผู้ป่วยรายใดมีอาการหนักหรือไม่ใหญ่จาก (1) พฤติกรรม (2) อารมณ์ (3) สิ่งแวดล้อม และ (4) สรีรวิทยา<sup>1</sup>

#### ด้านพฤติกรรมศึกษาจาก

1. ระดับของสติ ศึกษาการตื่นตัวของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้ากว่าปกติหรือไม่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์สัมผัสหรือเป็นปกติ
2. ความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ต้องคำนึงถึงภาวะการขาดออกซิเจนของร่างกาย และการเผาผลาญอาหารที่ผิดปกติไป
3. ลักษณะภูมิหลังของผู้ป่วย ต้องศึกษาโดยละเอียดทั้งด้านอายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อ ตลอดจนความชอบหรือไม่ชอบอะไรบ้าง การทราบสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล
4. ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวอวัยวะ สิ่งนี้สำคัญมากในผู้ป่วยที่ได้รับยับันตรายต่อระบบประสาทหรือผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมประสาท รวมทั้งผู้ป่วยที่กลับจากผ่าตัดตัดหัวใจด้วย พยาบาลต้องสังเกตว่า การเคลื่อนไหวของอวัยวะ

<sup>1</sup> Sharon L. Roberts, Behavioral Concepts and the Critically Ill Patient. (New Jersey : Prentice -Hall, 1976), p. 2.

ปิดปกติไปมากน้อยเพียงไร มีอัมพาตหรือไม่ และในรายที่ผ่าตัดต้องเปรียบเทียบลักษณะ การเคลื่อนไหวของอวัยวะก่อนและหลังผ่าตัดด้วย<sup>1</sup>

### งานอารมณ์ศึกษาจาก

1. ความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ถ้าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเช่นนี้จะแสดง ออกโดยการเก็บตัวเงียบอยู่ตามลำพัง ถอยหนีจากสังคม นั่งนำตาลอ พฤติกรรมนี้ อาจเกิดเนื่องจากความไม่คุ้นเคยต่อสิ่งแวดล้อมและถูกเขมงวดตอกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติ ซึ่งมีักพบในผู้สูงอายุมากกว่าคนวัยหนุ่มสาว เพราะผู้สูงอายุเคยชินกับสิ่งแวดล้อมที่บ้านมาเป็นเวลานาน นอกจากนี้เพื่อนรุ่นเดียวกันก็มักจะมาเยี่ยมไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว
2. ความขงคับใจเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยมัก รู้สึกตัวจะคิดว่าตัวเองคล้ายทารกคือ ต้องมีผู้ช่วยเหลือทุกอย่าง แม้การทำกิจวัตร ประจำวันหรือการเลือกเวลาและชนิดของอาหารที่จะรับประทานก็ไม่สามารถจะกระทำ ได้
3. ขาดความรู้สึก ยอมรับว่าตนเป็นบุคคลคนหนึ่ง สาเหตุที่ทำให้เกิด ความรู้สึกเช่นนี้เนื่องมาจากเจ้าหน้าที่แพทย์ทั้งชั้น เช่น ผู้ป่วยไคยั้นเจ้าหน้าที่พูดถึงตนว่า ผู้ป่วยเตียงนั้นเตียงนี้ หรือผู้ป่วยโรคหนึ่งโรคใดแทนที่จะระบุชื่อของผู้ป่วย หรือในขณะที่ พยายามจะให้การพยาบาลใด ๆ แก่ผู้ป่วยมักจะกระทำไปโดยไม่ใส่ใจพูดคุยกับผู้ป่วย หรือตามความเห็นจากผู้พยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ตนเองคล้ายวัตถุ
4. ความรู้สึกว่าตนเองไร้อำนาจ พฤติกรรมผู้ป่วยแสดงออกมีหลายอย่าง เช่น การขัดขืนคำสั่งห้ามต่าง ๆ หรือพยายามที่จะดึงสายยางที่ให้ออกซิเจนออกจาก จมูก เป็นต้น การแสดงออกเช่นนี้ช่วยถ่ายทอดความรู้สึกที่ว่าตนเองยังมีอำนาจอยู่บ้าง มีอิทธิบาทหรือแพทย์เท่านั้น ที่จะมีอำนาจเหนือความเป็นอยู่ของตนทั้งหมด

<sup>1</sup> Ibid., pp. 4-7.

5. ความรู้สึกหมกหมัว จะมีท่าทางข่มเข้ร่า มักพบในผู้ป่วยหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งในช่วงระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน หรือผู้ป่วยที่ย้ายจากหอผู้ป่วยธรรมดา เขาสู่ห้องบริบาลผู้ป่วยหนัก

6. ความรู้สึกโกรธ ถ้าพยาบาลพบว่าผู้ป่วยแสดงอาการโกรธ เกือบหรือมีท่าทาง เป็นศัตรูออกมาให้ตระหนักว่าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น เพราะต้องพบกับสิ่งแวดล้อมที่ตนเองไม่คุ้นเคย หรือโกรธ เนื่องจากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น พฤติกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกลไกการปรับตัวที่จะเผชิญกับสถานการณ์ พยาบาลต้องไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยและเพิกเฉยต่อการแสดงออกของ ผู้ป่วย แต่จะ ต้องหาวิธีจูงใจให้ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ได้

