

ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว  
ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย



นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN : 974-53-2091-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY CRISIS INTERVENTION PROGRAM ON ADAPTATION OF  
FAMILY MEMBERS OF PATIENTS ADMITTED IN AN INTENSIVE CARE UNIT



Miss Arunrat Yotinwattanabumrung

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University

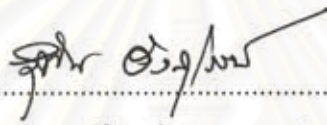
Academic Year 2005

ISBN : 974-53-2091-9

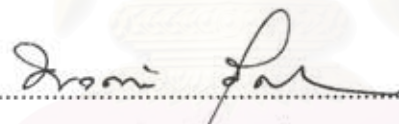
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของ  
สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย  
โดย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

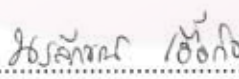
---


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจตรีหญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.สุศักดิ์ ชัมภลชิต)

อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง : ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัว  
 ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย (THE EFFECT OF  
 FAMILY CRISIS INTERVENTION PROGRAM ON ADAPTATION OF FAMILY MEMBERS  
 OF PATIENTS ADMITTED IN AN INTENSIVE CARE UNIT) อ.ที่ปรึกษา : อ.ดร.นรลักษณ์  
 เชื้อกิจ อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 211 หน้า. ISBN : 974-53-2091-9

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือ  
 ครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล  
 ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 40 คน จัด  
 เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ด้วยการจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนกันในด้านเพศของ  
 สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมที่  
 ใช้ในการวิจัย พัฒนามาจากแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson (1983) การพยาบาลแบบ  
 สนับสนุนตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และ  
 การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยมตามแนวคิดการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของ Daly (1999)  
 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือทุกชุด  
 ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน  
 8 ท่าน และหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกใน  
 ครอบครัวผู้ป่วย ได้ค่าเท่ากับ .86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1.สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับตัว  
 ภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติที่ระดับ .05
- 2.สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับ  
 โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต มีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ  
 การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง.....  
 ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....นรลักษณ์ เชื้อกิจ.....  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....ชนกพร จิตปัญญา.....

## 4777624136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : FAMILY MEMBERS / INTENSIVE CARE UNIT / CRISIS INTERVENTION /  
ADAPTATION

ARUNRAT YOTINWATTANABUMRUNG : THE EFFECT OF FAMILY CRISIS INTERVENTION  
PROGRAM ON ADAPTATION OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS ADMITTED IN AN  
INTENSIVE CARE UNIT. THESIS ADVISOR : NORALUK UA-KIT, Ph.D.,  
THESIS CO-ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D.,  
211 pp. ISBN : 974-53-2091-9

The purpose of this quasi-experiment research was to test the effect of family crisis intervention program on adaptation of family members of patients admitted in an intensive care unit. The sample consisted of 40 family members of patients admitted in an intensive care unit at Maharaja Nakornsithammarat Hospital. A matched-pair technique was used to assign family members to experimental and control groups. Each group consisted of 20 family members. The two groups were similar in sex characteristic of family members, relationship with patients, and severity of illness (APACHE SCORE) of the patients. The experimental group received a family crisis intervention program, while the control group received a conventional care. The program was developed based on Leventhal and Johnson's preparatory information concept (1983), Leske's critical care family needs concept (1992, 2002) and Daly's visitation facilitation concept (1999). The instruments were tested for the content validity by 8 experts. The reliability of the Adaptation Questionnaires were .86. The data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test.

The research findings were as follows :

1. The post test of adaptation level of family members of patients admitted in an intensive care unit in the experimental group was significantly higher than that of the pre test at .05 level.
2. The post-test of adaptation level of family members of patients admitted in an intensive care unit in the experimental group was significantly higher than that of the control group at .05 level.

Field of study Nursing Science

Academic year 2005

Student's signature.....*Arunrat Yotinwattanabumrung*

Advisor's signature.....*Noraluk ua-kit*

Co-Advisor's signature.....*Ch. J.*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ แก่ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจตรีหญิง ดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า และเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่ง แก่ผู้วิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช ที่ให้โอกาสและสนับสนุนผู้วิจัยอย่างยิ่งในการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รวมทั้งขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้องทุกท่านที่เป็นแรงผลักดันให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนกระทั่งสำเร็จ การศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบอบแต่ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว.....	13
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัว.....	17
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว.....	22
4. การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต.....	43
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	73
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	74
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78
การดำเนินการวิจัย.....	84
ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย.....	89
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	99
สรุปผลการวิจัย.....	103
การอภิปรายผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	114
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	115
รายการอ้างอิง.....	116
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	129
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	131
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	141
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	146
ภาคผนวก จ ตารางข้อมูลเพิ่มเติม.....	194
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	208
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	211



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 51
2	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ จำแนกตามเพศ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย..... 76
3	จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... 92
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกาย ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง..... 95
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม..... 96
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 97
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 98

8	คะแนนการปรับตัวด้านสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหออภิบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	195
9	คะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	196
10	คะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหออภิบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	197
11	คะแนนการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน หออภิบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	198
12	คะแนนการปรับตัวด้านสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหออภิบาลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	199
13	คะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	200
14	คะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหออภิบาลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	201
15	คะแนนการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน หออภิบาลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	202

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	แสดงพยาธิสรีรภาพที่มีผลต่อความเครียด..... 33
2	แสดงคะแนนการปรับตัวด้านการทำงานที่ทางสังคมก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล.....203
3	แสดงคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล.....204
4	แสดงคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล.....205
5	แสดงคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล..... 206
6	แสดงค่าเฉลี่ยของการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....207

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยขั้นรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อบุคคลในครอบครัว (Hickey, 1996) และนับเป็นภาวะวิกฤตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มี การเตือนล่วงหน้า จึงไม่มีเวลาเตรียมตัว (Leske, 1986) การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอย สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และเทคโนโลยีต่าง ๆ กฎระเบียบต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากในครอบครัวผู้ป่วย (Leske, 1992; Hickey, 1996)

เมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤต ครอบครัวจะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต ซึ่ง Aquilera and Messick (1982) พบว่าการตอบสนองของครอบครัวในระยะแรก เป็นระยะที่ครอบครัวรู้สึกช็อค มีความรู้สึกไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง ต่อมาครอบครัวจะมีความรู้สึกที่รุนแรง โกรธ รู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง เคร่าซึม สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดงความเศร้าโศกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่ครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

ต่อมาครอบครัวจะเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาลงไปด้วยดี ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ และในระยะสุดท้าย ครอบครัวจะปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สามารถควบคุมสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

ดังนั้น การเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยขั้นวิกฤตย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อคงความสมดุลของครอบครัวไว้ (Fawcett, 1975 อ้างถึงใน อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541)

การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักคือผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การวางแผน การหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ ความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ในภาวะเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่จากตัวบุคคล จากสังคมรอบข้าง เพื่อให้บุคคลสามารถ

ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลลัพธ์ของการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวมี 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และสุขภาพทางกาย (Lazarus & Folkman, 1984)

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย เช่น ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1996) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วณิชากิจชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et.al., 1985) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2535; Gilliss et.al, 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) นอกจากนี้ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง และมีการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดทำงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาทางการเงิน ซึ่งตรงกับ Covinsky, Desbiens and Lynn (1994) กล่าวว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและครอบครัวคือ ชีวิตความเป็นอยู่ และการเงิน

ด้านขวัญและกำลังใจ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว อาจจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลง และมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson et.al. (1996) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะเคืองคว้าง (hovering) สับสน เครียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร

ด้านสุขภาพทางกาย สมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทุ่มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ และการรับประทานอาหาร (Halm et.al, 1993) ครอบครัวอาจจะมีเหนื่อยล้า ซึ่ง Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้ร่างกายของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Meisel, 1991)

จากผลกระทบดังกล่าวถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หรือปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมาเยี่ยม

ผู้ป่วยในระยะวิกฤต (Prevost, 1997) รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เกิดความสับสนและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง ไม่ได้ยินคำพูดหรือคำอธิบาย ไม่เข้าใจความหมายของคำพูด (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) หงุดหงิด โกรธง่าย นั่งหน้านิ้วคิ้วขมวด จ้องดูนาฬิกาบ่อย ๆ เดินไปเดินมา สับสนหรือจัด การถามคำถามซ้ำ ๆ กับเจ้าหน้าที่ สมาชิกครอบครัวหลาย ๆ คนปฏิเสธยอมรับความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ร้องไห้ และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว (คณินิต บุรีเทศน์, 2540) Halm et al. (1993) ได้รายงานเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ มีการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือใช้ยาที่มีสารเสพติดได้ นอกจากนี้ การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทำให้การเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ (Prevost, 1997) ดังเช่น การศึกษาของ Bedsworth and Molen (1982) พบว่า ถ้าญาติวิตกกังวลมากจะใช้วิธีการหาแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ต่อต้านกับความเครียดนั้น อาจจะใช้วิธีการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ถ้าญาติมีความรู้สึกกลัว มักจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์นั้น หรือหากมีความรู้สึกโกรธ ก็จะมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว ซึ่งอาจกระทำต่อตนเอง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในภาวะวิกฤตและขณะอยู่ในภาวะการฟื้นฟูสภาพ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) คือ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยช้าลง หรือไม่ดีเท่าที่ควร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2530; Gaglione, 1984) ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระมากขึ้นเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ และกระทบต่อความมั่นคงของชาติได้ และจากการศึกษาของ Tracy, Fowler and Magarelli (1999) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวล จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ (รัตนา อยู่เปล่า, 2543)

การให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักนั้นสามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักปรับตัวกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลเท่านั้น (พิกุล ดันดิธรรม, 2533; นาฎยา เอื้องไพโรจน์ 2535; มารยาท วัชรเกียรติ, 2536; คณินิต บุรีเทศน์, 2540; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) แต่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะ

วิกฤตเพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวทั้งในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และสุขภาพทางกายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระบบครอบครัว

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## คำถามการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตสามารถปรับตัวได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตสามารถปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหนัก เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีเหตุการณ์วิกฤต คือ การเจ็บป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคลในการประเมินสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคม และจากสิ่งที่เกิดขึ้น โดยผลลัพธ์ของการปรับตัวจะแสดงออกเป็น 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และสุขภาพทางกาย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเผชิญความเครียดและการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) ที่ประกอบด้วยแนวคิดหลัก ได้แก่ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (event of stressor) การประเมิน (appraisal) การเผชิญความเครียด (coping) และการปรับตัว (adaptation) โดยเริ่มจากการมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) โดยการพิจารณาว่าเกิดอะไรขึ้น มีความสำคัญและรุนแรงต่อความผาสุกของตนเองอย่างไร และประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยทำมาแล้วเพื่อหาวิธีที่ได้ผลในการจัดการกับความเครียด และมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) เมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากการประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้ทำไปแล้ว จากนั้นจึงเกิดเป็นการเผชิญความเครียด (Coping) ที่มี 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotion-focused coping) ซึ่งโดยปกติบุคคลจะ使用方法ทั้ง 2 วิธีผสมผสานกันในสัดส่วนที่ไม่เท่ากันตามแต่สถานการณ์ โดยมีแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียดคือ สุขภาพและพลังงาน (health and energy) ความเชื่อด้านบวก (positive beliefs) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) ทักษะทางสังคม (social skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และทรัพยากรวัตถุ (material resources) จากนั้นจึงเกิดเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวจะแสดงออกได้ 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ขวัญและกำลังใจ (morale) และสุขภาพทางกาย (somatic health)

โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในด้านแหล่งประโยชน์ของครอบครัว และการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์และสามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพโดยโปรแกรมการพยาบาลประกอบด้วย

1. การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม (Education-Orientation) เป็นกิจกรรมการพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้านการรับรู้ของครอบครัว ส่งเสริมให้ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก่อนที่จะเยี่ยมผู้ป่วย ตามแนวคิดการให้ข้อมูล (Preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยมของ Chavez and Faber (1987) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (procedure information) ในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ



ในหออภิบาลผู้ป่วย 2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (sensation information) ได้แก่ การบอก และอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว กังวล เป็นห่วง ความรู้สึกผิด หมดหนทาง ไร้คุณค่า และเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ถึงสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริง และสามารถคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้ล่วงหน้า จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535; Chavez and Faber, 1987; Leske, 1996)

2. การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวด้านการรับรู้ของครอบครัว ส่งเสริมให้ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤต และแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และแนวคิดของ Hickey (1996) ซึ่งประกอบด้วย 1) การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) โดยการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม (Flexible Visiting) จัดให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยได้ตามต้องการ อนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าไปดู / เยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ และได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็น โดยไม่รบกวนการทำงานของแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยได้นานขึ้น 2) การได้รับความมั่นใจ (Assurance) คือ การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล คือ การแนะนำแพทย์/พยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้จัก ให้คำยืนยันแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด 3) การได้รับความสุขสบาย (Comfort) คือ กิจกรรมพยาบาลที่จัดให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกสบาย โดยการจัดให้มีสถานที่หรือเยี่ยมที่หน้าหอผู้ป่วยวิกฤต จัดให้มีความสะอาด ไม่แออัด แนะนำการสอบถามข้อมูลและอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับหอผู้ป่วยหนัก การแนะนำสถานที่จัดจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล สหกรณ์ร้านค้า ห้องน้ำที่อยู่ใกล้หอผู้ป่วย สถานที่พักสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด เพื่อความสะดวกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 4) การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) คือ กิจกรรมการพยาบาลที่เปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เพื่อลดความอึดอัดหรือความรู้สึกไม่สบายใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดเวลาในการพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา สนับสนุนให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ ให้ความเข้าใจและปลอบใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย สอบถามถึงกลไกในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยและช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการค้นหาทางแก้ปัญหา

และ 5) การให้แหล่งประโยชน์ (providing resources) คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับสมาชิกในครอบครัว โดยการให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ การรวบรวมและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยมี หรือสามารถหาได้จากหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือ องค์กรอื่น ๆ ในชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เพื่อช่วยสนับสนุนด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมด้านการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและนำไปสู่การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไป (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540; Halm, 1990; Leske, 1996) สำหรับการให้แหล่งประโยชน์จะช่วยส่งเสริมในด้านปัจจัยแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถรวบรวมและหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้มากขึ้น และเพียงพอเพื่อใช้ในการเผชิญความเครียด ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวได้ (มารยาท วิชาเกียรติ, 2536; Halm, 1990)

3. การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม (Bedside Support) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยมตามแนวคิดของ Daly (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Hodovanic et al. (1984) ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และการให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ความรู้สึกตึงเครียดหรือความกดดันของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลดลง ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง และทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไป ทำให้มีการปรับตัวได้อย่างได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540; รัตนา อัญเปลา, 2543; Halm, 1990; Nicholson et.al, 1993)

จากกิจกรรมที่จัดกระทำให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมดของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตจะช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการรับรู้จากสถานการณ์วิกฤตที่ถูกต้องและเป็นจริง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวสามารถรวบรวมและหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้มากขึ้นและเพียงพอเพื่อใช้ในการเผชิญความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพทั้งด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และสุขภาพกาย

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้คือ

1. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต
2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย
2. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต และตัวแปรตาม คือ การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย
  - 1.1 การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม (Education-Orientation) เป็นกิจกรรมการพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนที่จะเยี่ยมผู้ป่วย ตามแนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูล (Preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Chavez and Faber (1987) โดยการสอนเป็นรายบุคคล ในบริเวณสถานที่ที่จัดไว้ให้ ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที ประกอบด้วย การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) ในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฏระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต และการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensation information) ได้แก่ การบอก และอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า ที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว กังวล เป็นห่วง ความรู้สึกผิด หมดหนทาง ไร้คุณค่า

1.2 การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และ Hickey (1996) โดยให้การพยาบาลเป็นรายบุคคลทุกครั้งที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในระยะวิกฤต ใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที ประกอบด้วย

1.2.1 การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) โดยการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม (Flexible Visiting) จัดให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยได้ตามต้องการ อนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าไปดู / เยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ และได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็น โดยไม่รบกวนการทำงานของแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยได้นานขึ้น

1.2.2 การได้รับความมั่นใจ (Assurance) คือ การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล คือ การแนะนำแพทย์/พยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้จัก ให้คำยืนยันแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

1.2.3 การได้รับความสุขสบาย (Comfort) คือ กิจกรรมพยาบาลที่จัดให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกสบาย โดยการจัดให้มีสถานที่รอเยี่ยมที่หน้าหออภิบาลผู้ป่วย จัดให้มีความสะดวก ไม่แออัด แนะนำการสอบถามข้อมูลและอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับหออภิบาลผู้ป่วย การแนะนำสถานที่จัดจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล สหกรณ์ร้านค้า ห้องน้ำที่อยู่ใกล้หอผู้ป่วย สถานที่พักสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด เพื่อความสะดวกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

1.2.4 การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) คือ กิจกรรมการพยาบาลที่เปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เพื่อลดความอึดอัดหรือไม่สบายใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดเวลาในการพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา สนับสนุนให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ ให้ความเข้าใจและปลอบใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย สอบถามถึงกลไกในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยและช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการค้นหาทางแก้ปัญหา

1.2.5 การให้แหล่งประโยชน์ (Providing resources) คือ กิจกรรมการพยาบาล โดย การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ การรวบรวมและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยมีหรือสามารถหาได้จากหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือ องค์กรอื่น ๆ ในชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้

สมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เพื่อช่วยสนับสนุนด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

1.3 การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม (Bedside Support) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยม ตามแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และการศึกษาของ Hodovanic et al.(1984) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย (Participate) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และการพูดคุยให้กำลังใจ โดยอธิบายและสาธิตการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยวันแรกและให้สมาชิกในครอบครัวลงมือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

**2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย** หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด คือ บิดา มารดา พี่น้องและบุตรของผู้ป่วย หรือมีความสัมพันธ์โดยเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด

**3. การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว** หมายถึง การแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผลมาจากกระบวนการคิดอย่างต่อเนื่องของสมาชิกในครอบครัว ในการประเมิน การวางแผน หรือหาทางเลือกโดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว โดยแบ่งเป็นผลลัพธ์ 3 ด้านคือ

3.1 การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ดำรงไว้ซึ่งบทบาทด้านอาชีพการงาน สัมพันธภาพทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมตามความพึงพอใจและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังจากที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

3.2 ขวัญและกำลังใจ หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบของสมาชิกในครอบครัว ที่เกิดเนื่องจากการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ และความผาสุก หลังจากที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

3.3 สุขภาพทางกาย หมายถึง การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาหรือด้านร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย

ประเมินโดยแบบสอบถามการปรับตัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984)

**4. การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใหม่ในหออภิบาลผู้ป่วยในช่วง 3 วันแรก (72 ชั่วโมง) ของการเข้ารับการรักษา ที่กระทำโดยพยาบาลประจำการของหออภิบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย โดยการบอกให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรับทราบว่า ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเป็นอย่างไร และแผนการรักษาของแพทย์มีอะไรบ้าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของหออภิบาลผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนรองเท้าเมื่อเข้าเยี่ยม ห้ามพูดคุยโทรศัพท์มือถือเมื่อเข้าเยี่ยม เป็นต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ ช่วงเช้า เวลา 07.00 – 08.00 น. ช่วงบ่าย เวลา 14.00 – 15.00 น. และช่วงเย็นเวลา 19.00 – 20.00 น. และการกำหนดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละ 1 ชั่วโมง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ สบู่เหลว แปรงหวีผม โลชั่น และกระดาษทิชชู และการตอบคำถามหรือข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นไปตามทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคล

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าทำวิจัย เกี่ยวกับการพัฒนาการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

## บทที่ 2

### เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
  - 1.1 ความหมายของครอบครัว
  - 1.2 ประเภทของครอบครัว
  - 1.3 หน้าที่ของครอบครัว
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัว
  - 2.1 ความหมายของภาวะวิกฤต
  - 2.2 ระยะของภาวะวิกฤต
  - 2.3 ชนิดของภาวะวิกฤต
  - 2.4 การตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤต
  - 2.5 ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว
  - 3.1 ความหมายของการปรับตัว
  - 3.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการปรับตัว
  - 3.3 ทฤษฎีการเผชิญความเครียด
  - 3.4 พยาธิสรีรภาพที่เป็นผลจากความเครียด
  - 3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของครอบครัว
  - 3.6 การประเมินการปรับตัว
  - 3.7 การปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
4. การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
  - 4.1 บทบาทของพยาบาลต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
  - 4.2 โปรแกรมการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวระยะวิกฤต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1.แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่น ๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนถึงตาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) สมาชิกของครอบครัวนอกจากผูกพันกันโดยความรักใคร่แล้วยังมีความซื่อสัตย์ การดูแลซึ่งกันและกัน การไว้วางใจกัน และมีความสามารถที่จะปรับโครงสร้างพื้นฐานของครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนของครอบครัว (Hickey, 1996) ครอบครัวจัดเป็นสถาบันสังคมที่มีผลอย่างมากต่อสมาชิกของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายถึงความล้มเหลว หรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Friedman, 1986 : 3)

### 1.1 ความหมายของครอบครัว

มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายคนดังนี้

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

- 1) ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่รวมกันด้วยความผูกพัน และมีความเกี่ยวพันกันโดยการสมรส สายโลหิต หรือการยอมรับตามกฎหมาย
- 2) สมาชิกของครอบครัวจะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน
- 3) สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัวในสังคม เช่น บทบาทสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร และมีหน้าที่รับผิดชอบต่อกันตามสถานภาพของตนในครอบครัว
- 4) ครอบครัวจะมีการเปลี่ยนวัฒนธรรมที่ได้รับจากสังคม มาอยู่ในรูปแบบลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ได้ให้คำนิยามของครอบครัว (วันเพ็ญ ปันธราช, 2532) ในเชิงสาขาวิทยาการว่า

- 1) ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต
- 2) ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน แม้ว่าจะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน



3) ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยไม่จำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

4) ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวมีกฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

รุจา ฎุโพบูลย์ (2541) กล่าวว่า ครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

- 1) ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป
- 2) สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทาง สายโลหิต หรือทางกฎหมาย
- 3) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ
- 4) สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

นิภาพร ภรณ์ดวงศ์ (2547) ได้ให้ความหมายของครอบครัว คือ สถาบันที่เป็นรากฐานของความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันของบุคคลในสังคม อันประกอบด้วย ความรัก ความผูกพัน เอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันที่สามารถให้กำเนิดและสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้เจริญเติบโต มีพัฒนาการ รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันตามสถานภาพของแต่ละบุคคล

ความหมายของครอบครัวส่วนใหญ่จะมีผู้ให้ความหมายคล้ายคลึงกัน คือหมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส การสืบเชื้อสายโลหิตหรือการยอมรับตามกฎหมาย โดยทั่วไปมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน ใช้ทรัพย์สินซึ่งหามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน รักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นใกล้ชิดและมั่นคง มีบทบาทตามที่สังคมให้ความหมายและมีหน้าที่ตามบทบาทนั้น ๆ

## 1.2 ประเภทของครอบครัว

ครอบครัวอาจถูกจำแนกตามลักษณะของโครงสร้างของครอบครัว ตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสายโลหิตได้ดังนี้ (รุจา ฎุโพบูลย์, 2541)

### 1.2.1 จำแนกตามโครงสร้างของครอบครัว โดยพิจารณาประเภทของสมาชิก ได้แก่

1.2.1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร ซึ่งในกรณีที่มีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygramy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรณานั้นพร้อมบุตร

1.2.1.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัว รวมญาติทั้งด้านสามีหรือภรรยา ที่ร่วมอยู่ในครอบครัวด้วย

1.2.2 จำแนกตามที่อยู่อาศัยของคู่สมรส ได้แก่

1.2.2.1 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายชาย (Patrilocal family)

1.2.2.2 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายหญิง (Matrilocal family)

1.2.2.3 ครอบครัวที่คู่สมรสใหม่แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก (Neolocal family)

1.2.3 จำแนกตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ได้แก่

1.2.3.1 ครอบครัวที่บิดาหรือสามีเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชนชาวจีน (Patrilocal family)

1.2.3.2 ครอบครัวที่มารดาหรือภรรยาเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชาวเอสกิโมบางเผ่า (Matrilocal family)

### 1.3 หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการที่บุคคลมารวมกลุ่มอยู่รวมกันเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน มีบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อการดำรงอยู่ร่วมกันของครอบครัวอย่างปกติสุข และเกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว

ทวิชร์ม ธนาคม (2524 อ้างใน อุไรพร พงศ์พัฒนานวุฒิ, 2532) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัว มี 7 ประการ คือ

1) การดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว โดยการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางชีวภาพและทางอารมณ์ โดยการจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้เพียงพอตามสถานภาพของบุคคลและการให้ความรักความสนใจเอาใจใส่ต่อความต้องการทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งหาทางตอบสนองตามสมควร

2) การสั่งสอน อบรม และให้การศึกษาแก่สมาชิกผู้เยาว์ โดยการให้คำแนะนำสั่งสอนแก่สมาชิกให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบของตนให้รู้จักระเบียบปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับในครอบครัว สนับสนุนในการพัฒนาและช่วยเหลือในการเรียนรู้และฝึกทักษะ ซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

3) การสืบเชื้อสาย คือ หน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่ โดยการแต่งงาน มีบุตร หลาน หรือการรับบุตรบุญธรรม เพื่อให้มีการสืบเชื้อสายอย่างต่อเนื่องและในขณะเดียวกัน ครอบครัวจะต้องเลี้ยงดูบุตร หรือสมาชิกใหม่นั้นให้มีคุณภาพ เพื่อทำประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคมสืบไป

4) การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจด้วยการประกอบอาชีพ และหารายได้ด้วยวิธีการสุจริตใช้จ่ายทรัพย์สินที่หามาได้ด้วยความประหยัด เก็บออมทรัพย์สินที่มีอยู่ให้ครอบครัวมีฐานะเศรษฐกิจเป็นปึกแผ่นมั่นคงและมีใช้เมื่อคราวจำเป็น

5) การสร้างสถานภาพทางสังคมให้แก่สมาชิก โดยการนำสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสู่สังคมที่ครอบครัวนั้นสมาคมอยู่ พร้อมทั้งให้แรงเสริม ให้กำลังใจ ฝึกฝนอบรมสมาชิกของครอบครัวให้มีความกระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะของตนให้สูงขึ้น สนับสนุนสมาชิกของตนให้มีเกียรติเป็นที่ยอมรับในสังคม

6) การควบคุมทางสังคม ได้แก่ การดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ ให้การยกย่องชมเชยเมื่อสมาชิกปฏิบัติได้ถูกต้อง และช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการลงโทษตามสมควร

7) หน้าที่ทางศาสนา ครอบครัวจะต้องชักจูงให้สมาชิกยึดมั่นทางศาสนาเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต บิดามารดาจะต้องนับถือศาสนาทั้งกาย วาจาและใจ และถือปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาให้บุตรหลานเห็นเป็นตัวอย่าง

Manor (1985 อ้างใน นิภาพร ภารัตน์วงศ์, 2547) กล่าวถึง การศึกษาระบบครอบครัว ควรคำนึงถึงโครงสร้างและหน้าที่เบื้องต้นของครอบครัวที่สำคัญ คือ การส่งเสริมพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับหน้าที่ต่อไปนี้

1) หน้าที่พื้นฐาน เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว เช่น อาหาร ที่อยู่ อาศัยที่เหมาะสมกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม เซอร์ปัญญาและบุคลิกภาพ

2) หน้าที่ในกระบวนการพัฒนา สมาชิกครอบครัวสามารถมีพัฒนาการผ่านขั้นตอนของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) หน้าที่ในการแก้ปัญหาวิกฤต มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาการขาดรายได้ การเจ็บป่วยหรือการตายอย่างกะทันหันของหัวหน้าครอบครัว

หน้าที่เหล่านี้เป็นหน้าที่หลักที่ครอบครัวทุกครอบครัวพึงปฏิบัติและมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัว

ความเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง (สมพันธ์ หิญาธิระนันท์, 2541) เป็นอันตรายหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และอาจทำให้เกิดผลกระทบแก่บุคคลที่เผชิญกับภาวะวิกฤตนั้น ความเจ็บป่วยวิกฤตไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วยด้วย (Roberts, 1986; Baker and Nieswiadomy, 1988) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

### 2.1 ความหมายของภาวะวิกฤต

มีผู้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตไว้ดังนี้

Aquilara and Messick (1982) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตอาจ หมายถึง “ภาวะอันตราย” และอาจหมายถึง “โอกาส” เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญในชีวิต โดยจะเห็นได้ว่าในภาษาจีนคำว่าวิกฤตใช้อักษรตัวเดียวกันกับตัวอักษรที่แปลว่าอันตรายหรือโอกาสก็ได้

Caplan (1964 cited in Hickey, 1996) ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่า เป็นสิ่งที่ไม่คาดคิด เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับอุปสรรคที่คุกคามต่อเป้าหมายชีวิต และไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้ โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา นอกจากนี้ภาวะวิกฤตยังเป็นผลของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสภาพแวดล้อม 3 อย่างคือ เหตุการณ์อันตรายซึ่งคุกคามบุคคลหรือครอบครัว เหตุการณ์อันตรายที่บุคคลหรือครอบครัวรับรู้ว่าย้ายกับเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดการขัดแย้ง และกลไกการเผชิญปัญหาปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับภาวะคุกคามนี้

นิภาพร ภรณ์วงศ์ (2547) กล่าวว่า ภาวะวิกฤต คือ สถานการณ์ใด ๆ ก็ตามที่ก่อความยุ่งยากทำให้เกิดอันตรายคุกคาม เปลี่ยนแปลงและทำลายภาวะสมดุลได้ทั้งทางร่างกาย และจิตใจของบุคคล หรือแม้กระทั่งกลุ่มคนในสังคม รวมทั้งสถานการณ์นั้น ๆ ทำให้บุคคลต้องสูญเสียศักยภาพในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม บทบาท หน้าที่ และวิจรรณญาณอันพึงมีในบุคคลหรือกลุ่มคนในสังคมนั้น ๆ โดยสาเหตุที่เกิดขึ้นอาจเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นทันทีทันใด หรือเป็นสาเหตุที่สะสมต่อเนื่องมายาวนาน

จากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ภาวะวิกฤต หมายถึง สถานการณ์ใด ๆ ที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิด ก่อความยุ่งยากทำให้เกิดอันตราย และทำลายภาวะสมดุลของบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของตน

## 2.2 ระยะของภาวะวิกฤต

Caplan (1964 cited in Hickey, 1996) ได้แบ่งระยะของภาวะวิกฤตออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ความกดดันเกิดขึ้น แต่บุคคลสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหา แก้ไขได้จนเป็นปกติ ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่แรงกดดันมากขึ้น จนบุคคลพยายามใช้กลไกในการเผชิญปัญหา ตามปกติ แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้มีความรู้สึกเครียดเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีแรงกดดันเพิ่มมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว รุนแรง ไม่สามารถใช้การเผชิญปัญหาตามปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป เป็นระยะที่ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางแก้ปัญหาให้แตกต่างไปจากเดิม ให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น

## 2.3 ชนิดของภาวะวิกฤต

เหตุการณ์ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในช่วงชีวิตและสามารถเป็นภาวะวิกฤตได้ แบ่ง ออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ และภาวะวิกฤตจาก สถานการณ์ (Hickey, 1996)

2.3.1 ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ (Maturational crisis) ภาวะวิกฤต อาจเกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของพัฒนาการชีวิตของบุคคลและครอบครัว เนื่องจากบุคคลและ ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะ ตามระยะของการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้ง ร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ระยะที่เข้าโรงเรียนใหม่ ๆ ระยะเริ่มหนุ่มสาว เริ่มงานใหม่ แต่งงาน มีบุตรคนแรก เป็นต้น ซึ่งการที่บุคคลหรือครอบครัวที่กำลังอยู่ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้

2.3.2 ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจาก เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า โดยแบ่งสาเหตุของภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ได้เป็น 3 ประเภทคือ

2.3.2.1 เกิดจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็น โรคมะเร็ง การได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานหรืออุบัติเหตุรถยนต์ การเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือเจ็บป่วย ขั้นวิกฤต (Critical illness) เป็นต้น

2.3.2.2 เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น เกิดอุบัติเหตุ อุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย เป็นต้น

2.3.2.3 เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม เช่น การตายของคู่สมรส การหย่าร้าง การล้มละลาย เป็นต้น

## 2.4 การตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤต

Aquilara and Messick (1982) และ Leavitt (1982 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ได้แบ่งระยะการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะคือ

1.ระยะช็อค หรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อค มีความรู้สึกไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง

2.ระยะถอยหนีหรือระยะสับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง ทั้งมีความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้งและอาจมีความรู้สึกเศร้าซึม สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดงความรู้สึกโศกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3.ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4.ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลและครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สามารถควบคุมสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

และจากการศึกษา การเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว โดย Burgess and Balwin (1981 : 23 อ้างใน นิภาพร ภารัตนวงษ์, 2547) ได้แบ่งระยะการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เริ่มมีสิ่งคุกคามที่เป็นอันตราย เกิดมีผลต่อภาวะทางจิตใจอารมณ์ของผู้ได้รับอันตราย เป็นระยะที่บ่งชี้ว่าเริ่มมีความผิดปกติ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เริ่มเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์แล้ว เนื่องจากปัญหาที่เกิดมีความรุนแรง

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีการแก้ไขปัญหาที่เกิด ในกรณีที่แก้ไขได้อย่างเหมาะสมก็จะผ่านพ้นปัญหาไม่ได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขไม่เหมาะสมจะไม่สามารถหลุดพ้นจากภาวะวิกฤตได้

ระยะที่ 4 เป็นระยะภายหลังจากวิกฤต เมื่อบุคคลพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการปรับตัวเข้ากับสภาวะการณ์ภายหลังภาวะวิกฤต เช่น บางคนอาจมีภาวะพิการทางร่างกายหลังอุบัติเหตุ เป็นต้น

## 2.5 ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวด้วย (Baker, Nieswiadomy, 1988) ซึ่งตรงกับ Friedman (1986) ที่กล่าวว่า ถ้าสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวมีปัญหาสุขภาพจะนำไปสู่การเกิดโรคหรือปัจจัยเสี่ยงแก่สมาชิกครอบครัวคนอื่นด้วย เนื่องจากสมาชิกครอบครัวต่างมีความผูกพันซึ่งกันและกัน เมื่อคนหนึ่งเจ็บป่วยสมาชิกคนอื่นก็เกิดความเครียดเพราะคิดถึงความตายที่อาจเกิดแก่บุคคลที่ตนรัก (Williams, 1974 อ้างใน อุไรพร พงศ์พัฒนามูมิ, 2532) โดยผลกระทบดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนหน้าที่และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Craven and Sharp, 1972) การทำหน้าที่พื้นฐาน การสนับสนุนในความต้องการมีชีวิตอยู่ของสมาชิกครอบครัว (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ครอบครัวจะมีปฏิกิริยาหยุดนิ่งมีอาการช็อค ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือไม่เชื่อ ครอบครัวมักจะมีรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยตามมาด้วย รู้สึกผิดและโกรธเคืองต่อผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว (Hickey, 1996) เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย วิตกกังวล ซึ่งในภาวะนี้ ครอบครัวผู้ป่วยจะไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในภาวะวิกฤตและขณะอยู่ในภาวะการฟื้นฟูสภาพ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) คือ การฟื้นฟูของผู้ป่วยช้าลง หรือไม่ดีเท่าที่ควร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2530; Gaglione, 1984) ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ และกระทบต่อความมั่นคงของชาติได้ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย สมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทูมเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีอาการเป็นลม คลื่นไส้ ท้องเสีย (Epperson, 1977 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร (Halm et.al, 1993) ครอบครัวอาจจะมีเหนื่อยล้า ซึ่ง Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤต

ต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้ร่างกายของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมิพานิช, 2535 ; Gilliss et.al.,1988 ; Meisel,1991)

2.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว อาจจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมิพานิช, 2535 ; Gilliss et.al., 1988 ; Halm,1990 ; Meisel,1991) ความผาสุกในชีวิตลดลง และเกิดความเครียดสูงหรือมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson et.al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะเคืองคว้าง (hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึกคือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่ยังไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร

2.5.3 ผลกระทบด้านสังคม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Craven and Sharp,1972; Griogo,1993) ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว(Hickey.1996) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วณิชากิชาติ,2540 ; Bailey,1989 ; Eberly et.al,1985) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมิพานิช,2535 ; Gilliss et.al, 1988 ; Halm,1990 ; Meisel,1991) จากการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง (56%) มีการเปลี่ยนแปลงของแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อน การสวดมนต์อธิษฐานขอพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วยและการขับรถเพื่อเดินทางมากขึ้น และใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปโบสถ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง และจากการศึกษาของ Titler, Cohen, and Craft (1991) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงผลกระทบของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพและกิจวัตรประจำวันภายในครอบครัว และค้ำข้องใจจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว

2.5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง และมีการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดทำงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาด้านการเงิน ซึ่งตรงกับ Covinsky, Desbiens and Lynn (1994) กล่าวว่า ผลกระทบของความ



เจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและครอบครัวคือ ชีวิตความเป็นอยู่และการเงิน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดของสมาชิกในครอบครัว (Bernstein, 1990) และจากการศึกษาของรุ่งรัตน์ วนิชากิชาติ (2540) ที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประเมินตัดสินว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียดและก่อให้เกิดความวิตกกังวลและการศึกษาของ Eberly et.al. (1985) ที่ศึกษามารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้

จากการศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยนั้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งถ้าครอบครัวไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หรือปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถรับรู้ เคารพและแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้ และอาจมีภาวะการเจ็บป่วยทางกายตามมา นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ การพินัยของผู้ป่วยช้าลง หรือไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น พยาบาลควรจะเข้าใจและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวให้มีการปรับตัวในทางที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

การปรับตัวของสิ่งมีชีวิตโดยทั่วไป เป็นกระบวนการธรรมชาติที่ดำเนินไปโดยไม่รู้ตัว เช่น การปรับตัวต่อสภาพดินฟ้าอากาศ อาหาร ความแออัด แต่สำหรับมนุษย์จะมีการปรับตัวที่รู้ตัวและควบคุมได้จนถึงขั้นวางแผนที่จะปรับตัวล่วงหน้าได้ ในการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัว เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางร่างกาย จิตใจและสังคม จะมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งคนเสมอ ไม่มีสิ่งไรใดที่กระตุ้นเฉพาะองค์ประกอบทางกาย ทางจิตใจ หรือทางสังคมของบุคคลเพียงด้านเดียวได้ แต่จะดำเนินไปโดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (ลออ หุตางกูร, 2534)

#### 3.1 ความหมายของการปรับตัว

ได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายลักษณะดังนี้

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำ

ให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคม และจากสิ่งที่เกิดขึ้น

Selye (1976 cited in Lazarus and Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงการปรับตัวว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากกลไกทางด้านสรีรวิทยาในการป้องกันตนเองจากการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากเกินไป ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี หรือก่อให้เกิดโรคได้หากการปรับตัวนั้นไม่อยู่ในภาวะสมดุล

Mishel (1988:231) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง พฤติกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นผลมาจากการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นภาวะที่อันตรายหรือโอกาส ส่งผลให้เกิดการปรับตัวสภาวะปกติหรือคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลที่ประกอบด้วย การปรับตัวทางด้านจิตสังคม คุณภาพชีวิต หรือภาวะสุขภาพ ซึ่งได้แนวคิดมาจากทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984)

Roy and Andrews (1999 : 30) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยความคิดและความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มคน จากการใช้การตระหนักรู้และการเลือกที่จะสร้างสรรค์ การบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อคงสภาพสมดุลของบุคคล ซึ่งการปรับตัวตามแนวคิดของรอยน์ ประกอบด้วย การปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

ลอบ หุตางกูร (2534) ให้ความหมายของการปรับตัว หมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตต่อสิ่งเร้าที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร้องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุกคามคุณภาพ หรือก่อให้เกิดความเครียดแก่ระบบ

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การปรับตัว หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการคิดในการประเมินสถานการณ์ หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ใช้พฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา และทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่จากบุคคลเอง และจากสังคมรอบข้าง เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแสดงออกมาเป็นความรู้สึกหรือพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล

### 3.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการปรับตัว

การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดัน นักจิตวิทยาเรียกว่าความต้องการจำเป็น (need) ความต้องการเหล่านี้จะทำให้มนุษย์ต้องมีปฏิกิริยาตอบโต้ในการมี

ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งคนเสมอทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม กระบวนการปรับหรือเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 มิตินั้น ดำเนินไปโดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัวมี 2 ประการ (นิภา นิรายน, 2530)

1) แรงผลักดันภายนอก หรือข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อม และแรงผลักดันที่เป็นข้อเรียกร้องของสังคมหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน

2) แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อน นอนหลับที่เพียงพอ อีกประการหนึ่งคือ จากประสบการณ์ทางสังคมที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้ในอดีต หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาเรียกอีกนัยหนึ่งว่า “เหตุจูงใจทางสังคม” ได้แก่ ความต้องการจะมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ และการเป็นที่ยกย่องนับถือ

Aquilara and Messick (1982) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีส่วนช่วยให้คนเราสามารถปรับตัวได้คือ

1) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ ถ้าหากบุคคลรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตามความเป็นจริง การแก้ปัญหาจะกระทำได้ตรงจุด แต่ถ้าการรับรู้เหตุการณ์ผิดทำให้เข้าใจปัญหาผิดไป การแก้ไขก็ย่อมไม่ประสบความสำเร็จ

2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ถ้าบุคคลมีแหล่งประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นบุคคล สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ช่วยสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาทำให้ปรับตัวได้ดี

3) การใช้กลไกการปรับตัว เป็นการที่บุคคลเรียนรู้วิธีการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหา จากประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน และมีการสะสมประสบการณ์ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนได้ดีขึ้นเมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น

### 3.3 ทฤษฎีการเผชิญความเครียด

ในภาวะที่บุคคลถูกคุกคามจากสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ ย่อมกระทบกระเทือนต่อสภาวะสมดุลของบุคคลนั้น ทำให้บุคคลมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหา เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุลมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่างๆ (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ซึ่งทฤษฎีการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นทฤษฎีที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้หรือประเมินว่ามีผลกระทบต่อตนเอง เพราะประเมินว่า

ตนเองมีทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอที่จะจัดการหรือเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแนวคิดหลักคือ การประเมินตัดสินใจ (Cognitive appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping process)

ก. การประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ โดยการประเมินสองลักษณะคือ

1) การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ต่อสวัสดิภาพของตนว่าอยู่ในลักษณะใด ซึ่งบุคคลจะประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์นั้นออกมาใน 3 ลักษณะ คือ

1.1) ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือ ประเมินว่าไม่มีผลกระทบ หรือไม่มีอันตรายต่อตนเอง

1.2) มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign positive) เมื่อประเมินเช่นนี้ บุคคลจะมีอารมณ์สดชื่น เป็นสุข พึงพอใจ ในลักษณะตรงข้าม บางคนอาจมีอาการวิตกกังวล รู้สึกผิด เนื่องจากคิดว่าเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นไม่ถาวร หรืออาจเป็นสิ่งที่คุกคามในอนาคต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสถานการณ์

1.3) เป็นภาวะเครียด (Stressful) ถ้าบุคคลประเมินว่าไม่มีความสำคัญหรือมีผลในทางที่ดีแก่ตนเอง บุคคลไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามหรือวิธีการปรับตัวที่ซับซ้อน แต่ถ้าประเมินว่าเป็นความเครียด บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกิดกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะคือ

1.3.1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนแล้ว โดยผลกระทบของสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ความสามารถทางด้านสังคม สูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก

1.3.2) คุกคาม (Threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า เมื่อเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย บุคคลจะประเมินต่อเนื่องจากอันตรายและการสูญเสียไปถึงเหตุการณ์หรือความยุ่งยากต่าง ๆ ที่จะตามมาในอนาคต เช่น ความผิดปกติของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง จึงประเมินว่าถูกคุกคามและแสดงอารมณ์ผิดปกติ เช่น กลัว โกรธ วิตกกังวล

1.3.3) ทำทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าสามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้มีความกระตือรือร้น ตลอดจนมีขวัญกำลังใจดีขึ้น

เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าสถานการณ์ที่มากระทบนั้นก่อให้เกิดอันตราย คุกคามหรือ ทำลาย บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด 3 ด้าน คือ (อรรุษา บัดจันทรัด, 2537) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางสังคม (Behavioral change) เกิดการเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรมทางสังคม หรือความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ทางด้านร่างกาย (Physiological change) จะมีผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบ ภูมิคุ้มกัน เป็นปฏิกิริยาที่พบได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น หัวใจเต้นเร็ว ระดับน้ำตาลใน เลือดสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับประทานอาหารและนอนหลับ และการเปลี่ยนแปลง ทางด้านจิตใจ (Psychological change) คือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล โกรธ

2) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินศักยภาพของ ตนเองและแหล่งประโยชน์ประเมินทางเลือกและวิธีการเผชิญปัญหา (Coping option) การ ประเมินในขั้นนี้มีความเกี่ยวข้องกับการประเมินขั้นปฐมภูมิ หรืออาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน และจะ มีความสัมพันธ์กันในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความเครียดและชนิดของ อารมณ์ที่แสดงออก (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

3) การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำ หรือเปลี่ยนแปลงการ ประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ อาจทำให้ความเครียดเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับ ข้อมูลที่ได้รับ

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่ ความใหม่ของเหตุการณ์ (Novelty) ความสามารถในการทำนาย (Predictability) ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (Event uncertainty) ความคลุมเครือของ เหตุการณ์ (Ambiguity) ระยะเวลาของเหตุการณ์ (Temporal factors) และ 2) ปัจจัยด้านตัว บุคคล (Personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (Commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ และมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดมาก ความเชื่อ (Belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียด จะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ท้าทายความสามารถของตน

**ข. การเผชิญความเครียด (Coping)** เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้ง ความคิด (Cognitive) และการกระทำ (Behavior) ในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่ง ประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา กระบวนการนี้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความสัมพันธ์ของ บุคคลกับสิ่งแวดล้อมและไม่มีการตัดสินว่าวิธีการใดมีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบท

(Context) บุคคลที่เผชิญกับปัญหาได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (Lazarus and Folkman, 1984)

กระบวนการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นคาบเกี่ยวกับกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมิน หรือการประเมินขั้นปฐมภูมิ โดยหลังจากที่บุคคลประเมินเหตุการณ์และดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ก็จะเลือกวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล (2537) ได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา (Coping resource) ว่าประกอบด้วย

1) สุขภาพและพลังงาน (Health and energy) โดยผู้ที่มีความผาสุกทางกายหรือมีสุขภาพดีและมีพลังงานมาก จะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่อ่อนแอ เจ็บป่วย เหนื่อยล้าหรืออื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลมีพลังงานน้อย

2) ความเชื่อด้านบวก (Positive belief) เป็นความหวังว่าจะสามารถควบคุมผลลัพธ์ของเหตุการณ์ได้ ซึ่งอาจเกิดจากอำนาจที่มีผลต่อผลลัพธ์ เช่น บุคคล หรือเป็นความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม ความสมัครใจในพระเจ้า

3) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถในการค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยมีจุดประสงค์ในการระบุปัญหาเพื่อที่จะทำให้เกิดทางเลือกของการกระทำ พิจารณาทางเลือกของการกระทำ พิจารณาทางเลือกที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวังหรือต้องการ และรวมทั้งการดำเนินการวางแผนการกระทำที่เหมาะสม

4) ทักษะทางสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในการประพุดิตัวและการสื่อสารกับบุคคลอื่นด้วยวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

5) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึงการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และ/หรือวัตถุสิ่งของจากบุคคลอื่น

6) ทรัพยากรวัตถุ (Material resources) หมายถึง เงินหรือสิ่งของและบริการที่สามารถซื้อหาได้ด้วยเงิน

เมื่อบุคคลประเมินและดึงแหล่งประโยชน์ข้างต้นมาใช้ ก็จะเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่มีอยู่ 2 ลักษณะคือ

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหา โดยมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่าสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยมุ่งแก้ที่ตนเองซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญหาเพื่อพัฒนา

และเรียนรู้วิธีการใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการ โดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confront coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมโดยตรงไปตรงมา ด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจเพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการในที่สุด

1.2) การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการกระทำอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลเลือกใช้ในการลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเองเมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ชนิด ได้แก่

2.1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ให้มีวิธีการเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนาขึ้นกว่าเดิม ซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

2.2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริงแม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุด รวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.3) การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการพึ่งตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบสถานการณ์นั้นแล้วร้ายเพียงใดเพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

2.4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้นโดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมด้านข้อมูล วัตถุ หรือด้านจิตใจ

2.5) การถอยห่างหรือการเว้นระยะ (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิด ที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

2.6) การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การเพื่อฝัน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดระยะหนึ่ง

เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมิน และกระบวนการเผชิญ ความเครียด ทำให้บุคคลมีการปรับตัว โดยมีผลลัพธ์ของการปรับตัว 3 ด้าน (Lazarus and Folkman, 1984) ได้แก่

1) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง วิธีหรือแบบในการดำรง บทบาทในสังคมตามความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะที่จำเป็นสำหรับการ ดำรงบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ความเป็นอิสระ ความไว้วางใจ ความสนิทสนมหรือความรักใคร่ผูกพัน และ คุณค่าทางวัฒนธรรม โดยการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคลส่วนใหญ่มักจะกำหนดตัดสินใจได้ด้วย ประสิทธิภาพในการประเมิน และการจัดการหรือการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ประจำวันของบุคคล

2) ขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้หรือ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ความ ผาสุกและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งอารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ที่มากระทบ โดยขวัญและกำลังใจจะประเมินได้จากอารมณ์ด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งหากบุคคลมี ความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ก็จะเกิดอารมณ์ด้านบวกได้และ ขวัญและกำลังใจจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดซึ่งแบ่งเป็น

2.1) ความผาสุกในระยะสั้น เป็นอารมณ์และความรู้สึกผาสุกชั่วคราวของ บุคคลในการเผชิญสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด โดยจะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลสามารถบรรลุ เป้าหมายและมีความพึงพอใจในการกระทำของตนเองได้อย่างไร

2.2) ขวัญและกำลังใจในระยะยาว เป็นปฏิกริยาทางอารมณ์ที่ขึ้นอยู่กับ แนวโน้มในการประเมินสถานการณ์เป็นความท้าทาย การเผชิญกับผลลัพธ์ด้านลบโดยการกระทำ ทางบวกและการจัดการกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ



3) สุขภาพทางกาย (Somatic health) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาหรือด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการเผชิญความเครียด และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย โดยแบ่งเป็น

3.1) กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) ตามแนวคิดของ Selye ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เป็นกลไกป้องกันที่เหมือนกันของบุคคลด้วยการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ในภาวะเครียด ทำให้มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและการทำงานของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความไวหรือโอกาสเสี่ยงในการเกิดความเจ็บป่วยได้

3.2) การปรับตัวที่เฉพาะ (Specific Adaptation) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อของความเฉพาะเจาะจงของสาเหตุการเกิดโรค มุ่งความสนใจที่สิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อสาเหตุการเกิดโรค โดยปัจจัยสำคัญของแนวคิดนี้ถูกค้นพบในศตวรรษที่ 19 เกี่ยวกับแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดนี้เชื่อว่าโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับข้อจำกัดหรือสภาพของบุคคล เช่น การยับยั้งการต้านทานโฮสต์ แหล่งประโยชน์ในการต้านทานพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับกระบวนการและสภาพที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบทางอารมณ์ที่แตกต่าง และการเผชิญความเครียดของบุคคลที่เฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะ เช่น อารมณ์ที่เฉพาะ ได้แก่ ความโกรธ ซึ่งเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

### 3.4 พยาธิสรีรภาพที่เป็นผลจากความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ความต้องการของบุคคล ล้วนเป็นแรงผลักดันและเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น บุคคลจึงจำเป็นต้องปรับตัวให้เหมาะสมในการเผชิญภาวะเครียด ถ้าการปรับตัวล้มเหลวก็อาจทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์และเป็นสาเหตุของโรคทางกายต่าง ๆ ได้

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ต่อมเหงื่อ และการเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะหลั่งฮอร์โมนออกมาหลายชนิด เพื่อการปรับตัวของร่างกาย ขณะที่คนเรารู้สึกเครียด การตอบสนองดังกล่าวนี้ อาจเกิดขึ้นเฉพาะกับอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือเกิดขึ้นกับระบบของร่างกายโดยทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (Ignatavicius and Bayne, 1991)

3.4.1 ระยะเวลาสัญญาณอันตรายหรือระยะเตือน (Alarm reaction stage) เป็นระยะที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้มีความพร้อมและตื่นตัวในการสร้างกลไกที่จะต่อต้านภาวะความเครียด

เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ เริ่มต้นจากภาวะเครียดทำให้ระบบประสาทส่วนกลางมีการเปลี่ยนแปลง โดยเป็นผลมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ โดยระบบประสาทส่วนกลางส่วน Limbic system จะไปกระตุ้น Hypothalamus ซึ่งจะกระตุ้นต่อยังระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system – ANS) ที่ควบคุมระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และจะส่งต่อไปยังปลายประสาทซิมพาธิก (Sympathetic) และปลายประสาทพาราซิมพาธิก (Parasympathetic) โดยที่ปลายประสาทซิมพาธิกมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย และปลายประสาทพาราซิมพาธิกที่ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานอย่างปกติเป็นการสะสมพลังงาน

การตอบสนองของภาวะเครียดโดย ระบบประสาทส่วน Hypothalamus กระตุ้นปลายประสาทซิมพาธิก ซึ่งจะกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal medulla) เพื่อที่จะหลั่งสารสื่อประสาท Norepinephrine และ Epinephrine ส่วนอีกด้าน ระบบประสาทส่วน Hypothalamus หลั่ง Corticotropin เพื่อกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotropic (ACTH) ซึ่งจะกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (adrenal cortex) ซึ่งจะทำให้หลั่ง Glucocorticoids เช่น Cortisol Corticosterone และ Cortisone และทำให้หลั่ง Mineralocorticoids เช่น aldosterone และ Deoxycorticosterone โดยผลของการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตมีดังนี้

1) อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หรือมีการบีบตัวของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองของการหลั่ง Epinephrine และจะมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นด้วย และการหลั่งของฮอร์โมน ACTH จากต่อมพิทูอิทารี ทำให้หลั่งฮอร์โมน Mineralocorticoids และต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังที่ทำให้เส้นเลือดหดตัว ซึ่งจะมีผลทำให้ความดันโลหิตและปริมาตรของเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น

2) ม้ามมีการหดตัวมากขึ้น เป็นผลมาจากการหลั่งของ Cortisol ซึ่งม้ามเป็นอวัยวะที่สำคัญต่อระบบเลือด ซึ่งถ้ามีการบาดเจ็บก็อาจจะทำให้มีการสูญเสียเลือดมากขึ้น และในภาวะที่ม้ามหดตัวมากขึ้น ก็จะทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง นอกจากนี้การหดตัวของม้าม จะเป็นสาเหตุให้เม็ดเลือดขาวเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้นทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

3) มีการหลั่งของกลูโคส ที่เกิดจากการหลั่ง Cortisol จากต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) ซึ่งการหลั่งกลูโคสจำนวนมาก ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานจากกลูโคส และจะลดการใช้พลังงานจากไขมันและโปรตีน จึงทำให้ฮอร์โมน Thyroxine หลั่งจากต่อมพิทูอิทารี มีผลทำให้เมตาบอลิซึมเพิ่มมากขึ้น

4) ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น สมอง ในภาวะที่เกิดอันตราย เพื่อช่วยให้ได้รับเลือดอย่างเพียงพอ ซึ่งทำให้อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายมีการไหลเวียน

เลือดลดลง ได้แก่ หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังน้อยลง นอกจากนี้เลือดยังไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ และระบบทางเดินปัสสาวะ น้อยลงด้วย ที่เป็นผลจาก Norepinephrine ที่ทำให้เส้นเลือดหดตัวมากขึ้น