7. ความล้มเหลวที่จะยอมรับกับสถานการณ์ที่ปรากฏอยู่ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกโดยการพูดถึงกรอกรั่ว สิ้นหวัง หรือธุรกิจของตนอย่างสนุกสนาน สิ่งนี้อาจทำให้พยาบาลแปรพฤติกรรมผู้ป่วยผิดไปได้ คิดว่าผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยได้อย่างดี ซึ่งความเป็นจริงเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยกำลังปรับตัวโดยพูด เรื่องอื่นแทนที่จะพูดถึงเรื่องความเจ็บป่วย เพื่อปกปิดความรู้สึกที่แท้จริง

8. กลัวต่อการรับรู้สภาพของตนเอง มักพบในผู้ป่วยที่รู้ล่วงหน้าว่าต่อไปบทบาทของตนเองต้องเปลี่ยนแปลง หรือจะมีสภาพทางร่างกายที่ผิดไปจากเดิม เช่น การเกิดแผลเป็นบนใบหน้า หรือการถูกตัดอวัยวะบางส่วนทิ้งไป ความรุนแรงและลักษณะการแสดงออกของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไปตามความสามารถในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล<sup>1</sup>

ด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษาจาก

1. การกระตุ้นจากเครื่องมือเครื่องใช้ ในหน่วยบริบาลผู้ป่วยหนักจะมีผลต่อผู้ป่วยอย่างไร ผู้ป่วยบางรายจะบ่นว่าเสียงดังเกินไป บางรายจะมีประสาทหลอนทางหูหรือทางตา ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวมาก

2. ความรู้สึกที่ถูกจำกัดพื้นที่และขอบเขตของตน ผู้ป่วยมักจะแสดงความรู้สึกนี้ออกมาโดยมีท่าทีเป็นศัตรูและโต้แย้งเจ้าหน้าที่ ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงเกิดจากคองนอนอยู่บนเตียงที่มีอาพาธเฉพาะตนเพียง 3-4 ผู้คนเท่านั้น และอาพาธชนิดนี้แวดล้อมด้วยคนแปลกหน้าตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้แปลก ๆ อีกด้วย
3. ประสาทรับความรู้สึกมากกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยหลายอย่างในหน่วยบริบาลผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการกระทำวิธีการต่าง ๆ เพื่อสืบค้นและการวินิจฉัยโรคในระยะ ๆ เวลาใกล้ ๆ กัน ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทรมานและมีความรู้สึกว่า ไม่สามารถจะทนได้
4. การรับความรู้สึกผิดไปจากปกติ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมลดน้อยลง ทั้งนี้เพราะในผู้ป่วยหนักพยาบาลจะเปลี่ยนสถานที่การทำงานของเครื่องมือต่าง ๆ มากกว่าสิ่งเกิดกับผู้ป่วย การถูกทอดทิ้งให้อยู่กับเครื่องมือซึ่งกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกของผู้ป่วย ตลอดเวลาเช่นนี้ อาการของผู้ป่วยย่อมผันแปรได้
5. การนอนหลับผิดปกติไป ผู้ป่วยหนักที่อยู่ในหน่วยบริบาลจะถูกตรวจสอบสภาพทางร่างกายบ่อย ๆ จึงไม่สามารถนอนหลับได้แม้จะได้รับยากลดอาการ (tranquilizers) หรือยาระงับประสาท (sedatives) ก็ตาม การนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดและสับสน<sup>1</sup>

คานส์รีวิทยา ศึกษาจาก

1. สีของตาขาวและลักษณะของม่านตาว่าเป็นอย่างไร ผิดไปจากปกติหรือไม่ ลักษณะทั้งสองอย่างนี้ช่วยบอกสภาพทางร่างกายของผู้ป่วยได้
2. สีของผิวหนัง ความมีสีซีด แดง เทา เขียว หรือเหลือง

<sup>1</sup>

Ibid., pp. 10 - 12.

3. ลักษณะของความดันภายในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ( Central Venous Pressure ) ซึ่งมีค่าปกติ 4 -6 เซนติเมตร การวัดความดันภายในหลอดเลือดดำส่วนกลางบอกให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแข็ง ( tone ) ของหลอดเลือด การทำงานของหัวใจและปริมาณของโลหิต ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของหัวใจห้องล่างขวา ( Right Ventricle ) ว่าสามารถสูบฉีดโลหิตออกไปได้เพียงพอ ไม่สามารถบอกได้ว่ามีการไหลเวียนของโลหิตเพียงพอหรือไม่ และมีปริมาณโลหิตจำนวนเท่าไร

4. ความดันโลหิตทั้งค่าซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ค่าความดันซิสโตลิกบอกให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง ค่าความดันไดแอสโตลิก บอกปริมาณของแก๊สในกระแสโลหิต

5. ศึกษาเสียงของทรวงอก หัวใจ และลำไส้

6. ศึกษาสภาพของอวัยวะที่สำคัญได้แก่ปอด หัวใจ หลอดโลหิต และไต โดยศึกษาถึง

- ก) ท่าหน้าที่จะตามปกติหรือไม่
- ข) อัตราการทำงาน
- ค) จังหวะการทำงาน
- ง) ความสม่ำเสมอในการทำหน้าที่ตามปกติ
- จ) หน้าที่สำคัญที่เสียไป
- ฉ) ผลการตรวจทางห้องทดลอง
- ช) ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง<sup>1</sup>

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีอาการหนักคือ ต้องศึกษา สังเกต และบันทึกการทำงานของปอด หัวใจ และไต เพราะ

<sup>1</sup> Ibid., pp. 12 - 35.