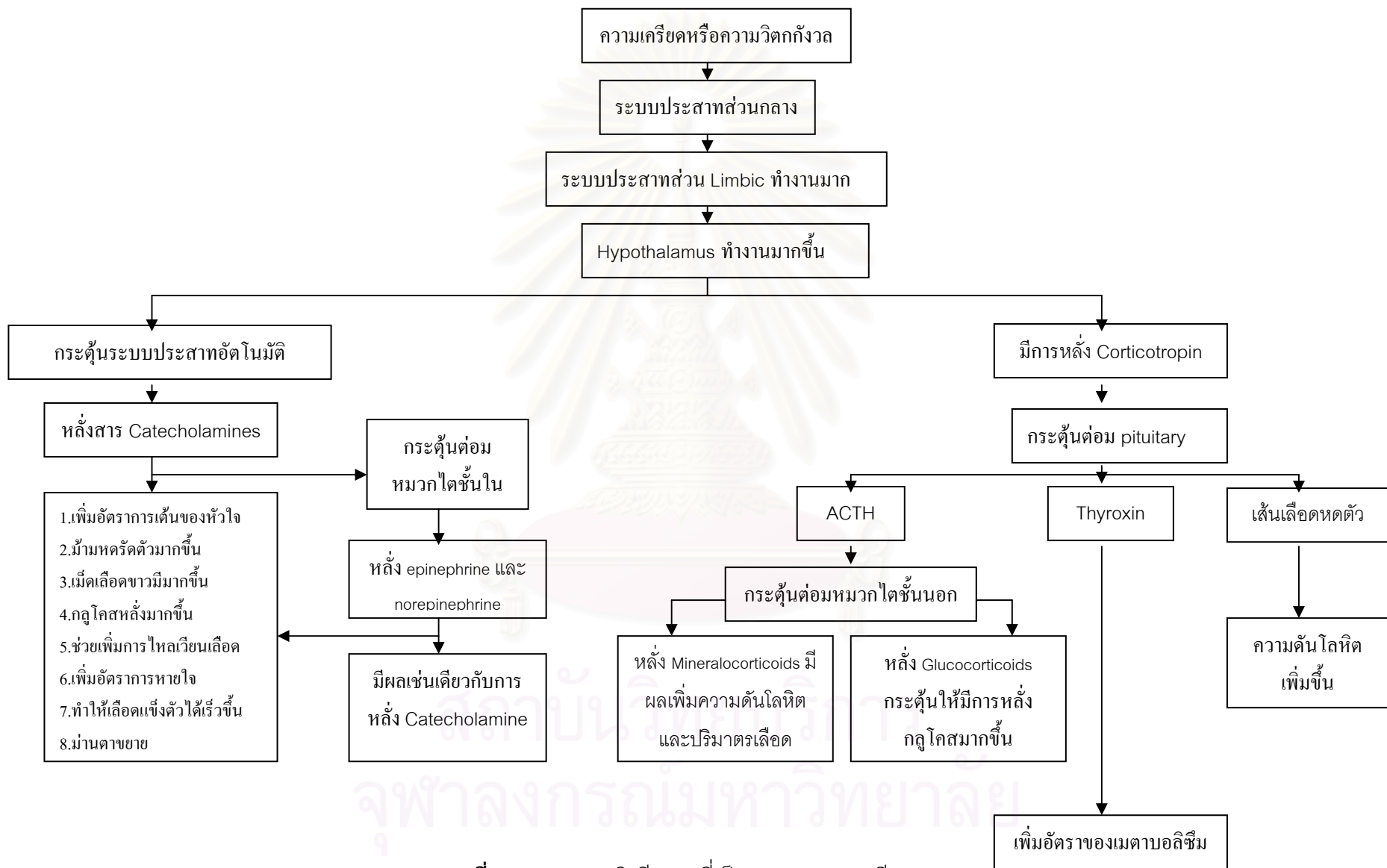
5) มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ โดยการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์เปลี่ยนแปลง ทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและการหายใจหอบลึกมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของคาร์บอนไดออกไซด์และอาจมีการขยายของหลอดลม และการหายใจที่เปลี่ยนแปลงอาจจะทำให้มีการหลั่งของ catecholamines มากขึ้น

6) ลดระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดแข็งตัวได้ดีขึ้น

7) มีการขยายของม่านตา เป็นผลมาจากการหลั่งของสาร catecholamines ซึ่งการขยายของม่านตาเป็นอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 แสดงพยาธิสรีรภาพที่เป็นผลจากความเครียด

นอกจากนี้ ภาวะเครียดยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอื่น ๆ อีกมากมาย ได้แก่

1) ปวดศีรษะ โดยทั่ว ๆ ไป ปวดศีรษะข้างเดียว (Migrain headache) เนื่องจากหลอดเลือดในสมองขยายตัว เวลาที่มีความเครียด นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการปวดต้นตอ ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวเหมือนคนทำงานหนัก เนื่องจากกล้ามเนื้อลายเกร็งตัวในขณะที่เครียด

2) หลอดเลือดที่หัวใจตีบตัน เพราะความเครียดมีผลทำให้เส้นเลือดในร่างกายบีบตัวเล็กลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง นำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหัวใจวาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความเครียดมาก ๆ และสะสมเป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างฉับพลันและทำให้เสียชีวิตทันทีได้

3) แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก โดยเฉพาะเมื่อมีความเครียดจะทำให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น ทำให้มีกรดในกระเพาะอาหารจำนวนมาก และเมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานมากขึ้น จะกัดกระเพาะและลำไส้เล็กเป็นแผล ซึ่งหากไม่มีการรักษาจะทำให้แผลนั้นกว้างและลึกมากขึ้นจนมีเลือดออกจากกระเพาะหรือลำไส้ทะลุได้ นอกจากนี้ ความเครียดยังทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินอาหารได้ตามปกติ ลำไส้บีบตัวทำให้ปวดท้องเป็นช่วง ๆ หรือหากลำไส้เคลื่อนไหวมากกว่าปกติ จะทำให้ถ่ายอุจจาระบ่อย ๆ ได้

4) โรคหอบหืด ซึ่งเกิดจากหลอดลมแขนงเล็ก ๆ ที่มีอยู่ในปอดบีบตัวทำให้หายใจขัดและหายใจไม่สะดวก

5) หมดสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเกิดมาจากความเครียดมีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ ไม่มีความสุข ทำให้ไม่สนใจเรื่องเพศ ไม่มีความรู้สึกทางเพศ และอวัยวะเพศไม่ทำงานและเกิดจากการเสื่อมถอยในการใช้งาน

6) มีสิวนบนใบหน้า ซึ่งเกิดจากความเครียด ที่ทำให้ผิวหนังผลิตเครติน (Keratin) มากขึ้น อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดสิวนบนใบหน้า

7) ผมหงอกเร็วกว่าปกติ และผมร่วงมากขึ้น เนื่องจากความเครียดทำให้เส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณศีรษะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลงหรือไม่เพียงพอ และทำให้เส้นผมบริเวณศีรษะขาดสารอาหาร ทำให้ผมเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือหลุดร่วงได้

8) ความเครียดทำให้บุคคลมีอายุมากกว่าวัย ความเครียดจะมีผลต่อสุขภาพทั่วไปของบุคคลเสื่อมโทรมเร็วขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลมีความเครียดสูงและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้บุคคลเหล่านั้นดูมีอายุมากกว่าวัย

9) ความเครียดทำให้มีอายุสั้นเนื่องจากความเครียดทำให้ทุกส่วนของร่างกายทำงานหนัก สึกหรือและเสื่อมโทรม ซึ่งมีผลให้สุขภาพและสุขภาพจิตเสื่อมลง ทำให้ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

กลไกในช่วงนี้จะใช้เวลาไม่มากนักก็อาจจะนำไปสู่การปรับตัวได้ หรืออาจดำเนินต่อไป โดยเข้าสู่ระยะที่สอง คือ ระยะต่อต้านต่อไป

**3.4.2 ระยะต่อต้าน (Resistance stage)** เป็นระยะของการปรับตัวอย่างแท้จริง ร่างกาย จะปรับภาวะความไม่สมดุลของระบบต่าง ๆ ให้คืนสู่ภาวะปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่ ความพร้อมที่จะปกป้องตนเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรค หลัง ฮอร์โมน ระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลง เลือดจางหรือเข้มข้น ในที่สุดการตอบสนองจะกลับสู่ ภาวะปกติเมื่อมีสิ่งกระตุ้นความเครียดน้อยลง แต่ถ้าสิ่งกระตุ้นความเครียดเกิดขึ้นในเวลายาวนาน โดยไม่ได้ปลดปล่อยออกไปอย่างเพียงพอ บุคคลจะรู้สึกเป็นทุกข์ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ที่รุนแรงมากขึ้น ถ้าระยะต่อต้านยังคงอยู่ต่อไปอีก วิธีเผชิญปัญหาใช้ไม่ได้ผลที่จะช่วยให้ปรับตัว ได้ บุคคลจะยิ่งตึงเครียดมากขึ้น จนกระทั่งถึงจุดที่รับไม่ได้ นั่นคือการเข้าสู่ระยะสุดท้าย

**3.4.3 ระยะหมดกำลังใจ (The stage of exhaustion)** ระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดที่รุนแรงและมีอยู่นานได้ต่อไปอีกแล้ว ภาวะไม่สมดุลยังคงอยู่ ร่างกายไม่สามารถคืนภาวะปกติ ผลของการปรับตัวในทั้งสองระยะที่ผ่านมาถือได้ว่าล้มเหลว ก็ จะเข้าสู่ภาวะหมดกำลังใจ เกิดโรคทางกายและทางจิต หรือแม้แต่ถึงขั้นเสียชีวิตได้

### 3.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของครอบครัว

**3.5.1 อายุ** มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของ บุคคลเมื่อเกิดปัญหา เนื่องจากสามารถใช้ประสบการณ์เป็นฐานในการเรียนรู้ได้ (Rice, Balakas, Prake, Fredd & Schappe, 2001) และจากการศึกษาของ กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) เรื่อง “การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะ วิกฤตครอบครัวของ Hill” โดยเป็นการศึกษาแบบเชิงคุณภาพ พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ แตกต่างกันไปมาก เช่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น กับวัยกลางคน มีการตอบข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวและ การรับรู้ภาวะวิกฤตที่แตกต่างกัน เนื่องจากประสบการณ์และโลกทัศน์ของทั้ง 2 วัยแตกต่างกัน ซึ่ง ตรงกับ Andreason (1980 อ้างใน เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ที่กล่าวว่า เมื่อมีอายุมากขึ้น บุคคล จะมีประสบการณ์ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิตและมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา เหล่านั้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการคิด วิจัยไตร่ตรองและเลือกกลวิธีในการแก้ปัญหามากขึ้น และเป็นผลให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น

**3.5.2 เพศ** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว (วีณา ลิ้มสกุล, 2545) จากการศึกษาของ Wong and Bramwell (1992) พบว่า เพศชายและเพศหญิง เลือกใช้การเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะไปสู่การปรับตัวที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andreason (1980 อ้างใน เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) พบว่า เมื่อบุคคลมีความเครียด เพศชายจะมีแนวโน้มใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าเพศหญิง เนื่องจาก เพศชายจะมีความสามารถในการควบคุมตนเอง และเป็นเพศที่ถูกสังคมยกย่องว่าเป็นเพศที่แข็งแกร่ง เป็นที่พึ่งของบุคคลอื่น ทำให้มีการประเมินเหตุการณ์ในด้านบวกมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้เพศชายมีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง

**3.5.3 ความรุนแรงของความเจ็บป่วย** ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้โดยตรง และมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีอาการหนักไม่สามารถคาดเดาผลของการรักษาได้ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะอาการต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (วงรัตน์ ไสสุข, 2545) การรับรู้ว่าคุณป่วยมีการเจ็บป่วยรุนแรงมีผลทำให้เพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย (Murata, 1995) ซึ่งตรงกับ Rankin และ Monahan (1991) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน จะมีผลทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกายและจิตใจต่างกัน ซึ่งความเครียดที่แตกต่างกัน จะนำไปสู่การปรับตัวที่แตกต่างกัน จากการศึกษาถึงผลของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัวของ รุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2543) พบว่า ความเจ็บป่วยที่มีระยะแตกต่างกัน จะทำให้บิดา / มารดา มีการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะไปสู่การปรับตัวที่แตกต่างกันด้วย

**3.5.4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** ความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณา หรือการที่ญาติตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความเครียดจะเพิ่มขึ้นหากบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด (Haynes, 1987 อ้างใน ชญานิศ ลือวานิช, 2540) จากการศึกษาของ มาลี ล้วนแก้ว (2522) พบว่า ความสัมพันธ์ของญาติที่มีต่อผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน ระดับความเครียดจะแตกต่างกัน และจากการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะมีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นมารดา (Hall, et.al., 1994) ซึ่งความเครียดที่แตกต่างกัน จะนำไปสู่การปรับตัวที่แตกต่างกันด้วย

**3.5.5 ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นตัวกำหนดความสามารถในการแก้ปัญหา สามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพอนามัย และป้องกันโรค บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp and Sayles, 1986) ซึ่งตรงกับ วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) ที่กล่าวว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ข้อมูล

ความรู้และสถานการณ์รวมทั้งการชี้เหตุผลในการพิจารณาเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น ประกอบกับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นด้วย จึงเป็นแหล่งประโยชน์ของความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น

**3.5.6 รายได้** ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่มีความสามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เมื่อเป็นผู้ป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ (อุดมพร ยิ่งไพบุลย์สุข, 2540) ผู้ที่มีรายจ่ายในเรื่องของค่ารักษา ค่ายา การเดินทาง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการปรับตัวได้ ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจอาจทำให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพได้ (วิมล ลิมสกุล, 2545) และจากการศึกษาของ ศากุล คงพันธ์ (2533) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อมั่นต่อการแก้ปัญหาของครอบครัว และการมีความสามารถในการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่ เพื่อจัดการต่อปัญหาได้ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะไม่ต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ไม่มีความวิตกกังวลส่งผลในการปรับตัวที่ดีขึ้น

### 3.6 การประเมินการปรับตัว

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปรับตัวมีดังนี้

**3.6.1 แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของสมอง** สกุลหงส์โสภณ (2540) เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ขึ้นและเปลี่ยนแปลงมาจากแบบสอบถามเดิมซึ่งวิไลลักษณ์ จันทรพงษ์ นำมาใช้วัดการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามการปรับตัวทางด้านร่างกาย และสังคมที่ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย โดยแบ่งเป็นรายด้าน คือ ด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน และกระบวนการปรับตัวจากระบบการควบคุมของร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ด้านบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการแสดงบทบาทที่ไม่มีประสิทธิภาพ แสดงบทบาทไม่ตรงกับความจริง ความขัดแย้งในบทบาท และความล้มเหลวในการแสดงบทบาท และด้านการพึ่งพา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกว่าเหว การได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น โดยมีมาตรวัดแบบตัวเลือก ใช่-ไม่ใช่ (checklist) ข้อคำถามที่เป็นไปในทางบวกตอบว่า ใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่ = 0 คะแนน และข้อคำถามที่เป็นไปในทางลบ ตอบว่าใช่ = 0 คะแนน ไม่ใช่ = 1 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และ



ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 60 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (KR 20) เท่ากับ .85

3.6.2 แบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งแบ่งออกเป็นการปรับตัวทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ประกอบด้วยคำถามด้านละ 10 ข้อ รวมทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 คะแนนของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง 40-200 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าญาติผู้ดูแลยังสามารถปรับตัวได้ดี ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .85 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 20 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

3.6.3 แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของ ดาราพรรณ อุทัย (2545) ที่ยึดหลักแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ที่ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัวและสังคม อาชีพการงาน จำนวน 10 ข้อ ด้านขวัญและกำลังใจ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ และด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ โดยข้อคำถามในด้านบวก จาก ไม่จริงที่สุด ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง จริงที่สุด ให้ 5 คะแนน มีจำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามในด้านลบ จาก ไม่จริงที่สุดให้ 5 คะแนน จนถึง จริงที่สุดให้ 1 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .84 และตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเท่ากับ .85

3.6.4 แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ กรรณิกา คงหอม (2546) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดการปรับตัวของ ดาราพรรณ อุทัย (2545) สร้างเครื่องมือมาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยเพิ่มข้อคำถามเดิมจาก 30 ข้อ เป็น 32 ข้อ แบ่งเป็นรายด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม 10 ข้อ ขวัญและกำลังใจ 12 ข้อ และภาวะสุขภาพ 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อความใน

ด้านบวกจำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน และข้อความในด้านลบจำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 30 ราย และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ

3.6.5 แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายของ รุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2546) ที่พัฒนาจากแนวความคิดของ Lazarus and Folkman (1984) มีจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพ การงาน สภาพแวดล้อมในสังคมและสัมพันธภาพทางเพศ ด้านขวัญและกำลังใจ จำนวน 6 ข้อ และด้านสุขภาพกาย จำนวน 6 ข้อ โดยมีมาตรวัด 4 ระดับ และการให้คะแนน คือ ข้อความในทางบวกถ้าไม่เป็นจริง ให้ 1 คะแนน จนถึง เป็นจริงมากให้ 4 คะแนน ข้อความในทางลบ ถ้าไม่เป็นจริง ให้ 4 คะแนน จนถึง เป็นจริงมากให้ 1 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 130 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 เท่ากันทั้ง 2 ครั้ง

3.6.6 แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale : PAIS) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis (1975 cited in Helgeson, 1992 ) ประกอบด้วยการปรับตัว 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ สภาพแวดล้อมในด้านอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้านหรือครอบครัว สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล สัมพันธภาพในสังคม และความทุกข์ทรมานทางใจ เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนที่สูงแสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี Helgeson (1992) นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกด้วยโรคหัวใจ ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .91

3.6.7 แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ของ กรณ์ย์พิญช์ โคตรประทุม (2546) ที่ใช้แบบประเมิน F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales) ที่พัฒนาตามแบบจำลอง Double ABCX จากแนวคิดของ McCubbin (McCubbin & McCubbin, 1987) โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัว ที่ประกอบด้วยคำถาม 6 ประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไปได้แก่ โครงสร้างของครอบครัวและเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น แหล่งช่วยเหลือภายในและภายนอกครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ในอดีต ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์วิกฤต การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤต และปัญหาที่เกิดขึ้นและกลวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของครอบครัวรวมถึงการวางแผนดำเนินชีวิตต่อไป ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวที่มารอเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำผลที่ได้มาพิจารณาเกี่ยวกับความเข้าใจคำถาม ความต่อเนื่องของเนื้อหาสาระ นำแนวคำถามมาแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบ ก่อนนำไปใช้จริง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการปรับตัวของครอบครัว ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของ ดาราพรรณ อุทัย (2545) แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ กรรณิกา คงหอม (2546) แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวายของ รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างมาจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา งานวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ศึกษา

### 3.7 การปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยขั้นรุนแรงที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จัดว่าเป็นความเครียดและเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ กับครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเครียดที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องเผชิญย่อมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้วิธีที่จะเผชิญกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสถานการณ์และปัจจัยด้านบุคคลที่เผชิญกับสถานการณ์นั้น (นิตยา เวียงพิทักษ์, 2546) ถ้าบุคคลในครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ก็อาจส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ระบบครอบครัวเสียสมดุลได้

(อุมาพร ตังคสมบัติ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต สืบเนื่องมาจาก การมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้าน (รุ่งรัตน์ วณิชากิชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et.al., 1985) รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัว เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของต้องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย(Hickey, 1996) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2535; Giliss et.al, 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อนฝูงในสังคม เนื่องจากต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันในเวลาที่จำกัด (Given & Given, 1991; Walker et al., 1995) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความกดดันสะสมในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตสังคม สุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจรวมถึงระบบครอบครัว (กรรณิกา คงหอม, 2546) เป็นผลให้เกิดความเครียดในบุคคลที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหนื่อยล้า เป็นภาวะ สุขภาพทรุดโทรมจากสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2535; Gilliss et.al., 1988; Meisel, 1991)

การปรับตัวที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของญาติผู้ดูแลได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่า ได้ทำประโยชน์ทดแทนบุญคุณ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้รับการยอมรับนับถือ เพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการ และได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง ได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจ เป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการดำเนินชีวิต เพิ่มเครือข่ายทางสังคม รู้สึกมีความสุขเมื่อได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต (Given & Given, 1991; Walker et al., 1995)

Kubler – Ross (1969 อ้างใน อุมาพร ตังคสมบัติ, 2544) ได้กล่าวว่า เมื่อครอบครัวรู้ถึงการวินิจฉัยโรคที่มีความรุนแรงหรือไม่อาจจะเยียวยาได้ ก็เกิดปฏิกิริยาการปรับตัวทางจิตใจเป็นขั้น ๆ ดังนี้

1) ความตกใจและปฏิเสธความจริง (Shock and Denial) เมื่อแพทย์บอกว่าผู้ป่วยเป็นโรคที่รุนแรงและอาจจะรักษาไม่หาย ครอบครัวจะมีอาการตกใจอย่างมากและไม่ยอมรับความจริง แต่จะพยายามบอกตนเองว่าผู้ป่วยไม่ได้ป่วยรุนแรงถึงขนาดนั้นและยังมีโอกาสรักษาให้หายได้ ตัวผู้ป่วยเองอาจเฉยชา ไม่สนใจหรือไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยนั้น กลไกปฏิเสธความจริงนี้อาจมีอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้

2) ความโกรธ (Anger) ครอบครัวจะรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความยุติธรรมและรู้สึกหมดทางสู้ เกิดเป็นความรู้สึกโกรธและความขมขื่น สมาชิกอาจโกรธและกล่าวหาตัวเอง เช่น พ่ออาจโทษว่าลูกป่วยก็เพราะแม่ไม่ดูแลให้ใกล้ชิด แม้อาจโทษว่าเพราะพ่อทำงานมากจนไม่มีเวลาให้ลูก ถ้าเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด ก็อาจโทษกันว่าลูกได้รับยีนส์ที่ผิดปกติจากอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น ความโกรธอาจพุ่งไปที่แพทย์ว่าดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นกลไกที่ทำให้ครอบครัวยืนอยู่ได้ในท่ามกลางความปวดร้าวทางใจที่เกิดขึ้น

3) การต่อรอง (Bargain) ครอบครัวเริ่มยอมรับความจริงภายใต้เงื่อนไขบางประการ เช่น ยอมรับว่าเจ็บป่วยขั้นรุนแรงจริง แต่ก็อาจยังมีวิธีรักษาให้หายได้ หรืออาจไปขอความเห็นจากแพทย์คนอื่น ๆ ด้วยหวังว่าจะมีคำวินิจฉัยใหม่ ทั้งหมดนี้ก็เพื่อสร้างความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น

4) ความเศร้าโศก (Depression) ความเศร้าโศกเป็นสิ่งที่ตามมา เมื่อบุคคลตระหนักถึงความจริงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ความจริงที่ว่าในที่สุดผู้ที่ตนรักจะต้องตายจากไปเพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง หรือพ่อแม่ที่เคยวาดภาพเอาไว้ว่าลูกจะเกิดมาเป็นเด็กที่น่ารัก ก็เศร้าโศกเศร้ากับการสูญเสียลูกเพราะในความเป็นจริงแล้วลูกมีความพิการที่ไม่อาจจะเยียวยาได้ เป็นต้น

5) การยอมรับความจริง (Acceptance) ในที่สุดเมื่อพยายามทำทุกวิถีทางแล้วแต่อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ครอบครัวก็จะมาถึงจุดที่ยอมรับความจริงด้วยความสงบในที่สุด บางครอบครัวอาจใช้เวลานานกว่าจะมาถึงจุดนี้ได้ ในระหว่างสมาชิกด้วยตนเองก็อาจมาถึงจุดที่ยอมรับในเวลาต่างกัน เช่น ลูกอาจยอมรับได้ง่ายกว่าพ่อป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ในขณะที่แม่ยังทำใจไม่ได้ เป็นต้น

นอกจากนี้ Epperson (1977 อ้างใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัว พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องผ่านระยะ 6 ระยะ ก่อนที่จะสามารถกลับคืนอยู่ในสภาวะปกติได้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะที่มีความวิตกกังวลสูง (high anxiety) เป็นลักษณะของความวิตกกังวลทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน เช่น อาการกระสับกระส่าย เป็นลม การตั้งของกล้ามเนื้อ และระบบการย่อยอาหารผิดปกติ โดยอาจใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีจนถึงหลาย ๆ ชั่วโมง

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

ระยะที่ 3 ระยะโกรธ (Anger)

ระยะที่ 4 ระยะเสียใจและสงสาร (Guilt and Sorrow) ครอบครัวจะรู้สึกเสียใจที่ไม่ได้ทำ

อะไรบางอย่างเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตนี้

ระยะที่ 5 ระยะเศร้าโศก (Grief) เมื่อครอบครัวรู้สึกว่าจะต้องสูญเสียสมาชิกเนื่องจากการเจ็บป่วยภาวะวิกฤต

ระยะที่ 6 ระยะกลับคืนสู่สภาพปกติ (Reconciliation) หลังจากครอบครัวได้ผ่านระยะแรกๆ มาแล้ว และพร้อมที่จะจัดการและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตนั้น

Hudak, Gallo, and Morton (1998) กล่าวถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ หรือมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม มีดังนี้

- 1) เหตุการณ์ที่เป็นความเครียดเกิดขึ้น และคุกคามจนกระทั่งครอบครัวผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง
- 2) วิธีการที่เคยใช้ในการแก้ปัญหาตามปกติไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป ทำให้ครอบครัวไม่สามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็วเช่นเดิม
- 3) ภาวะเสียสมดุลของครอบครัวผู้ป่วยเกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยปรับตัวและสภาวะสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยดีขึ้นได้ หรือลดการปรับตัวที่ดีของครอบครัวผู้ป่วย และเพิ่มความไวต่อวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยขั้นรุนแรงของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวกับสภาพเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัว ซึ่งถ้าบุคคลในครอบครัวนั้นสามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม กล่าวคือ มีการปรับตัวในทางที่ดี ก็จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติของชีวิตได้เร็วที่สุด แต่ถ้าบุคคลในครอบครัวไม่สามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ มีการปรับตัวในทางที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม อาจจะทำให้มีการเผชิญปัญหาแบบถอยหนี ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ เบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และอาจทำให้มีการเจ็บป่วยทางกายได้ นอกจากนี้ยังทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ ทำให้การฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยช้าลงหรือไม่ดีเท่าที่ควร

#### 4. การพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวอาจจะต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่จะพูดหรือปกป้องสิทธิ์ของผู้ป่วย บทบาทใหม่ที่สมาชิกครอบครัวต้องปฏิบัติอาจถูกคุกคาม หรือทำให้เกิดการกระทบกระเทือนความสงบ แหล่งสนับสนุน และความสามารถในการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและครอบครัว

(เอมพร รตินันท์, 2547) ปัจจุบันการพยาบาลผู้ป่วยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) คือหลักการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากยิ่งขึ้น (ชุติมา อรุณทยานันท์, 2547) ดังนั้น ในภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย พยาบาลควรจะขยายแนวคิดของตนให้ขยายขอบเขตจากความสนใจเฉพาะชีวิตของผู้ป่วย ไปยังสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพื่อที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้สามารถเผชิญต่อภาวะเครียดของตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ยังผลให้เกิดภาวะสมดุลของครอบครัวผู้ป่วยด้วย (Craven, 1972 cited in Roberts, 1986)

#### 4.1 บทบาทของพยาบาลต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

บทบาทของพยาบาลควรต้องมีการพัฒนาให้ทันกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงด้านความเจริญทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่รวดเร็ว โดยเปลี่ยนจากรูปแบบของการดูแลภาวะสุขภาพเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยี และวิธีการที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยหลักการสำคัญของการพยาบาลนั้นพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2534)

จากหลักการของสมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ดังนี้ พยาบาลต้องประสานงานกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องเข้าใจถึงภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นและให้ความช่วยเหลือ ต้องร่วมรับรู้ในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และควรระมัดระวังในค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์

Johnson (1986) ได้ชี้แนะการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยไว้ ดังนี้

- 1) การพยาบาลต้องเข้าใจถึงความเศร้าหมองของครอบครัวผู้ป่วย และต้องแสดงให้ครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่าเข้าใจถึงความเศร้าของเขา และต้องการให้เขาระบายออกมา
- 2) อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล และกล้าที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลด้านร่างกายแก่ผู้ป่วย โดยควรอธิบายให้เข้าใจหลักการและเหตุผลง่าย ๆ ภาษาที่ใช้ควรง่ายแก่การเข้าใจ และควรพิจารณาถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจ และสภาพทางจิตใจ/อารมณ์ขณะรับฟังคำอธิบายด้วย

- 3) ใช้ภาษาและคำพูดที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว และพยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความกระจ่างในความหมายของคำบางคำอย่างง่าย ๆ
- 4) พยายามให้เป้าหมายของครอบครัวผู้ป่วยแคบลง โดยควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน ไม่ขยายวงกว้างออกไป เพื่อไม่ให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป
- 5) หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ทำให้เกิด ซึ่งอาจเกิดจากคำพูด การกระทำ หรือท่าทางของเจ้าหน้าที่
- 6) ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องบทบาทของเขาในโรงพยาบาล โดยควรเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการเปลี่ยนบทบาทจากผู้สังเกตมาเป็นผู้มีความสุขสบายหรือการดูแลผู้ป่วยควรให้คำอธิบายในสิ่งที่เขาสามารถกระทำต่อผู้ป่วยได้
- 7) ให้ความช่วยเหลือด้านการตัดสินใจ โดยควรมีส่วนช่วยในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหา หรือชี้แนวทางและให้วิธีแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ ง่ายลงสำหรับครอบครัวผู้ป่วย
- 8) ชี้แนะครอบครัวผู้ป่วยในการหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ
- 9) ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทในครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป
- 10) ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

Bleulin, Rook, and Sills (1982) ได้ให้แนวทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตไว้ ดังนี้

- 1) การให้ความช่วยเหลือทันที โดยการแนะนำครอบครัวผู้ป่วยให้รู้จักกับสภาพของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ คือ
  - 1.1) ให้คำอธิบายโดยการสรุปสั้น ๆ และเข้าใจได้ง่ายในเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย การรักษาที่ให้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
  - 1.2) บอกชื่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ร่วมกันให้การรักษาดูแลผู้ป่วย
  - 1.3) ปฐมนิเทศแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบงานของหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต ควรอธิบายเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ สถานที่รอกพักของครอบครัวผู้ป่วย ควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยในระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ซับซ้อน/วิกฤต และแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุกครั้ง
- 2) การรับรู้เหตุการณ์วิกฤต ซึ่งในบางครั้งอาจมีความบิดเบือนได้จากการที่ครอบครัวผู้ป่วยมีอาการนั้น อาจทำให้ความเข้าใจในเหตุการณ์วิกฤตนั้นคลาดเคลื่อนไป ควรประเมินการรับรู้เหตุการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจากการสอบถาม



วิธีการพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูลที่ตรงและสม่ำเสมอ มีความอดทนในการอธิบายซ้ำ ๆ เกี่ยวกับสภาวะร่างกาย อารมณ์ และความก้าวหน้าของผู้ป่วย

### 3) การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตและการให้ความหวัง

#### 3.1) การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตกระบวนการคร่ำครวญ

(Grieving process) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้ดีในสถานการณ์ที่วิกฤตและสูญเสีย พยาบาลควรช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วน การฟังด้วยความสนใจและให้ความสำคัญ เป็นการยอมรับความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจทำให้การตอบสนองของอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตดำเนินไปได้ด้วยดี

#### 3.2) การให้ความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสถานการณ์ที่ยู่ยากที่สุด

ในการเผชิญภาวะวิกฤต โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยด้วยวิธีการสัมผัส และพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล และให้การส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารทั้งทางวัจนภาษา และอวัจนภาษา เช่น การเขียนหนังสือโต้ตอบกัน การพยักหน้า/ส่ายหน้า การสัมผัสบีบมือให้กำลังใจ พยาบาลควรจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ให้การช่วยเหลืออะไรไม่ได้แล้วมาเป็นความหวังว่าจะสามารถให้การช่วยเหลือได้

### 4) การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือ และกลวิธีแก้ไข

#### 4.1) การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือ พยาบาลต้องช่วยเหลือครอบครัว

ผู้ป่วยในการจัดหาสิ่งที่จะมาสนับสนุนที่เหมาะสม และมีกลวิธีแก้ไขปัญหาได้เพียงพอ โดยช่วยค้นหาแหล่งกำลังที่สามารถช่วยครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พยาบาลอาจจัดให้มีการประชุมร่วมกันกับครอบครัว และจัดให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่นที่มีประสบการณ์วิกฤตคล้ายคลึงกัน

#### 4.2) การสำรวจกลวิธีแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรช่วยให้ครอบครัว

ผู้ป่วยได้ใช้ทักษะที่เคยได้ผลมาแล้วมาใช้ใหม่ให้มีประสิทธิภาพ และควรหาวิธีที่เป็นทางเลือกใหม่ตลอดจนช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ที่จะนำไปในการวางแผนเพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในอนาคต

## 4.2 โปรแกรมการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวระยะวิกฤต

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระบบครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวจำเป็นจะต้องพยายามปฏิบัติหรือปรับตัวให้เกิดความสมดุลภายในครอบครัว ซึ่งถ้าสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ก็สามารถช่วยให้ครอบครัวผ่านพ้นระยะวิกฤตได้ดี แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม ก็อาจจะทำให้เกิดผลกระทบกับตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ได้ดังนี้

4.2.1 การสอนและการปฐมนิเทศก่อนการเยี่ยม (Education-Orientation) เป็นกิจกรรมการพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้านการรับรู้ของครอบครัวก่อนที่จะเยี่ยมผู้ป่วย ตามแนวคิดการให้ข้อมูล (Preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยมของ Chavez and Faber (1987) ซึ่งประกอบไปด้วย

4.2.1.1 การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) ในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต

4.2.1.2 การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensation information) ได้แก่ การบอกและอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัวกังวล เป็นห่วง ความรู้สึกผิด หมดหนทาง ไร้คุณค่า

4.2.2 การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวด้านการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤต และด้านแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ตามแนวคิดว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และ Hickey (1996) ซึ่งประกอบด้วย

4.2.2.1 การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) โดยการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม (Flexible Visiting) จัดให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยได้ตามต้องการ อนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าไปดู / เยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ และได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุ

จำเป็น โดยไม่รบกวนการทำงานของแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยได้นานขึ้น

4.2.2.2 การได้รับความมั่นใจ (Assurance) คือ การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วย จะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล คือ การแนะนำแพทย์ / พยาบาลที่ให้การรักษา พยาบาลผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้จัก ให้คำยืนยันแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

4.2.2.3 การได้รับความสุขสบาย (Comfort) คือ กิจกรรมพยาบาลที่จัดให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกสบาย โดยการจัดให้มีสถานที่ที่รบกวนน้อยที่หน้าหอ อภิบาลผู้ป่วย จัดให้มีความสะดวก ไม่แออัด แนะนำการสอบถามข้อมูลและอาการของผู้ป่วยทาง โทรศัพท์ โดยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับหออภิบาลผู้ป่วย การแนะนำสถานที่จัดจำหน่ายอาหารใน โรงพยาบาล สหกรณ์ร้านค้า ห้องน้ำที่อยู่ใกล้หอผู้ป่วย สถานที่พักสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด เพื่อความสะดวกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

4.2.2.4 การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) คือ กิจกรรมการ พยาบาลที่เปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับ อารมณ์เพื่อลดความอึดอัดหรือไม่สบายใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจะใช้การเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดเวลาในการพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยใน สถานที่ที่เป็นสัดส่วน เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย ระบายความรู้สึก ต่าง ๆ ออกมา สนับสนุนให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ ให้ความเข้าใจและปลอบใจแก่ครอบครัว ผู้ป่วย สอบถามถึงกลไกในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยและช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการค้นหา ทางแก้ปัญหา

4.2.2.5 การให้แหล่งประโยชน์ (Providing resources) คือ กิจกรรมการ พยาบาลที่ให้กับสมาชิกในครอบครัว โดยการให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ การรวบรวมและหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยมี หรือสามารถหาได้จากหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือ องค์กรอื่น ๆ ในชุมชนรวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความ เชื่อ เพื่อช่วยสนับสนุนด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

4.2.3 การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม (Bedside Support) เป็น กิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยมตามแนวคิด ของ Daly (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Hodovanic (1984) ประกอบไป ด้วย การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และการให้กำลังใจ

## 5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวได้ โดยเฉพาะการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Chavez and Faber (1987) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำแนะนำต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมดังกล่าว ที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ เช่น สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์และเสียงเตือนจากเครื่องมือต่าง ๆ โรคและการรักษา สภาพอาการของผู้ป่วยที่จะเห็น เวลาเยี่ยม บริการต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลมีให้ ผลการทดลองพบว่า โปรแกรมดังกล่าวทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจหลังได้รับโปรแกรมลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

Halm (1990) ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในการทดลองผลของการพยาบาลและกลุ่มสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 55 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุน ที่จัดให้มีการเข้ากลุ่มพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา การหาและใช้แหล่งสนับสนุนอื่น ๆ มีความเห็นอกเห็นใจ และเข้ากันภายในกลุ่ม ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนลดลงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ

Johnson and Frank (1995) ศึกษาผลของการให้การพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ต่อการลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์วันละ 2 ครั้ง เนื้อหาประกอบด้วย อาการทั่วไป ชีพจร ระดับความเจ็บปวด และแผนการรักษาของแพทย์ที่มีให้กับผู้ป่วย วัดความวิตกกังวลก่อนการให้การพยาบาลและหลังการให้การพยาบาลแล้ว 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า การให้การพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์สามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

Marefell and Garcia (1995) ทำการทดลองใช้นโยบายการเยี่ยมตามความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่สามารถระบุจำนวน บุคคลที่ต้องการให้เยี่ยมตลอดจนเวลาที่จะเข้าเยี่ยมโดยไม่มีข้อบังคับอื่นใด เป็นเวลา 3 เดือน แล้วประเมินความพึงพอใจพบว่า ทั้งผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่านโยบายมีประโยชน์และมีความพึงพอใจเป็นอันมาก