ความเจ็บป่วย มีผลกระทบตอสถาบันนั้นมากที่สุด โดยต้องศึกษาถึงหน้าที่ตามปกติ  
 จังหวะการทำงาน และความสม่ำเสมอในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญทั้ง 3 ชนิดนี้

จากผลกล่าวมาทั้งหมด พอจะสรุปได้ว่า การประเมินสภาพของผู้ป่วยหนัก  
 ต้องศึกษาจากพฤติกรรมและสรีรวิทยาเป็นสำคัญ สำหรับการสังเกตปัญหาด้านอารมณ์  
 และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย จะช่วยให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เป็นราย  
 บุคคลที่มีความต้องการและการตอบสนองในลักษณะเฉพาะของตน ไม่ควรมองผู้ป่วย  
 ในลักษณะที่เหมือนกันหรือเป็นเสมือนวัตถุที่ไร้ชีวิต

#### ความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนักและแนวทางการช่วยเหลือญาติ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริบาลผู้ป่วยหนักนั้น เข้ามาด้วยอาการทาง  
 กาย ต้องการการรักษาและดูแลอย่างเต็มที่ เจ้าหน้าที่จึงให้ญาติรออยู่ข้างนอกเพื่อจะ  
 ได้ปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยให้เสมียนหรือพยาบาลผู้ซึ่งไม่ใกล้ชิดผู้ป่วย  
 เป็นผู้ตอบคำถามของญาติ เพราะพยาบาลผู้ซึ่งทราบอาการผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ถ้าสั่ง  
 ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ช่วงขณะหรือคอยญาติจะเกิดความกลัว รู้สึกสับสน  
 ของศรัทธาและกระวนกระวาย เมื่อได้รับอนุญาตจะรับเขาไปดูอาการผู้ป่วยทันที ใน  
 ขณะที่พยาบาลสนใจสภาพทางร่างกายของผู้ป่วยควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ  
 ผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยให้ญาติยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว  
 ยังคงทำหน้าที่ของตนต่อไปได้ พยาบาลของตระหนักไว้เสมอว่า บางครั้งผู้ป่วยที่มี  
 อาการหนักต้องการใกล้ชิดสมาชิกในครอบครัวมากกว่าสิ่งอื่นใด ผู้ป่วยอาจได้รับกำลังใจ  
 ที่เข้มแข็งจากญาติ ในการพยาบาลผู้ป่วยหนักพยาบาลต้องศึกษาว่าผู้ป่วยมีตำแหน่งและ  
 บทบาทในครอบครัวอย่างไร ครอบครัวต้องการผู้ป่วยเพียงไร ผู้ป่วยบางรายเป็นผู้รับ  
 ภาระของครอบครัวทั้งหมด ในกรณีนี้ญาติจะต้องการทราบรายละเอียดต่าง ๆ  
 เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยมาก เจ้าหน้าที่มักจะไม่ทราบว่าตัวผู้ป่วยและญาติมีประสบการณ์เรื่อง  
 ความเจ็บป่วย ความกลัว หรือความของศรัทธาเพียงไร การขาดประสบการณ์ในเรื่อง

ความเจ็บป่วย จะทำให้ญาติหรือผู้ช่วยบางรายปรับตัวไม่ได้ พยายามและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพคนอื่น ๆ ควรให้ความช่วยเหลือประคับประคองญาติ เพื่อให้ยอมรับและจัดการกับความเครียดได้มากขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลหรือแต่ละครอบครัวจะมีวิธีการจัดการหรือปรับตัวให้เข้ากับ ความเครียดของตนแตกต่างกัน และมีวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความเครียดของญาติ คือเปิดโอกาสให้ญาติผู้ช่วยหลาย ๆ คน ได้พูดคุยกันและพยายามควรมีโอกาสพบญาติ เพื่อช่วยขจัดความสงสัยและความวิตกกังวลบาง

รูเบน ฮิล (Reuben Hill) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการเกิดความเครียดของครอบครัวอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยไว้สองประการคือ (1) ความเครียดที่เกิดเนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะถึงแก่กรรม (2) ความเครียดที่เกิดเนื่องจากการสูญเสียทางสังคม<sup>1</sup>

ความเครียดที่เกิดเนื่องจากการคิดว่าผู้ป่วยจะถึงแก่กรรม เกิดเพราะญาติตระหนักดีว่า การถึงแก่กรรมเป็นการจากไปอย่างถาวร ผู้ป่วยหลังจากจะต้องรับการระงับในครอบครัวทั้งหมดและต้องพบกับความอ้างว้างโศกเศร้า นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยหนักต้องเข้าโรงพยาบาลอย่างปัจจุบันทันด่วน เช่น การได้รับอุบัติเหตุ ญาติจะเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ในเวลาอันรวดเร็ว เพราะมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีก ได้แก่ ต้องรีบไปโรงพยาบาล จัดหาคนเฝ้าบ้านเพื่อดูแลเด็ก คนชรา ตลอดจนทรัพย์สินในบ้าน และเมื่อญาติไปถึงโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยอยู่ในหน่วยรับบาดเจ็บหนัก และในขณะนี้ญาติจะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยม พยายามเป็นผู้บอกอาการของผู้ป่วยให้ญาติทราบ ญาติต้องนั่งรออย่างโศกเศร้าและ รุนวายเป็นอันมากเกี่ยวกับอาการที่รับฟังมา และต้องนั่งรอต่อไปอีก เพื่อฟังรายงานอาการหรือความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งอาการบางอย่างจะเพิ่มความเครียดของญาติให้สูงขึ้นได้เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรคนั้น ๆ ปัญหาสำคัญที่สุดคือญาติอยาก

<sup>1</sup> Reuben Hill, Family Under Stress, (New York : Harper and Row, 1949), p. 36.