Aimin (1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลปักกิ่งยูเนี่ยนเมดิคอล คอลเลจ ในกรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ดำเนินการทดลองโดยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 3 ครั้งใน 3 วัน และให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Chien et al. (2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วงระหว่างวันแรกจนถึงวันที่ 3 จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย และกลุ่มควบคุม 32 ราย โดยโปรแกรมการให้ข้อมูลพื้นฐานจะให้ในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ เครื่องมือวัดความวิตกกังวลภาษาจีน (C-STAI) และ เครื่องมือวัดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาษาจีน (C-CCFNI) ผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลพื้นฐานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลพื้นฐานเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย สรุปลได้ในตารางที่ 1 ดังนี้

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้แต่ง / ปี	1.พิกุล ตันติธรรม / 2533
ชื่อเรื่อง	ผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง ความรู้สึกตัว การใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่าง	ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 52 ราย โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.62 อายุเฉลี่ยของญาติผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 42.65 ปี และในกลุ่มทดลอง 43.57 ปี นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ญาติเคยมาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 69.23 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรสาว คิดเป็นร้อยละ 50
เครื่องมือ	<p>1.แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เครื่องมือต่างๆ ที่จะพบเห็นในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก วัสดุอุปกรณ์วิธีการที่ใช้รักษาผู้ป่วย การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับตามกิจวัตร</li> <li>1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย</li> <li>1.3 คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนต่อผู้ป่วย</li> </ol> <p>2.แบบวัดความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามให้ตอบคำถามด้วยตนเอง ซึ่งสร้างโดย Spielberg และคณะ (1970) ที่ชื่อ The State – Trait Anxiety Inventory Form X-I ซึ่งได้รับการแปลภาษาไทยโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี และคณะ มีข้อคำถามในทางบวกและทางลบ อย่างละ 10 ข้อ โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปทดสอบกับญาติผู้ป่วยที่มาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรกที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 10 ราย มีความเชื่อมั่น จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .92</p>

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผลการวิจัย	<p>1.ระดับความวิตกกังวลภายหลังการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>2.ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติทั้ง 2 กลุ่มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01</p>
------------	--



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	2.นาฎยา เอื่องไพโรจน์ / 2535
ชื่อเรื่อง	ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest - Posttest Design)
กลุ่มตัวอย่าง	คู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 20 ราย เป็นเพศชาย 17 คน เพศหญิง 7 คน โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 65 ปี มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะชำระเงินเองคิดเป็นร้อยละ 65 โดยใช้จ่ายเงินจากการขอยืมหรือกู้จากผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 30
เครื่องมือ	<p>1.แบบแผนการให้ข้อมูลแก่คู่สมรสของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การแนะนำลักษณะทั่วไปของหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เหตุผลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด อาการของผู้ป่วยขณะนั้น อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล การปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม และกฎระเบียบต่าง ๆ เช่น เวลาเยี่ยม การอยู่เฝ้าผู้ป่วย การแต่งกายของญาติขณะเข้าเยี่ยม</p> <p>2.แบบประเมินความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยของสปีลเบอร์เกอร์ที่ชื่อ The State – Trait Anxiety Inventory Form X-I ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายทางบวกและทางลบอย่างละ 10 ข้อ ระดับความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือนี้เมื่อนำไปทดลองใช้กับคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ราย เท่ากับ .89</p>



ผลการวิจัย	<p>1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล</p> <p>2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน</p> <p>3. คู่สมรสของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องการทราบว่าผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด</p>
------------	--

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	3.มารยาท วัชรเกียรติ / 2536
ชื่อเรื่อง	ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีและส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยการเป็นมารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา เป็นภรรยาของผู้ป่วยร้อยละ 25
เครื่องมือ	<p>1.แผนการสนับสนุนทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ</p> <p>    ขั้นตอนที่ 1 คือ ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>    ขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนการช่วยเหลือประคับประคอง</p> <p>    ขั้นตอนที่ 3 คือ ขั้นตอนการสิ้นสุดสัมพันธภาพ</p> <p>2.แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ที่ชื่อ The State – Trait Anxiety Inventory Form X-I ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมาย ทางบวกและทางลบอย่างละ 10 ข้อ ระดับความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือนี้เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92</p> <p>3.แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมกรรมการดูแลที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย</p> <p>    3.1 พฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ที่ประกอบด้วย 7 กิจกรรม 1)การช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร 2) การ กระตุ้นให้กำลังใจหรือให้ความสนใจผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร น้ำหรือยา 3) การดูแลด้านความสะอาดส่วนบุคคล 4) การช่วยเหลือดูแลด้านการขับถ่าย 5) การแต่งกาย 6) การเคลื่อนไหว 7) การพักผ่อนหลับนอน</p> <p>    3.2 พฤติกรรมการดูแลด้านความสุขสบายที่ประกอบด้วย 9 กิจกรรม คือ 1)ไม่นำปัญหาเรื่องรารหรือแสดงปฏิกิริยาที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความ</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p><b>เครื่องมือ</b></p>	<p>วิตกกังวลเพิ่มขึ้น 2) แสดงอาการยิ้มแย้มขณะพูดคุยกับผู้ป่วย</p> <p>3) มีการสัมผัสผู้ป่วย 4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดส่วนบุคคล</p> <p>5) ชักถามหรือพูดคุยเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้ป่วย</p> <p>6) ดูแลหรือทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม 7) กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองเพื่อส่งเสริมคุณค่าในตัวให้แก่ผู้ป่วย 8) สอบถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วย 9) รับฟังผู้ป่วยระบายความรู้สึก ช่วยปลอบหรือให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยคำพูดและท่าทาง นำแบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมดูแลไปหาความเที่ยงของการสังเกตจากผู้ช่วย วิจัย 2 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย แล้ววัดค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต เท่ากับ .94</p>
<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<p>1.ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับการสนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</p> <p>2.ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</p> <p>3.พฤติกรรมดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	4.รั่มภรรดา อินทร / 2539
ชื่อเรื่อง	ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง
กลุ่มตัวอย่าง	ญาติและผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 25 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คน และกลุ่มทดลอง 13 คน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ย 0- 3,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะภรรยาและบิดามารดาเป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.2ปี และในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 36.4 ปี
เครื่องมือ	<p>1.คู่มือการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ประกอบด้วยเนื้อหา การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดและด้านร่างกาย โดยใช้วิธีกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก การได้ยิน การได้กลิ่น การมองเห็น การรับรส การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ร่วมไปกับกิจกรรมที่ทำให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การพลิกตะแคงตัว และการเปลี่ยนท่า</p> <p>2.แบบวัดความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งนำมาจากแบบวัดของ Rappaport et.al. (1982) มาปรับใช้โดยตัดหมวดที่ 4 ซึ่งวัดการปรับตัวทางจิตสังคมด้านการทำงานออก เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ตามปกติ จึงคงเหลือ 3 หมวดที่ใช้ในการวัดประกอบด้วย</p> <p>2.1 หมวดที่ 1 ระดับความรู้สึกตัวตามกลาสโกว์โคมา สเกล คือ การลืมตา การพูด การเคลื่อนไหว</p> <p>2.2 หมวดที่ 2 ความสามารถในการรู้ และเข้าใจบอกได้ถึงกิจกรรมการดูแลตนเอง มี 3 หัวข้อ คือ การรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p><b>เครื่องมือ</b></p>	<p>2.3 หมวดที่ 3 ความสามารถในการทำกิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ โดยการนำไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำหลังจากนั้น หาค่าความเที่ยงของการสังเกตกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยท่านแรก เท่ากับ .94 และระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยท่านที่ 2 เท่ากับ .82</p> <p>3.แบบวัดความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งพิกุล วิญญาเจือก แปลมาจาก แบบวัดความพึงพอใจของลาโมนิกา (La Monica Oberst Patient Satisfaction Scale : LOPSS, 1986) ซึ่งมีทั้งหมด 41 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ คือด้านไม่พึงพอใจ 17 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก คือ ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนระหว่างบุคคล 13 ข้อ และด้านความประทับใจ 11 ข้อ แบบสอบถามนี้ได้นำไปทดลองใช้ในญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 30 ราย และใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 25 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .92 และ .89 ตามลำดับ</p>
<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<p>1.ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>2.กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>3.ญาติของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	5.คณิงนิต บุรีเทศน์ / 2540
ชื่อเรื่อง	ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลชลบุรี
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest - Posttest Design)
กลุ่มตัวอย่าง	ครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการจับคู่ ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในด้านเพศ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจำนวน 15 คู่ (30 คน) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรสาวคิดเป็นร้อยละ 40 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นประเภทที่ 1 ร้อยละ 93.33
เครื่องมือ	<p>1.การจัดการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านการให้ข้อมูล ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และด้านกำลังใจ และระบายความรู้สึก</p> <p>2.แบบประเมินความวิตกกังวลที่ปรับมาจากแบบประเมินความวิตกกังวลที่สร้างขึ้นโดย Spielberger และคณะ (1970) ชื่อ The State – Trait Anxiety Inventory Form X-I โดย แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายทางบวกและทางลบอย่างละ 10 ข้อ ระดับความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือนี้เมื่อนำไปทดลองกับครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เท่ากับ .81</p>

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผลการวิจัย	<p>1.ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>2.ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>
------------	---

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	6.รัตนา อยู่เปล่า / 2543
ชื่อเรื่อง	ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อน-หลัง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีคะแนนความวิตกกังวลตามสภาวะอารมณ์ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน
กลุ่มตัวอย่าง	สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 40.10 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.40 ปี และในกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน ส่วนในกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิง 6 คน เพศชาย 4 คน) และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบิดา - มารดามากที่สุด การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้างโดยมีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000บาทต่อเดือน
เครื่องมือ	<p>1.โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย</p> <p>1.1 การสนับสนุนด้านข้อมูล ประกอบด้วย การให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางและการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม</p> <p>1.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี และการแสดงความไว้วางใจ</p>



## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p><b>เครื่องมือ</b></p>	<p>2.แบบวัดความวิตกกังวลที่สร้างขึ้นโดย Spielberger และคณะ (1983) ชื่อ The State – Trait Anxiety Inventory (STAI MANUAL) Form Y-I ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาษิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา ลักษณะของแบบวัด STAI เป็นเครื่องมือที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมิน จำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ STAI form Y-1 เป็นแบบประเมิน A-State หรือความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ เป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น จำนวน 20 ข้อ และ STAI form Y-2 เป็นแบบประเมิน A-Trait หรือความวิตกกังวลแฝง เป็นความวิตกกังวลของตนเองโดยทั่วไป จำนวน 20 ข้อ ระดับความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือนี้เมื่อนำไปทดลองกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ และความวิตกกังวลแฝง เท่ากับ .93 และ .87 ตามลำดับ</p>
<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<p>1.ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</p> <p>2.ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	7.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม / 2546
ชื่อเรื่อง	การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)
กลุ่มตัวอย่าง	ครอบครัวผู้ป่วยหนักที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 และศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 112 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71 มีอายุอยู่ระหว่าง 41 -50 ปี คิดเป็นร้อยละร้อยละ 35 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 41 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 51
เครื่องมือ	<p>แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของครอบครัวที่เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 6 ประเด็น สร้างตามแนวคิดทฤษฎีของ McCubbin และคณะ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัวและเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น</li> <li>2.แหล่งช่วยเหลือภายในและภายนอกครอบครัว</li> <li>3.การรับรู้เหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ในอดีต</li> <li>4.ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์วิกฤต</li> <li>5.การทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งก่อนและหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤต</li> <li>6.ปัญหาที่เกิดขึ้นและกลวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของครอบครัว</li> </ol> <p>รวมถึงการวางแผนดำเนินชีวิตต่อไป</p> <p>โดยเครื่องมือนี้ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ชำนาญในสาขาการพยาบาลครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยวิกฤตตรวจสอบ หลังจากนั้น นำไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวที่มารอเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และเข้ารับการรักษาที่ตีผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำผลที่ได้มาพิจารณาเกี่ยวกับ ความเข้าใจคำถาม ความต่อเนื่องของเนื้อหาสาระ</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

เครื่องมือ	และนำแนวคำถามมาแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบก่อนนำไปใช้จริง
ผลการวิจัย	<p>การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น (ปัจจัย A) พบว่า เหตุการณ์ที่มีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงนั้น มีความรุนแรงต่อครอบครัวในระดับมาก เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนและมีอันตรายอาจถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัวทั้งในด้านความผูกพัน คือเป็นบุตรมากที่สุด รองลงมาคือเป็นคู่สมรส และในด้านบทบาทหน้าที่คือ เป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้หารายได้</li> <li>2. แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของครอบครัว (ปัจจัย B) พบว่า ครอบครัวอีสานมีแหล่งช่วยเหลือมาก จากการมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบเครือญาติ</li> <li>3. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ปัจจัย C) พบว่า ครอบครัวรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อครอบครัวมาก แต่ก็รับรู้ว่ามีแหล่งช่วยเหลือเหมือนกัน</li> <li>4. ภาวะวิกฤตของครอบครัว (ปัจจัย X) พบว่า ปริมาณของความล้มเหลวของครอบครัว หรือความสามารถทำหน้าที่ครอบครัว จากเหตุการณ์ครั้งนี้ ยังมีปริมาณน้อย</li> <li>5. วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว ที่พบมากคือ การเผชิญปัญหาโดยการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพิ่มขึ้นเผชิญปัญหาโดยการรักษาไว้ซึ่งแหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา และเผชิญปัญหาโดยการพยายามที่จะลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหา</li> </ol>

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	8.สุทธิณี วัฒนกุล / 2547
ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest - Posttest Design)
กลุ่มตัวอย่าง	สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลอินทร์บุรี จัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 40 ราย ใช้วิธีการจับคู่ ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000บาท คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 42.5 ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 151- 200 คิดเป็นร้อยละ 70
เครื่องมือ	<p>1.โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย</p> <p>1.1 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก และการให้แหล่งประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว</p> <p>1.2 การสนับสนุนการเยี่ยม ได้แก่ การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการได้รับกำลังใจและการระบายความรู้สึก</p> <p>2.แบบวัดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ที่สร้างขึ้นโดย Spielberger และคณะ (1983) ชื่อ The State – Trait Anxiety Inventory (STAI MANUAL) Form Y-I ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์,</p>

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p><b>เครื่องมือ</b></p>	<p>สมโภชน์ เขียมสุภาชาติ และดาราวรรณ ตีะปิ่นตา (2534) โดย แบบวัดนี้มีจำนวน 20 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายทางบวกและทางลบอย่างละ 10 ข้อ ระดับความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือนี้เมื่อนำไปทดลองกับครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เท่ากับ .90</p>
<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<p>1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	9.สุมนมาลย์ พิพัฒน์นบวร / 2547
ชื่อเรื่อง	การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)
กลุ่มตัวอย่าง	สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 120 ราย ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.50 และส่วนใหญ่มี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร / หลาน ร้อยละ 48.33 รองลงมา คือ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี / ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 40
เครื่องมือ	แบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถาม 5 ตอน ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งแบ่งบทบาทออกเป็น 5 ด้าน คือ การดูแลด้านความเป็นอยู่ ด้านอารมณ์-จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านการรักษาพยาบาล ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤต แบ่งคำถามออกเป็นเชิงบวกและเชิงลบ ได้แก่ ความผูกพันรักใคร่ซึ่งกันและกัน การให้ความช่วยเหลือ การยอมรับซึ่งกันและกัน ความพอใจกัน ความขัดแย้ง การไม่สนใจ การไม่ให้ความสนับสนุน ตอนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยใช้แนวทฤษฎีการปรับตัวของรอย(Roy's Theory) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาในการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม รวมถึงข้อเสนอแนะอื่น ๆ

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p><b>เครื่องมือ</b></p>	<p>หาค่าระดับความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือนี้เมื่อนำไปทดลองกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย พบว่าแบบสอบถามที่เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีค่าความเชื่อมั่น .86</li> <li>- สัมพันธภาพภายในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีค่าความเชื่อมั่น .84</li> <li>- การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีค่าความเชื่อมั่น .85</li> </ul>
<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ ในภาพรวม ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตด้านอารมณ์-จิตใจ และด้านความเป็นอยู่ มีบทบาทในระดับดี ส่วนด้านการรักษาพยาบาล ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม มีบทบาทในระดับปานกลาง</li> <li>2. สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ลักษณะที่แสดงถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีที่สุด คือ การพูดให้กำลังใจกับผู้ป่วย เข้าใจและให้อภัยเมื่อผู้ป่วยแสดงกิริยาทำทางที่ไม่เหมาะสมในขณะที่เจ็บป่วย เต็มใจในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย รู้สึกเป็นสุขและภูมิใจเมื่อได้ดูแลผู้ป่วย เข้าใจในกิริยาทำทางการแสดงออกและตอบสนองความต้องการตามความเหมาะสมที่ไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล</li> <li>3. สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีการปรับตัวในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การปรับตัวด้านจิตใจ และการปรับตัวด้านร่างกาย อยู่ในระดับดี ส่วนการปรับตัวด้านสังคม อยู่ในระดับปานกลาง</li> </ol>

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p><b>ผลการวิจัย</b></p>	<p>4.ปัญหาในการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ได้แก่</p> <p>4.1 ปัญหาการปรับตัวทางด้านจิตใจ โดยสมาชิกในครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล และกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเป็นปัญหามากที่สุด</p> <p>4.2 ปัญหาการปรับตัวทางด้านร่างกาย โดยสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับมากที่สุด</p> <p>4.3 ปัญหาการปรับตัวทางด้านสังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนน้อยลง เป็นปัญหามากที่สุด</p> <p>5.สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีบทบาทแตกต่างกัน มีการปรับตัวด้านร่างกาย และด้านจิตใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแตกต่างกัน ส่วนการปรับตัวด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>6.สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีสัมพันธภาพแตกต่างกันมีการปรับตัวด้านจิตใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p>
--------------------------	--



ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	10.สุวพีร์ จันทระเจษฎา / 2547
ชื่อเรื่อง	ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง
กลุ่มตัวอย่าง	<p>กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ</p> <p>1.กลุ่มครอบครัวผู้ป่วย คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้คุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในเรื่องของเพศ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.30 มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.40 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่ญาติต้องเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 56.70 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรมากที่สุด คือ ร้อยละ 83.40</p> <p>2.กลุ่มพยาบาล เป็นพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 15 คน โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 มีอายุอยู่ในช่วง 25.30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.60 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ในช่วง 2-5 ปีร้อยละ 53.30</p>
เครื่องมือ	<p>1.เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 5 ชุด คือ</p> <p>1.1 การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลดความวิตกกังวล โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมของ Swansburg (2002)</p> <p>1.2 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อลด</p>

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<p><b>เครื่องมือ</b></p>	<p>ความวิตกกังวล</p> <p>1.3 แนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1</p> <p>1.4 คู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง การให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต สำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพญาไท 1 ประกอบด้วย รายละเอียดของการปฏิบัติ และ ขั้นตอนการให้ข้อมูล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การรวบรวมข้อมูล 2)วางแผนการให้ข้อมูล 3)ปฏิบัติการให้ข้อมูล และ 4) ประเมินผลภายหลังการให้ข้อมูล</p> <p>1.5 บทวิดีทัศน์ เรื่อง คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต</p> <p>2.เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวทางการปฏิบัติการให้ข้อมูล</p> <p>3.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย</p> <p>3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Spielberg et al. (1983) ซึ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ ระดับความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือนี้เมื่อนำไปทดลองกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เท่ากับ .87</p> <p>3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector (1997) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านลักษณะงาน ด้านการบังคับบัญชา ด้านสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงิน ด้านสภาพการทำงาน และด้านการติดต่อสื่อสาร</p>
--------------------------	--

## ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

<b>เครื่องมือ</b>	วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม เมื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ซึ่งมีค่าเท่ากับ .94
<b>ผลการวิจัย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการปฏิบัติงานวิดิทัศน์ เรื่อง “คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วย” และแบบกำกับการปฏิบัติงาน</li> <li>2. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการให้รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</li> <li>3. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้รูปแบบการให้ข้อมูล กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</li> <li>4. ความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูล แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</li> </ol>

จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดในการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวปรับตัวกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และ สุขภาพทางกาย ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลัก 3 ประการคือ 1) การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม (Education-Orientation) 2) การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) และ 3) การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม (Bedside Support) ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต

1. การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม (Education-Orientation ) ประกอบไปด้วย

1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) เช่น สภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensation information) ได้แก่ การบอกและอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว หรือวิตกกังวล

2. การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) ประกอบด้วย

1) การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) โดยการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม (Flexible Visiting) จัดให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยได้ตามต้องการ

2) การได้รับความมั่นใจ (Assurance) ) คือ การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล

3) การได้รับความสบาย (Comfort) โดยการจัดให้มีสถานที่รอเยี่ยมที่หน้าหอผู้ป่วยวิกฤต แนะนำการสอบถามข้อมูลและอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ แนะนำสถานที่จัดจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล ห้องน้ำที่อยู่ใกล้หอผู้ป่วย สถานที่พักสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด

4) การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) จัดเวลาในการพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา สนับสนุนให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ ให้ความเข้าใจและปลอบใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

5) การให้แหล่งประโยชน์ (Providing resources) ให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยมี หรือสามารถหาได้จากหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือ องค์กรอื่น ๆ ในชุมชน

3. การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม (Bedside Support)

กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และการให้กำลังใจ ซึ่งทำให้ความรู้สึกดีใจหรือความกดดันของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลดลง

การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์

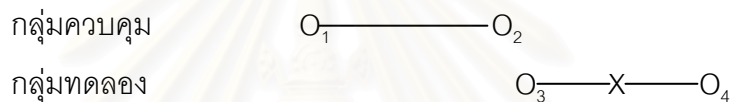
3 ด้าน คือ

- ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม
- ด้านขวัญและกำลังใจ
- ด้านสุขภาพกาย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest Posttest Design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้



- O<sub>1</sub> แทน การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
- O<sub>2</sub> แทน การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
- O<sub>3</sub> แทน การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O<sub>4</sub> แทน การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- X แทน โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นครั้งแรก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราชเป็นครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2549 จำนวน 40 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามแนวคิดของ Polit & Beck (2004) ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ดังนี้
  - 1.1 มีอายุ 20 -59 ปี
  - 1.2 มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง ญาติ (ลุง ป้า น้า อา) ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยโดยทางกฎหมายหรือทางสายเลือดหรืออยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด
  - 1.3 ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน การมองเห็น และการพูด สามารถพูดและฟังภาษาไทย รู้เรื่องและเข้าใจ
  - 1.4 ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตและโรคประสาท
  - 1.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษานี้
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 20 คน จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) โดยให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ (Wong, 1992) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Hall, et.al., 1994) และคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน (Rankin and Monaham, 1991; Knaus et.al, 1991)
3. เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
  - 3.1 ผู้ป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 วัน
  - 3.2 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ครบทั้ง 3 วัน

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 42 คน แต่ต้องคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยจำนวน 2 คน เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 วัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นมีจำนวน 40 คน ซึ่งมีลักษณะดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ จำแนกตามเพศของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

คู่ที่	เพศของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย		ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		คะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	บุตร	บุตร	25	24
2	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา	51	55
3	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา	40	36
4	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา	27	32
5	ชาย	ชาย	บิดา	บิดา	78	25
6	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา	28	25
7	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา	60	55
8	หญิง	หญิง	บุตร	บุตร	22	22
9	หญิง	หญิง	บุตร	บุตร	22	18
10	ชาย	ชาย	บิดา	บิดา	30	33
11	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา	51	48
12	ชาย	ชาย	บิดา	บิดา	20	20
13	ชาย	ชาย	พี่	น้อง	15	14
14	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา	36	33
15	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา	124	128
16	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา	16	20
17	หญิง	หญิง	น้อง	พี่	71	73
18	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา	15	13
19	ชาย	ชาย	สามี	สามี	20	22
20	หญิง	หญิง	บุตร	บุตร	73	70

จากตารางที่ 2 พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่แล้ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คู่ และเป็นเพศชาย 6 คู่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามีหรือภรรยา และเป็นบิดาหรือมารดา จำนวนเท่ากัน คือ 7 คู่ และคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 15-124 คะแนน กลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 14-128 คะแนน อธิบายได้ว่า การประเมินความรุนแรงของโรค (APACHE SCORE III) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย (Physiology) ที่ประเมินจาก สัญญาณชีพ และค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีค่าคะแนน 0-252 คะแนน , อายุ (Age) มีค่าคะแนน 0-24 คะแนน และการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Chronic health evaluation) มีค่าคะแนน 0-23 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 3 องค์ประกอบ จะมีค่า ตั้งแต่ 0-299 คะแนน โดยค่าคะแนนมากแสดงว่า สามารถทำนายอัตราการตายจะเพิ่มมากขึ้นด้วย

จากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในแผนกศัลยกรรม ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคในทางศัลยกรรม เช่น Gun shot wound, Fracture rib with chest injury, Abdominal injury with liver injury เป็นต้น ดังนั้นคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในส่วนที่เป็น Chronic health จึงไม่สามารถให้คะแนนได้ (Chronic health = 0) และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยในส่วนของพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย (Physiology) ที่เก็บโดยการประเมินจากสัญญาณชีพ และค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม มีน้อยมากที่มีความผิดปกติของค่าผลทางห้องปฏิบัติการ จึงทำให้คะแนนของส่วนที่เป็นการประเมินพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อรวมคะแนนขององค์ประกอบทั้ง 3 ตัว ทำให้คะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนในคู่ที่ 15 พบว่า ค่าคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Closed fracture right intertrachaneric with acute renal failure และ โรค CA esophagus and metastatic ตามลำดับ และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มไม่รู้สึกรู้สึกร่วมกับผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมทำให้ค่าผลทางห้องปฏิบัติการมีความผิดปกติค่อนข้างมาก อีกทั้งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุมาก คือกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีอายุ 74 ปี กลุ่มควบคุมผู้ป่วยมีอายุ 60 ปี ทำให้คะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยในส่วนของอายุและพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต (ดังแสดงในภาคผนวก ง) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ วารสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศซึ่งเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตและการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

1.2 กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต โดยวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ การประเมินผล และให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต โดยมีลักษณะโปรแกรมดังนี้

1) การสอนและการปฐมนิเทศก่อนการเยี่ยม (Education-Orientation) เป็นกิจกรรมการพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้านการรับรู้ของครอบครัวก่อนที่จะเยี่ยมผู้ป่วย ตามแนวคิดการให้ข้อมูล (Preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยมของ Chavez and Faber (1987) ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) และการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensation information)

2) การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวด้านการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤตและด้านแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และ Hickey (1996) ซึ่งประกอบด้วย การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

(Proximity) การได้รับความมั่นใจ (Assurance) การได้รับความสุขสบาย (Comfort) การได้รับความกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) และการให้แหล่งประโยชน์ (Providing resources)

3) การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม (Bedside Support) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยมตามแนวคิดของ Daly (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Hodovanic et al. (1984) ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และการให้กำลังใจ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

- 1) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาล ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน
- 2) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน
- 3) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้อำนวยการทางคลินิกประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 1 ท่าน

ทำการตรวจสอบในเรื่องโครงสร้าง ความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การใช้ภาษา ตลอดจนลำดับของเนื้อหา ผลการตรวจสอบคือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า ให้เพิ่มเนื้อหาเรื่องอุปกรณ์เครื่องมือในหออภิบาลผู้ป่วย และให้ตัดเนื้อหาเรื่องการพลิกตะแคงตัวเนื่องจากไม่เหมาะสม และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกันในเรื่องการปรับความชัดเจนของข้อความและความถูกต้องของภาษาที่ใช้

หลังจากนั้น ผู้วิจัยมาพิจารณาอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา จำนวน ภาษา ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ภายหลังจากปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยจึงนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราช

นครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง วันที่ 20 ตุลาคม 2548 จำนวน 5 ราย และปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริงจากการนำไปทดลองใช้ พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเนื้อหาในส่วนที่เป็นการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย เนื่องจากคำบรรยายในคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมากเกินไป ผู้วิจัยต้องบรรยายให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรับทราบอีกครั้ง และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขอให้ปรับเป็นภาพการออกกำลังกายเป็นภาพสี และผู้วิจัยได้ปรับคำบรรยายได้ภาพของการออกกำลังกายให้มีความกะทัดรัดมากขึ้นเพื่อความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย สำหรับเนื้อหาอื่น ๆ สมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ดี โดยที่ไม่มีข้อซักถามอื่น ๆ กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พบว่า มีความเหมาะสม และระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมหลังจากที่ไปทดลองใช้ พบว่า ระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนด สามารถนำไปโปรแกรมไปใช้ในการทดลองต่อไป

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (ดังแสดงในภาคผนวก ง) ซึ่งเป็นลักษณะคำถามแบบเติมคำและให้เลือกตอบ มีข้อความเกี่ยวกับ ชื่อ - นามสกุล เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ข้อมูลส่วนนี้ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกรอกแบบบันทึกรายงานด้วยตนเอง

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน (ดังแสดงในภาคผนวก ง) คือ ส่วนที่ 1 เป็นลักษณะคำถามแบบเติมคำในช่องว่างและให้เลือกตอบ มีข้อความเกี่ยวกับ ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และการวินิจฉัยโรค และส่วนที่ 2 คือ คะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วย (APACHE SCORE III) ของผู้ป่วย ที่พัฒนาขึ้นโดย Knaus และคณะ (1991) โดยเครื่องมือนี้ใช้เป็นพื้นฐานของการวัดการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของผู้ป่วยและปัจจัยที่ทำนายความตาย ซึ่ง Knaus และคณะ ได้ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย 17,440 คนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ใน 40 โรงพยาบาลและได้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นไปได้ของการรอดชีวิตของผู้ป่วยและการทำนายตัวแปรต่าง ๆ ทั้งโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม พยาธิสรีรภาพที่ผิดปกติของผู้ป่วยอายุ และการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งคะแนนของความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น 5 คะแนน จะทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตายเพิ่มขึ้นด้วย (Knaus et.al, 1991) การประเมินความรุนแรงของโรค (APACHE SCORE III) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วย (Physiology) ที่ประเมินจากสัญญาณชีพและค่าของผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการ มีค่าคะแนน 0-252 คะแนน

อายุ (Age) มีค่าคะแนน 0-24 คะแนน และการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Chronic health evaluation) มีค่าคะแนน 0-23 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 3 องค์ประกอบ จะมีค่า ตั้งแต่ 0-299 คะแนน โดยค่าคะแนนมากแสดงว่า สามารถทำนายอัตราการตายจะเพิ่มมากขึ้นด้วย ข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2.2 แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (ดังแสดงในภาคผนวก ง) เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว โดยยึดหลักแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่แบ่งการปรับตัวออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านสุขภาพกาย โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามการปรับตัวดังนี้

2.2.1 ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

2.2.2 ศึกษาเครื่องมือประเมินการปรับตัวโดยใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นหลักในการสร้างเครื่องมือ เช่น แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของ ดาราพรพรรณ อุทัย (2545) แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ กรรณิกา คงหอม (2546) แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวายของ รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) เป็นต้น

2.2.3 รวบรวมแนวคิดจากการศึกษาจากเอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวมาตรวจสอบจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยประเมินการปรับตัวเป็น 3 ด้าน คือ

ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ที่เกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต่อครอบครัวและสังคม อาชีพการงาน แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ (ข้อ 3, 4, 5, 7, 8, 9 และ ข้อ 10) และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 1, 2 และข้อ 6)

ด้านขวัญและกำลังใจ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ที่เกี่ยวกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ (ข้อ 11, 13, 14, 17, 18, 19, และข้อ 20) ข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 12 15 และข้อ 16)

ด้านสุขภาพกาย ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ที่เกี่ยวกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ (ข้อ 23, 24 , 27, และข้อ 30) ข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ (ข้อ 21, 22, 25, 26, 28, และข้อ 29)

แต่ละข้อมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่เป็นความจริงเลย

### เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ระดับการปรับตัว	การให้คะแนน	
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลความหมายคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พิจารณาเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุด,2538)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50 - 5.00	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวในระดับสูงสุด
3.50 - 4.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวในระดับสูง
2.50 - 3.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวน้อย
1.00 - 1.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวน้อยที่สุด

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการตรวจสอบในเรื่องความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา จำนวน 8 ท่าน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาล ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน

2) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 3 ท่าน

3) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้อำนวยการทางคลินิกประจำหออภิบาลผู้ป่วย ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 1 ท่าน

4) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการบริหารการพยาบาล ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน

5) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย จำนวน 1 ท่าน

1.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ด้วยการพิจารณาความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องกันร้อยละ 80 (Polit and Beck, 2004) หรือ 6 ใน 8 ท่าน

ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับความชัดเจนของข้อความและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ ปรับคำถามข้อที่ 5 โดยให้แยกข้อความออกเป็น 2 ข้อ และตัดคำถามข้อที่ 6 เนื่องจากข้อความความหมายเดียวกับคำถามข้อที่ 5 คำถามข้อที่ 9 ปรับให้อยู่ในด้านขวัญและกำลังใจ คำถามปฏิเสธในข้อที่ 24 ข้อ 27 และ ข้อ 30 ให้เปลี่ยนเป็นคำถามเป็นประโยค

บอกเล่า เนื่องจากอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสับสนในการตอบคำถามได้ หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .83

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปรับตัวของ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ที่มี คุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86

## การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2549 ที่หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โดย ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการ ทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต และเครื่องมือประเมินผลที่ใช้ ในการวิจัย ส่วนการเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้ให้ข้อมูลและการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล มหาสารนครศรีธรรมราช เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัย นำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาต โดยชี้แจงเรื่องที่จะ ทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอ พบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย กับฝ่ายการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของขั้นตอน และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย ติดต่อขอใช้อุปกรณ์ และสถานที่ในการทดลองในวันและเวลาที่จัดกิจกรรมต่าง ๆ

3. คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 5 ปี และมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยดังนี้

3.1 แนะนำตัวผู้วิจัยแก่ผู้ช่วยผู้วิจัย และแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและให้รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง

3.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบประเมินการปรับตัวของครอบครัวและให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินพร้อมทั้งซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

## ขั้นที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แรกจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน แล้วจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมในด้านเพศ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย และความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง จนครบ 20 คน อธิบายรายละเอียด แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตัดสินใจว่ามีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ก็ให้ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมแล้วจึงเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักครั้งแรก แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้สมาชิก



ในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และประเมินการปรับตัว (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของหอผู้ป่วยหนัก เช่น การเปลี่ยนรองเท้าเมื่อเข้าเยี่ยม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ ช่วงเช้า เวลา 07.00 – 08.00 น. ช่วงบ่าย เวลา 14.00 – 15.00 น. และช่วงเย็นเวลา 19.00 – 20.00 น. และการกำหนดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละ 1 ชั่วโมง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ สบู่เหลว แปรงหวีผม โลชั่น และกระดาษทิชชู และการตอบคำถามหรือข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นไปตามทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคลตลอดระยะเวลา 3 วัน (72 ชั่วโมง)

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว (Post - test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะเวลาทั้งหมดรวม 3 วัน รายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ทุกวันตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยถึงวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ใช้เวลาวันแรกประมาณ 60-90 นาที และในวันถัดมาประมาณวันละ 25-30 นาที

3.1.1 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 1 ที่บริเวณหออภิบาลผู้ป่วย ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และประเมินการปรับตัว (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต เริ่มจากการให้สมาชิกในครอบครัวนั่งในสถานที่ที่จัดไว้ให้ ผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมการปฐมนิเทศ โดยให้สมาชิกในครอบครัวดูสไลด์มัลติวิชั่น ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วย เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ บุคลากรที่ปฏิบัติงานกฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่จะได้พบและอาจทำให้เกิดความรู้สึกตกใจ สับสนกลัว หรือเป็นห่วง พร้อมมอบ “คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย” ให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถอ่านทบทวนภายหลังได้ ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

3.1.3 ผู้วิจัยนำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียงผู้ป่วยภายในหออภิบาลผู้ป่วย แนะนำและกระตุ้นการเรียกผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจ การสัมผัสผู้ป่วย ให้ความมั่นใจกับสมาชิกในครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด แนะนำชื่อแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย แนะนำถึงสถานที่ต่าง ๆ ที่อำนวยความสะดวกให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น สถานที่พักสำหรับญาติหลังจากที่เสร็จสิ้นจากการเยี่ยมผู้ป่วยแล้ว สถานที่จำหน่ายอาหาร ห้องน้ำที่อยู่ใกล้หอผู้ป่วย เป็นต้น ตลอดจนแนะนำการสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ การยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมในระยะเวลา 3 วันที่เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้พาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตามต้องการและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ซักถาม โดยผู้วิจัยและช่วยชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา แนะนำถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวได้ เช่น แนะนำการติดต่อสังคมสงเคราะห์เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 20-25 นาที

3.1.4 ประเมินความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจะอธิบายและสาธิตการร่วมดูแลผู้ป่วย (กิจกรรมการพยาบาล) และให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงมือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับผู้วิจัยที่ละกิจกรรม โดยผู้วิจัยส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยการซักถาม พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยถึงความรู้สึกในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งนั้น

3.1.5 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 2 ตามการนัดหมายในวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) หลังจากที่สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในห้องที่จัดเป็นส่วนตัว พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกอัดอั้น ความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนช่วยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งในวันถัดไป ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