ทราบว่า ผู้ป่วยจะมีชีวิตรอดหรือไม่ เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยญาติอาจตกใจ  
ต่อสภาพภายในหน่วยบริบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้เกิดความกลัว โดยเฉพาะในกรณีที่  
ผู้ป่วยถูกไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวกพยาบาลต้อง เตรียมญาติให้พร้อมว่า จะได้พบเห็น  
ผู้ป่วยในลักษณะ เช่นไรบ้าง

ฟรานซิส โมเนต คาร์เตอร์ (Frances Monet Carter) โลกกล่าว  
ถึงพฤติกรรมของบุคคลขณะที่มีความเครียดว่าจะกระวนกระวาย ไม่ได้ยินคำพูดหรือ  
คำอธิบาย ไม่เข้าใจความหมายของคำพูด จะมีคำพูดหรือคำถามซ้ำ ๆ กันบ่อย<sup>1</sup>  
จึงพบได้เสมอว่า ญาติจะถามพยาบาลหลายคนด้วยคำถามเดียวกันเกี่ยวกับอาการ  
ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องเข้าใจพฤติกรรมเช่นนี้และยอมรับว่าการซักถามหาข้อมูลต่าง-  
สารต่างๆ เพื่อลดความเครียดให้น้อยลง พยาบาลต้องพูดคุยกับญาติอย่างเป็นกันเอง  
เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามปัญหาและระบายความวิตกกังวลออกมา เพื่อจะลดความ  
เครียดให้น้อยลง ถ้าญาติเข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีลดความเครียดลงด้วย  
ช่วยทำให้หายเร็วขึ้นหรือจากไปอย่างสงบ

สำหรับความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียทางสังคมส่วนใหญ่เนื่องมาจาก  
ปัญหาด้านเศรษฐกิจและบทบาทที่เปลี่ยนไป การป่วยหนักทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการ  
รักษาพยาบาลสูง จึงมีผลกระทบต่ออารมณ์ของญาติอย่างยิ่งคือ ญาติที่มีฐานะปานกลาง  
หรือมีรายได้น้อยจะลำบากในการหาเงินมาเสียค่ารักษาพยาบาล ญาติที่มีเงินก็ไม่  
อยากเสียเงินมาก เพราะฉะนั้นการเจ็บป่วย จึงมีผลอย่างมากต่ออารมณ์ของญาติ

<sup>1</sup> Frances Monet Carter, Psychological Nursing : Theory and Practice in Hospital and Community Mental Health, 2d ed. (New York : Macmillan, 1976), p. 184.

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก

1. ให้การสนับสนุนทางคำปรึกษาแก่ญาติซึ่ง เป็นบทบาทที่สำคัญที่สุด เพราะความเครียดทำให้ญาติรู้สึกอึดอัดใจเกี่ยวกับความหวังของโรงพยาบาลก็จะ เข้มงวดเวลาเยี่ยม โอกาสที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกันจึงลดน้อยไปด้วย ก่อนจะอนุญาตให้ญาติเขา เยี่ยมผู้ป่วยหนักพยาบาลควร จะต้องพูดคุยและ เตรียมญาติให้พร้อม เพราะญาติส่วนใหญ่ ไม่เคยเห็น เครื่องช่วยชีวิตมาก่อน การอธิบายอย่างสั้น ๆ ในภาษาธรรมดา จะช่วยได้มาก เนื่องจากในขณะที่ความวิตกกังวลสัมพันธ์จะรับรู้คำอธิบายได้เป็นช่วง ๆ เท่านั้น นอกจากนี้ขณะที่ญาติเขา เยี่ยมผู้ป่วยหนักพยาบาลควรอยู่ใกล้ ๆ คอย เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจและปลอดภัย พยาบาลต้อง เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว โดยการยืดหยุ่นเวลา เยี่ยมตามลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัว

2. เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิ์ที่จะทราบว่าผู้ป่วยจะกลับไปยังสภาพปกติหรือไม่และมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยมีปัญหอะไรบ้าง ถ้าอาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ครอบครัวต้องการรายละเอียดของข้อมูลมากขึ้น พยาบาลต้อง เปิดโอกาสให้ครอบครัว แสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ซึ่งถือว่าเป็นการระบายความเครียดวิธีหนึ่ง

3. ช่วยให้อาการยอมรับสภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่หายและกลับบ้านได้ แต่มีการสูญเสียทางสังคม เช่น พักการ ทำงาน หรือมีปัญหาทางการเงิน จะรู้สึกเจ็บปวดและเสียใจมาก และถ้าผู้ป่วยพบว่าญาติต้องทำหน้าเศร้าและรับบทบาทแทนตน จะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกผิดแล้ว ไรคาพยาบาลจะป้องกันสิ่งนี้หรือช่วยให้เกิดน้อยลงได้โดยการเตรียมผู้ป่วยและญาติตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Roberts, Behavioral Concepts and the Critically Ill Patient, pp. 367 - 370.



ได้ผลดี พยายามต้องเข้าใจลักษณะของครอบครัว ฐานะระดับของความเครียด ทราบบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ตลอดจนทราบวิถีการและกระบวนการการแก้ปัญหาของครอบครัวที่ตามมา การที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือญาติ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ถ้ารู้สึกดีจะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ชมะเดียวกัน ญาติผู้ป่วยก็มีความสงสัยว่าผู้ป่วยทราบเรื่องการเจ็บป่วยมากน้อยเพียงไร จะตอบคำถามอย่างไร ถ้าผู้ป่วยถามเรื่องความตาย พยายามดูแลผู้ป่วยจะต้องตอบคำถามญาติมากมาย เจ้าหน้าที่ทุกคนจึงต้องมาร่วมประชุมปรึกษากัน เพื่อตอบปัญหาให้ตรงกัน จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติได้ การตอบปัญหาที่ไม่ตรงกันจะยิ่งเพิ่มความเครียดให้แก่ญาติ <sup>1</sup>

ฟรานซิส สเตอร์ลี ( Francis Storlie ) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการพยาบาลผู้ป่วยหนักไว้ว่า

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยายามต้องเปิดโอกาสให้ญาติได้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ญาติทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยทุกระยะ เพื่อจะได้ทราบว่าอาการดีขึ้นหรือเลวลง พยายามไม่ควรปล่อยให้ญาติผู้ป่วยนั่งรอเป็นเวลานาน ๆ ชั่วโมง หลังจากให้การพยาบาลเสร็จแล้วและญาติผู้ป่วยหนัก ได้เห็นผู้ป่วยหลับไปชั่วระยะหนึ่งหรือสองชั่วโมง จะมีความหมายต่อความรู้สึกของญาติมาก ญาติของผู้ป่วยหนักจะพบกับความข้องสัยใจในเรื่องกฎระเบียบของการเยี่ยมอย่างมาก เช่น ใช้กฎการเยี่ยมอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลระหว่างครอบครัว ผู้ป่วยหนักบางรายจะมีอาการสงบ เมื่อภรรยา หรือลูกหลานมาเยี่ยม

<sup>1</sup> Joan Craven and Florence S. Wald, "Hospice Care for Dying Patient," American Journal of Nursing 75 (October 1975) : 1818-1819.

การบิ่คหุ่ณ กฏระเบียบของการเยี่ยม จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง <sup>1</sup>

มาร์ลีน แมคแกน (Marlene McGann) โลกกล่าวถึงการทำช่วยเหลือญาติผู้ป่วยหนักดังนี้

การจะบอกปัญหาและอาการต่างๆ ของผู้ป่วยหนักให้ญาติทราบ ควรพูดกับญาติหลาย ๆ คนพร้อมกัน เพื่อเป็นการประคับประคองทางอารมณ์ของญาติ เพราะความซึ้งศรัทธาใจของญาติมีผลต่อระยะเวลาการพักฟื้นของผู้ป่วย พยายามต้องอธิบายให้ญาติผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับ แผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการโต้แย้งที่จะตามมา <sup>2</sup>

เจอร์รี่ เจ. กริฟฟิน (Jerry J. Griffin) ได้เขียนบทความการพยายามผู้ป่วยใกล้ตาย สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ผู้ป่วยรายใดที่มีอาการหนักและญาติลงความเห็นว่าผู้ป่วยจะตายแน่นอน รวมทั้งแพทย์ของการหยุดการใจ เครื่องช่วยชีวิตต่างๆ ทั้งแพทย์และพยาบาลควรได้ปรึกษาญาติก่อน เพื่อให้ญาติมีเวลาในการปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะตามมาหลังการตายของผู้ป่วย เพราะการประวิงเวลาการตายของผู้ป่วยบางรายจะช่วยด้านจิตใจของญาติให้ขานพันความรู้สึกนึกและความโกรธต่อสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยตายไปได้ ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะตายหรือตายใหม่ ๆ แพทย์และพยาบาลควรอยู่ใกล้ ๆ ญาติสักระยะหนึ่ง เพื่อให้ญาติอบอุ่นใจและยอมรับว่าเป็นเวลาอันสมควรที่ผู้ป่วยจะต้อจากไป <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Francis Storlie, "The Family : Thir-teen Years of Observation," Supervisor Nurse 7 (February 1976) : 10, 12 -14.

<sup>2</sup> Marlene McGann, "Group Sessions for the Families of Post Coronary Patients," Supervisor Nurse 7 (February 1976) : 17.

<sup>3</sup> Jerry J. Griffin, "Family Decision : a Crucial Factor in Terminating Life," American Journal of Nursing 75 (May 1975): 795 - 796.

แซนดร้า ฮิกส์ คูเอนซี และแมรี วี. เฟนตัน (Sandra Hicks Kuenzi and Mary V. Fenton) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในหน่วยฉุกเฉินว่า

\* พยาบาลต้องตระหนักไว้เสมอว่าระยะเวลาที่ญาติมีความเครียดมากที่สุดคือเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลใหม่ ๆ เนื่องจากญาติยังไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรกับผู้ป่วยบ้างและจะเกิดเมื่อไร ขณะเดียวกันพยาบาลก็มีความเครียดด้วย เพราะไม่ทราบว่าญาติจะมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยอย่างไร เมื่อผู้ป่วยหนักอยู่ในหน่วยรับบาดเจ็บก่อนจะให้ญาติเข้าเยี่ยมครั้งแรกพยาบาลควรออกไปพบญาติที่ห้องรอเยี่ยม เพื่อพูดคุยและประเมินสภาพเหตุการณ์การปรับตัวของญาติ หลังจากพูดคุยกับญาติแล้วต้องเลือกว่าใครมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมากที่สุดให้เข้าเยี่ยมก่อน และถ้ามีปัญหาต้องตัดสินใจจะให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจ ถ้าขาดผู้ทำบทบาทนี้พยาบาลต้องปรึกษากับญาติที่มาเยี่ยมทั้งหมดเพื่อร่วมกันตัดสินใจ<sup>1</sup>

ในการรักษาพยาบาลบางอย่างต้องมีการวางแผนล่วงหน้า เช่น การทำผ่าตัด ต้องบอกให้ญาติทราบเพื่อจะได้ปรับตัว พยาบาลต้องทราบแผนการรักษาการวินิจฉัยโรคและการทำนายโรค ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนทราบว่าแพทย์ได้บอกอะไรแก่ผู้ป่วยและญาติไปบ้าง และบอกข้อมูลที่สำคัญได้มากน้อยเพียงไร ทั้งนี้จะได้พูดให้ตรงกันซึ่งจะช่วยลดความขงคับใจของผู้ป่วยและญาติได้มาก ในกรณีที่มีผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีสติ พยาบาลควรบอกให้ญาติทราบว่า จะพูดคุยเรื่องอะไรกับผู้ป่วยใดบ้าง ขณะญาติเยี่ยม พยาบาลควรอยู่ใกล้ ๆ ผู้ป่วยด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวต้องกระตุ้นให้ญาติพูดคุยและสัมผัสผู้ป่วยบ้าง เพราะมีรายงานการวิจัยยืนยันว่า แม้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว แต่ยังคงรับรู้การสัมผัสและการพูดคุยซึ่งการสัมผัสเป็นการติดต่อกับผู้ป่วย

1

Sandra Hicks Kuenzi and Mary V. Fenton, "Crisis Intervention in Acute Care Areas," American Journal of Nursing 75 (May 1975) : 832 - 833.



ได้อีกทางหนึ่ง<sup>1</sup>

โจอัน เอ็ม. ฮาแกน (Joan M. Hagan) ซึ่งเป็นพยาบาลสาธารณสุข  
คนหนึ่งของประเทศอเมริกาผู้หนึ่งที่เขียนงานที่ทารกตายหลังคลอด ได้เขียนเล่า  
ประสบการณ์จากการทำงานไว้ มีสาระสำคัญคือ

การตายของทารกถือว่าการสูญเสียบุคคลพิเศษเนื่องจากทารกยังช่วยตัว  
เองไม่ได้ มารดา รู้สึกว่าทารกเป็นร่างกายส่วนหนึ่งของตน เมื่อทารกตายไปมารดา  
จะรู้สึกว่างเปล่า อ่างว่าง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป รู้สึกสูญเสียทุกอย่าง และคิดว่า เป็น  
ความผิดของตนที่ลูกตาย คนทั่วไปเข้าใจผิดว่าการตายของทารกจะไม่ทำให้ญาติพบกับ  
ความกระตกระเือนใจเท่ากับการตายของผู้สูงอายุด้วยเข้าใจว่าทารกเพิ่งเกิดมา  
มารดาของทารกที่เสียชีวิตจะพยายามถามทุกอย่างเกี่ยวกับตัวเด็ก เพื่อค้นหาสาเหตุ  
การตายและหวังว่าเด็กจะหันมาอีก มารดาจะหมกมุ่นในเวลากลางคืนมากกว่ากลางวัน  
เพราะเวลากลางคืนมีความเงียบ ในขณะที่กลางวันมีโอกาสใกล้ชีวิตญาติหรือเพื่อนฝูง  
มารดาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของลูกครั้งแรกหนึ่งแล้ว จะเกิดความกลัวว่าบุตรคน  
ต่อไปจะตายอีก หวังบิดาและมารดาจะแสวงหาความเห็นใจจากผู้อื่นให้รับรู้ความรู้สึก  
ของตน บทบาทของพยาบาลคือเปิดโอกาสให้มารดาแสดงความรู้สึกออกมาและยอมรับ  
ความจริงว่าทารกได้ตายไปแล้ว<sup>2</sup>

จากที่ได้เสนอแนวความคิดในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยที่มีอาการหนักทั้งหมด  
ที่กล่าวมา พอดีสรุปบทบาทของพยาบาลได้ว่า ต้องเปิดโอกาสให้ญาติได้มีการติดต่อ

<sup>1</sup> Ibid., p. 834.

<sup>2</sup> Joan M. Hagan, "Infant Dead : Nursing Interaction and  
Intervention with Grieving Families," Nursing Forum. 13 (1974) :  
371 - 385.

สื่อสารกับพยาบาล เพื่อระบายความรู้สึกและทราบข้อมูลต่าง ๆ ให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อช่วยลดความเครียดของญาติให้น้อยลง และยอมรับสภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

### การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนักยังไม่มีการวิจัยมาก่อน ทั้ง ๆ ที่ได้มีการศึกษาถึงพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่กำลังใกล้แก่ร่ำ เนื่องจากมีการสูญเสียญาติด้วยสาเหตุต่าง ๆ กัน มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1944 ถึงนั้น รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้จึงมีน้อยมาก ผู้วิจัยรวบรวมมาได้เพียง 3 เรื่องเท่านั้น

อีริช ลินเดแมน (Erich Lindeman) ได้สังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 101 คน ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเศร้าโศกเสียใจเนื่องจากสูญเสียญาติ ลักษณะของผู้ป่วยที่เลือกทำการศึกษาคือ (1) ผู้ป่วยโรคจิตประสาท (Psychoneurosis) ซึ่งสูญเสียญาติในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (2) ญาติของผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมในโรงพยาบาล (3) บุคคลซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากอัคคีภัยที่โคโคไนท์ โกรฟ ๕ เมืองบอสตัน (Cocoanut Grove fire in Boston) รวมทั้งญาติของผู้เสียชีวิตจากอัคคีภัยครั้งนี้ด้วย และ (4) ญาติของทหารที่ออกสงคราม วิธีการที่นักวิจัยกระทำโดยจิตแพทย์เป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้บันทึกเวลา เนื้อหาของการสัมภาษณ์ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจขณะที่อยู่ในช่วงของการสัมภาษณ์ทั้งหมด จิตแพทย์จะไม่ให้คำแนะนำหรือแปรพฤติกรรมใด ๆ ของผู้ป่วยจนกว่าช่วงเวลาแห่งการสังเกตและการสัมภาษณ์จะสิ้นสุดลง เมื่อช่วงเวลาสิ้นสุดลงแล้วจิตแพทย์ได้นำพฤติกรรมที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์ในรูปของอาการทางกายที่ผู้ป่วยบอกให้ทราบ



(somatic complain) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก มีทั้งอาการ เครา โศกอย่างปกติและเบี่ยงเบนไปจากปกติ อาการ เครา โศกอย่างปกติ ที่พบมีอยู่ 6 ประการด้วยกันคือ

ก. มีอาการไม่สบายทางร่างกาย (somatic distress) ซึ่งแสดง ออกจะคล้ายๆ กันคือ รู้สึกแน่นในลำคอ หายใจลำบาก กล้ามเนื้อไม่มีแรง รู้สึก หงุดหงิด เบื่ออาหารหรือท้องอืด อาการเหล่านี้จะปรากฏอยู่ประมาณครั้งละ 20 นาที ถึงหนึ่งชั่วโมง และจะหายไม่ได้ถ้ามีผู้มาเยี่ยม มีโอกาสหลุดถึงผู้จากไป หรือรู้สึกว่า ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น

ข. ครุ่นคิดคำนึงถึงผู้ถึงแก่กรรมอยู่ตลอดเวลา บางครั้งทำให้การรับรู้ ต่อความจริง เปลี่ยนไป เกิดประสาทหลอนทางหูหรือทางตา เช่น ได้ยินเสียงเรียก หรือเห็นภาพผู้ที่จากไปมาปรากฏอยู่ใกล้ๆ

ค. มีความรู้สึกผิด คือรู้สึกว่าตนเอง ไม่เฝ้าสิ่งที่ถูกต้องให้แก่ผู้ที่ถึงแก่ กรรม เช่น สามีภรรยาที่ทะเลาะกันบ่อยๆ เมื่อฝ่ายหนึ่งจากไปอีกฝ่ายหนึ่งคิดว่าตน ไม่น่าจะทำเช่นนั้นในขณะที่เขามิชีวิตอยู่

ง. มีท่าที่เป็นศัตรู รู้สึกว่าตนเองขาดความอบอุ่น ไม่อยากให้ใครมา รบกวน กระทบกระสาย ความรู้สึกเหล่านี้จะรบกวนตัวผู้ป่วยเองด้วย ทำให้ไม่มี ความสุข ไม่อยากเข้าสังคม บางรายอาจกลายเป็นคนวิกลจริตไปได้

จ. สูญเสียแบบของความประพฤติ (loss of pattern of conduct) หมายความว่าผู้ป่วย ไม่สามารถจะทำกิจวัตรประจำวันหรือเข้าสังคมได้อย่างปกติ จะมีการเคลื่อนไหวทางร่างกายโดยไร้จุดหมาย ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ให้ สำเร็จได้ อารมณ์ขาดความสนุกสนาน แม้แต่การทำกิจวัตรประจำวันของตนเองก็ ต้องมีคนช่วยกระตุ้น และต้องมีผู้ช่วยเหลือในการเข้าสังคมด้วย

จ. แสดงพฤติกรรมเหมือนบุคคลที่ถึงแก่กรรมไป พฤติกรรมนี้พบได้ไม่บ่อยนัก และมักจะมองไม่เห็นเด่นชัดอย่างพฤติกรรม 5 ประการแรกข้างต้น พฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น แสดงท่าทางการเดินเหมือนผู้ถึงแก่กรรม หรือชอบมองกระจกเงาานาน ๆ และเห็นว่าหน้าตาตัวเองเหมือนหน้าตาของผู้ถึงแก่กรรม สิ่งเหล่านี้เกิดเพราะความเจ็บปวดจากการสูญเสียและการจินตนาการถึงผู้ตายนั่นเอง

สำหรับพฤติกรรมความเศร้าโศกที่ผิดไปจากปกติจะพบได้ทั้งสองประการ คือ

ก. ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นอย่างช้า (Delay of Reaction) หมายความว่า เมื่อมีผู้ถึงแก่กรรมใหม่ ๆ ญาติจะมีอาการปกติทุกอย่าง จนกระทั่งเวลาล่วงเลยไปเป็นสัปดาห์หรือหลาย ๆ สัปดาห์ ญาติจึงจะเริ่มมีอาการเศร้าอย่างรุนแรง มีอาการไม่สบายทางกาย ครุ่นคิดคำนึงถึงผู้ถึงแก่กรรมตลอดเวลา ผู้มีพฤติกรรมเช่นนี้มักจะมีสาเหตุสงสัย เสริมมาก่อน เช่น ผู้นั้นเคยพบกับความตายของผู้ใกล้ชิดมาแล้ว

ข. ปฏิกริยาที่ผิดแปลก ไม่จากปกติ (Distorted Reactions) เป็นปฏิกริยาที่แสดงออกเนื่องจากความเศร้าโศกไม่ได้รับการแก้ไขพฤติกรรมที่พบได้แก่ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากกว่าปกติ ปรากฏอาการทางกายเหมือนอาการป่วยของผู้ถึงแก่กรรม สัมพันธภาพระหว่างผู้อื่นและการเข้าสังคมเสียไป มีท่าทีโกรธ และเป็นศัตรูต่อคนบางคน ไม่สามารถรับยัดชอบตนเองและครอบครัวได้ ชั้นสุดท้ายจะรู้สึกวาทนเองไรค่า หมั่น และฆ่าตัวตายได้

อีริช ลินด์แมน (Erich Lindeman) ได้เสนอแนวทางในการช่วยเหลือผู้กำลังอยู่ในภาวะเศร้าโศกว่าต้องรับฟังผู้ป่วยพูด ทดหาวิธีช่วยในผู้ป่วยปรับตัวเพื่อเข้ากับสังคมได้ใหม่ สำหรับระยะเวลาในการปรับตัวจะเร็วหรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละรายที่จะผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งความเศร้าโศกไป

ได้ โดยทั่ว ๆ ไปบุคคลจะใช้เวลาประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ก็จะสามารถปรับตัวได้เข้าสู่สภาวะปกติได้<sup>1</sup>

ในปี ค.ศ. 1976 จูดีท มอริน และโจเซฟ เซนเคล ( Judith Maurin and Joseph Schenkel ) ได้ทำการศึกษาความเครียดของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งทำฮีโมโคไลสิส (Haemodialysis) ที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว โดยวิธีสัมภาษณ์ แต่ละครอบครัวเลือกสมาชิกอย่างน้อยหนึ่งคนเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ตัวอย่างประชากรไม่จำเป็นต้องเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ในจำนวนตัวอย่างประชากรทั้งหมดเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย 18 คน เป็นโสดหนึ่งคน และเป็นหม้ายหนึ่งคน ผู้ป่วยเป็นชาย 17 คน เป็นผู้หญิง 3 คน อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยและญาติ 46 - 47 ปี ทุกคู่ทำฮีโมโคไลสิสที่โรงพยาบาล ยกเว้นเพียงสองคนเท่านั้นที่ทำที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและญาติทุกคนได้รับการสอนเพื่อเตรียมทำฮีโมโคไลสิสที่บ้านมาแล้ว อายุเฉลี่ยของการสมรส 21.9 ปี สำหรับภูมิหลังทางการศึกษา ทำความมัธยศึกษา คอนปลาย 4 คน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 12 คน และการศึกษาระดับวิทยาลัย 4 คน ผลการวิจัยปรากฏว่า ตัวอย่างประชากรทุกคู่ มีความเครียดจากการทำฮีโมโคไลสิสทั้งสิ้น และระดับความเครียดขึ้นอยู่กับ ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว บทบาทที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตลอดจนความเปิดเผยในการพูดคุยซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันดี ผู้ป่วยได้รับการประคับประคองจากญาติ และติดต่อสื่อสารกันอย่างเปิดเผย ระดับความเครียดต่ำกว่าครอบครัวซึ่งความสัมพันธ์ไม่ดีและติดต่อสื่อสารกันน้อย ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสซึ่งมีความกระวนกระวายใจสูง จะมี

<sup>1</sup> Erich Lindeman, "Symptomatology and Management of Acute Grief," Crisis Intervention : Selected Readings, ed. Howard J. Parad (New York : Family Service Association of America, 1972), pp. 7 - 21.

ความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยที่มีคูสมรสซึ่งมีความกระวนกระวายใจต่ำ<sup>1</sup>

ไมเคิล ออดดี้ เอ็ม. ฮัมฟรีย์ และเดวิด ฮัทเลย์ (Michael Oddy, M. Humphrey and David Uttley) ได้ศึกษาความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไต จำนวน 54 ราย โดยเลือกผู้ป่วยและญาติที่มีลักษณะดังนี้คือ (1) เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (2) อายุ 16-39 ปี (3) ใ้รับบำบัดด้วยไตที่ศีรษะ (4) มีความจำเสื่อมเกินกว่า 24 ชั่วโมง หลังได้รับการบำบัดด้วยไต (5) ญาติผู้ป่วยของใคร่ผู้มาเยี่ยมเกี่ยวกับผู้ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือน และ (6) ญาติทุกคนต้องได้เยี่ยมเยียนผู้ป่วยในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาระดับความเครียดของญาติทำโดยการสัมภาษณ์เป็นระยะ ๆ จำนวน 3 ครั้ง สัมภาษณ์ในระยะเวลาหนึ่ง เดือน สองเดือน และเมื่อครบหนึ่งปี หลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยไตที่ศีรษะ ตามลำดับ ผลการวิจัยปรากฏว่า ระดับความเครียดของญาติสูงสุดภายในเดือนแรก และลดลงเมื่อสัมภาษณ์ครั้งที่สองในเวลาหกเดือนต่อมา การสัมภาษณ์ครั้งที่สามเมื่อครบหนึ่งปี ระดับความเครียดไม่แตกต่างจากการสัมภาษณ์ครั้งที่สอง ปัญหาที่ทำให้ญาติมีความเครียดมากที่สุดคือ บุคลิกภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงและความพิการที่หลงเหลืออยู่ ปัญหาการว่างงานและการไร้สมรรถภาพทางกาย มีได้ทำให้ญาติมีความเครียดมากขึ้น<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Judith Maurin and Joseph Schenkel, "A Study of the Family Unit's Response To Hemodialysis," Journal of Psychosomatic Research 20 (1976) : 163 - 167.

<sup>2</sup> Michael Oddy, M. Humphrey, and David Uttley, "Stresses Upon the Relatives of Head - Injured Patients," The British Journal of Psychiatry 133 (December 1978 ) : 507 - 512.