3.1.6 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 3 ตามการนัดหมายในวันที่ 2 (48 ชั่วโมง) หลังจากที่สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในห้องที่จัดเป็นส่วนตัว พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกอัดอั้น ความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนช่วยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งในวันถัดไป ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

3.1.7 ผู้วิจัยพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยครั้งที่ 4 ตามการนัดหมายในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) ดำเนินการเช่นเดียวกับการพบสมาชิกในครอบครัวในครั้งที่ 2 และ 3 หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินการปรับตัวอีกครั้ง (Post - test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน

### **ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง**

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการปรับตัวในวันแรกก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย (Pre-test) และวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย (Post-test)

## ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย



## การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical package for social science for window (SPSS for window version 13) ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต และเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-5

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

## ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	6	30	6	30	12	30
หญิง	14	70	14	70	28	70
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	5	25	5	25	10	25
30-39 ปี	5	25	10	50	15	37.50
40-49 ปี	5	25	3	15	8	20
50-59 ปี	5	25	2	10	7	17.50
ค่าเฉลี่ย	38.75 ปี		36.05 ปี			
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	16	80	18	90	34	85
อิสลาม	4	20	2	10	6	15
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	2	10	1	5	3	7.50
คู่	16	80	17	85	33	82.50
หย่าร้าง / แยก	2	10	2	10	4	10
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	5	-	-	1	2.50
ประถมศึกษา	13	65	8	40	21	52.50
มัธยมศึกษา	4	20	8	40	12	30
อาชีวศึกษา	-	-	1	5	1	2.50

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	2	10	2	10	4	10
ปริญญาโท	-	-	1	5	1	2.50
<b>อาชีพ</b>						
แม่บ้าน	1	5	4	20	5	12.50
ข้าราชการ	1	5	3	15	4	10
ค้าขาย	5	25	3	15	8	20
รับจ้าง	8	40	5	25	13	32.50
ธุรกิจส่วนตัว	0	0	1	5	1	2.50
ทำสวน	5	25	4	20	9	22.50
<b>รายได้</b>						
น้อยกว่า 5,000 บาท	14	70	14	70	28	70
5,001- 6,000 บาท	2	10	1	5	3	7.50
6,001- 7,000 บาท	-	-	-	-	-	-
7,001- 8,000 บาท	1	5	1	5	2	5
8,001- 9,000 บาท	-	-	-	-	-	-
9,001- 10,000 บาท	1	5	1	5	2	5
มากกว่า 10,000 บาท	2	10	3	15	5	12.50
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>						
บิดา / มารดา	7	35	7	35	14	35
บุตร	4	20	4	20	8	20
พี่ / น้อง	2	10	2	10	4	10
สามี / ภรรยา	7	35	7	35	14	35



จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 38.75 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 36.05 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 85 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.50 ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 52.50 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 32.50 รองลงมามีอาชีพทำสวนร้อยละ 22.50 ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดาหรือมารดา และ สามีหรือภรรยาจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการ  
รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือ  
ครอบครัวระยะวิกฤต ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง**

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกาย ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนการปรับตัว ของกลุ่มทดลอง (n=20)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การปรับตัวด้านการ ทำหน้าที่ทางสังคม	27.650	6.072	26.650	4.295	-0.676	.253 <sup>ns</sup>
2. การปรับตัวด้านขวัญ และกำลังใจ	37.900	3.986	41.200	4.862	2.773	.006 *
3. การปรับตัวด้าน ร่างกาย	32.950	5.799	36.350	5.941	3.590	.001 *
<b>การปรับตัวโดยรวม</b>	98.500	12.072	104.200	11.200	1.886	.037 *

\*  $p < .05$  , <sup>ns</sup>  $p > .05$

จากตารางที่ 4 พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจและการปรับตัวด้านร่างกาย ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจและการปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกาย ของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง ของ กลุ่มควบคุม

คะแนนการปรับตัว ของกลุ่มควบคุม (n=20)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การปรับตัวด้านการ ทำหน้าที่ทางสังคม	26.100	5.929	24.450	6.840	-1.000	.165 <sup>ns</sup>
2. การปรับตัวด้านขวัญ และกำลังใจ	39.800	3.548	39.650	4.464	-0.157	.438 <sup>ns</sup>
3. การปรับตัวด้าน ร่างกาย	30.900	5.251	32.200	6.810	0.997	.165 <sup>ns</sup>
<b>การปรับตัวโดยรวม</b>	96.800	7.252	96.300	11.272	-0.166	.435 <sup>ns</sup>

<sup>ns</sup> p > .05

จากตารางที่ 5 พบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ และการปรับตัวด้านร่างกาย ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการ  
รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ  
ช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ  
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกาย ของสมาชิกในครอบครัว  
ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนการทดลอง ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการปรับตัว ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การปรับตัวด้านการ ทำหน้าที่ทางสังคม	27.650	6.072	26.100	5.929	0.817	.419 <sup>ns</sup>
2. การปรับตัวด้านขวัญ และกำลังใจ	37.900	3.986	39.800	3.548	-1.592	.120 <sup>ns</sup>
3. การปรับตัวด้าน ร่างกาย	32.950	5.799	30.900	5.251	1.172	.249 <sup>ns</sup>
<b>การปรับตัวโดยรวม</b>	98.500	12.072	96.800	7.252	0.540	.592 <sup>ns</sup>

<sup>ns</sup> p > .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของ  
คะแนนการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวรายด้าน พบว่า กลุ่ม  
ทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การปรับตัว  
ด้านขวัญและกำลังใจ และการปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวก่อนการทดลองไม่  
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตอนที่ 4 เปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการ  
รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ  
ช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ**

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและการปรับตัวรายด้าน คือ  
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านร่างกาย ของสมาชิกในครอบครัว  
ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย หลังการทดลองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการปรับตัว หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. การปรับตัวด้านการ ทำหน้าที่ทางสังคม	26.650	4.295	24.450	6.840	1.218	.116 <sup>ns</sup>
2. การปรับตัวด้าน ขวัญและกำลังใจ	41.200	4.862	39.650	4.464	1.050	.150 <sup>ns</sup>
3. การปรับตัวด้าน ร่างกาย	36.350	5.941	32.200	6.810	2.054	.023 <sup>*</sup>
<b>การปรับตัวโดยรวม</b>	104.200	11.200	96.300	11.272	2.223	.016 <sup>*</sup>

\*  $p < .05$  , <sup>ns</sup>  $p > .05$

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนการปรับตัวรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาของกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent Control Group Pretest-Posttest Design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราชเป็นครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2549 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องของ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตที่ประกอบด้วย

1.1 การสอนและการปฐมนิเทศก่อนการเยี่ยม (Education-Orientation)

เป็นกิจกรรมการพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้านการรับรู้ของครอบครัวก่อนที่จะเยี่ยมผู้ป่วย ตามแนวคิดการให้ข้อมูล (Preparatory information) ของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยมของ Chavez and Faber (1987) ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) และการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensation information)

1.2 การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวด้านการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤตและด้านแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) และ Hickey (1996) ซึ่งประกอบด้วย การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) การได้รับความมั่นใจ (Assurance) การได้รับความสบาย (Comfort) การได้รับความกล้าใจและระบายความรู้สึก (Support) และการให้แหล่งประโยชน์ (Providing resources)

1.3 การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม (Bedside Support) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตขณะเข้าเยี่ยมตามแนวคิดของ Daly (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ Hodovanic et al. (1984) ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และการให้กำลังใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว โดยยึดหลักแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยแบบสอบถามทั้งหมดมี 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

9 ข้อ การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ 11 ข้อ และการปรับตัวด้านสุขภาพกาย 10 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยค่าคะแนนรวมมีค่าต่ำสุด 30 คะแนน และสูงสุด 150 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง การปรับตัวไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง การปรับตัวดีหรือเหมาะสม โดยก่อนนำแบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไปใช้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำแบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86

### การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2549 ที่หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คน แรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน แล้วจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมในด้านเพศ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย และความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อจัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง จนครบ 20 คน

2. กลุ่มควบคุม คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยครั้งแรก แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และระยะเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย หลังจากนั้นทำการประเมินการปรับตัว (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) หลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเบียบของหออภิบาลผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนรองเท้าเมื่อเข้าเยี่ยม



ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ ช่วงเช้า เวลา 07.00 – 08.00น. ช่วงบ่าย เวลา 14.00 – 15.00 น. และช่วงเย็นเวลา 19.00 – 20.00 น. และการกำหนดเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละ 1 ชั่วโมง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ สบู่เหลว แปรงหวีผม โลชั่น และกระดาษทิชชู และการตอบคำถามหรือข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นไปตามทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคลตลอดระยะเวลา 3 วัน (72 ชั่วโมง) ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลังจากการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวอีกครั้ง (Post-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. กลุ่มทดลอง คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง โดยในการเข้าครั้งแรกเป็นการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และทำการประเมินการปรับตัว (Pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต โดยเริ่มจากให้กลุ่มตัวอย่างดูสไลด์มัลติมีเดีย เรื่อง “การปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ต่อมา ผู้วิจัยให้การพยาบาลแบบสนับสนุน โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะรับการดูแลที่ดีที่สุด การได้รับความสะดวกสบาย การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึกและการให้แหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเช็ดตัว การหวีผม และการออกกำลังกาย ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งในวันที่ 1(24 ชั่วโมง) วันที่ 2 (48 ชั่วโมง) และวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) หลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยในการพบแต่ละครั้งผู้วิจัยพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกอัดอั้น ความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนช่วยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใช้เวลาประมาณวันละ 25-30 นาที และในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) หลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินการปรับตัวอีกครั้ง (Post - test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วย ผลการวิจัย คือ

1. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าก่อนการทดลอง
2. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

**สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05** โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตเป็นการให้การพยาบาลที่มีผลต่อระดับความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย โดยในระยะแรกของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยกล่าวทักทายสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย (Bleulin, Rook and Sills, 1982; Hodovanic et al., 1984) และกล้าที่จะสอบถามข้อมูลและขอคำแนะนำกับผู้วิจัยหรือพยาบาล (Johnson and Roberts, 1996) และการอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจถึงเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษา การชี้แนะแนวทางการเผชิญปัญหา ชี้แนะแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ ชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับอาการ การรักษา พยากรณ์โรคของผู้ป่วย บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนแนวทางหรือทางเลือกที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (House and Kahn, 1981) เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลายความเครียดที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วย (Hupcey, 1999) และเป็นแนวทางให้สมาชิกในครอบครัวสามารถแก้ปัญหา ประเมินแหล่งสนับสนุน และตัดสินใจได้ถูกต้อง (Miles, 1989; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ซึ่งตรงกับ Ragaisis (1994) ที่กล่าวว่า การสอนและการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลดความเครียดได้ และการศึกษาของ Chien et al. (2006) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่า การให้ข้อมูลพื้นฐานมีผลช่วยประคับประคองด้านจิตสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ การมีสื่อการสอน คือ สไลด์มัลติมีเดียที่มีทั้งภาพและเสียงที่น่าสนใจ เป็นสิ่งที่ส่งเสริมปัจจัยการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539; Perry and Furukava, 1986) เป็นที่ดึงดูดใจและชวนให้ติดตามเรื่องราวต่างๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเรียนรู้ จดจำได้มากขึ้น และมีความเข้าใจดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษา การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อ

วิธีทัศนด้วยการเห็น การได้ยิน ของ Fletcher (1990 อ้างถึงใน วิธนา จีระแพทย์, 2544) พบว่า ช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 75 ที่ได้จากการฟังอย่างเดียว และร้อยละ 40 จากการมองเห็นอย่างเดียว และการได้รับคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถอ่านบททวนภายหลังได้ (Doerr and Jones, 1979 อ้างใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย สามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะพบกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เตรียมคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้เกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) จะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ และจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤต และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542)

นอกจากนี้การให้ความสะดวกสบายแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยการให้เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลผู้ป่วย เพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ สามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคลายความเครียดลงได้ในช่วงระยะเวลาที่ไม่ได้มาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Johnson and Frank (1995) เรื่อง ผลของการให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ต่อการลดความเครียดและความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่า การพยาบาลโดยการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคลายความเครียดและความวิตกกังวลได้

การให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นการตอบสนองของความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (Leske, 1992, 2002) ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและสามารถคลายความเครียดได้ ตรงกับ Hickey (1996) และ Simpson (1991) กล่าวว่า การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจมากกว่าการรับฟังรายงานจากบุคลากรที่เป็นคนแปลกหน้า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่เกิดความสับสน วิตกกังวลจากการจินตนาการไปเองในทางที่ไม่ดีหรือทางลบเนื่องจากไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยม และการไม่จำกัดเวลาเยี่ยม ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย และสามารถลดความวิตกกังวลและทำให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยรู้สึกสงบมากขึ้น (Miracle, 2005) ดังการศึกษาของ Nicholson et al. (1993) ที่จัดให้ข้อจำกัดด้านอายุของผู้เยี่ยมลดลง โดยอนุญาตให้บุตรหลานวัยเด็กเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้ โดยมีการเตรียมตัวก่อนเยี่ยม เข้าเยี่ยมพร้อมพยาบาลและมีการพูดคุย ให้กำลังใจ

และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ก่อนการเข้าเยี่ยม ระหว่างเข้าเยี่ยม และหลังการเข้าเยี่ยม พบว่า บุตรหลานวัยเด็กมีการตอบสนองด้านอารมณ์และด้านพฤติกรรมทางลบลดลง กล่าวคือ การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวจะช่วยให้บุตรหลานวัยเด็กลดความวิตกกังวล ความกลัว และความโกรธหรือพฤติกรรมก้าวร้าวได้

เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์และพยาบาล ร่วมกับการให้พยาบาลอย่างใกล้ชิด เต็มที่ นุ่มนวลและเอาใจใส่ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย มีความวางใจ และมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538)

การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ (ทัศนีย์ อนันตพันธ์พงศ์, 2538; พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534 และอรชร มาลาหอม, 2534) ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกผิด หรือมองว่าตนเองหมดหนทางไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (helplessness) ไม่มีอำนาจ (powerlessness) ที่เกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) และการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีความเชื่อถือไว้วางใจ ยอมรับและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และญาติมีการติดต่อสื่อสารที่ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถให้การดูแลได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ (กุลวดี บุญชูช่วย, 2547) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ รั่มภรดา อินทร (2539) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

การได้รับความไว้วางใจ การเข้าใจถึงความเศร้าหมอง การให้กำลังใจแก่ครอบครัว และการรับฟังความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่จะเป็นประโยชน์มากที่สุด ในภาวะที่มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Hogue, 1990 อ้างใน เหมือนฝัน มณีฉาย 2542) จากการศึกษาของ McHaffie (1992) เกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคมในหอผู้ป่วยเด็ก อากาศหนัก พบว่า ครอบครัวต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากที่สุด กล่าวคือ ครอบครัวต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลบุตร ต้องการความมั่นใจว่าบุตรได้รับการดูแลที่ดีที่สุดแม้เมื่อครอบครัวไม่อยู่ด้วยตลอดเวลาที่โรงพยาบาล ต้องการความหวัง และต้องการการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ ดังนั้น Breu and Dracup (1987) แนะนำว่าพยาบาลควรช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา เป็นการลดพลังงานที่ก่อดำมาจากความวิตกกังวลลง (อุบล นิวัติชัย, 2527) และการสร้างเสริมกำลังใจเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งมีอิทธิพลในการ

เพิ่มพูนศักยภาพสูงสุดในตนเองขณะที่มีความวิตกกังวล จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจ ช่วยลดความกดดัน ความเครียด และความวิตกกังวลลง (สุรียัพร เทพอมรเดช, 2546) สอดคล้องกับ เหมือนฝัน มณีฉาย (2542) ที่กล่าวว่า การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลอื่น ๆ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือการบริการ ได้รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีขวัญกำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการปรับตัวเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจและการปรับตัวด้านร่างกายก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยขั้นรุนแรงของบุคคลในครอบครัวที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีการเตือนล่วงหน้าจึงไม่มีเวลาเตรียมตัว (Leske, 1986) ย่อมทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ และอาจก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากในครอบครัวผู้ป่วยได้ (Leske, 1992; Hickey, 1996) ถ้าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ หรือการเผชิญความเครียดขาดประสิทธิภาพ จะมีผลกระทบต่อร่างกาย ก่อให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยได้ (Lazarus and Folkman, 1984) โดยอธิบายได้ว่า ภาวะเครียดหรือวิตกกังวลจะทำให้ระบบประสาทส่วนกลางมีการเปลี่ยนแปลง โดยเป็นผลมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ โดยระบบประสาทส่วนกลางส่วน Limbic system จะไปกระตุ้น Hypothalamus ซึ่งจะกระตุ้นต่อยังระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System – ANS) ที่ควบคุมระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และจะส่งต่อไปยังปลายประสาทซิมพาธิติก (Sympathetic) และปลายประสาทพาราซิมพาธิติก (Parasympathetic) โดยปลายประสาทซิมพาธิติกจะกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal medulla) เพื่อที่จะหลั่งสารสื่อประสาท Norepinephrine และ Epinephrine ส่วนอีกด้าน ระบบประสาทส่วน Hypothalamus หลั่ง Corticotropin เพื่อกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotropic (ACTH) ซึ่งจะกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (adrenal cortex) ซึ่งจะหลั่ง Glucocorticoids เช่น Cortisol Corticosterone และ Cortisone และทำให้หลั่ง Mineralocorticoids เช่น Aldosterone และ Deoxycorticosterone โดยผลของการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตมีผลต่ออวัยวะสำคัญ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ม้ามมีการหดตัวมากขึ้น มีการหลั่งของกลูโคสมากขึ้น ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้นและการหายใจหอบลึกมากขึ้น ลดระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด ทำให้เลือดแข็งตัวได้ดีขึ้น และมี

การขยายของม่านตา (Ignatavicius and Bayne, 1991) นอกจากนี้ ภาวะเครียดมีผลทำให้ปวดศีรษะมากขึ้น เป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เป็นโรคหอบหืด เป็นต้น (รายละเอียดดังแสดงในบทที่ 2 )

การได้รับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหอบหืดของผู้ป่วย จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคลายความเครียดและความวิตกกังวล สามารถพูดคุยระบายความเครียด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์กับสมาชิกในครอบครัวและญาติของผู้ป่วยคนอื่น ๆ (สุมลมาลย์ พิพัฒน์นวรร, 2547) ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัว ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับในหอบหืดของผู้ป่วย และคำแนะนำในการแก้ปัญหา ย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการปรับตัวในด้านขวัญและกำลังใจได้ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวในด้านร่างกายที่ดีต่อไป จากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ในกลุ่มทดลองสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง จะมีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองด้วย และสมาชิกในครอบครัวส่วนน้อยที่มีคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ก็จะมีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chavez and Faber (1987) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ข้อมูลและการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการให้ข้อมูลและการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูลและการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แต่ค่าความดันโลหิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการให้ข้อมูลและการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไม่แตกต่างกันที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อพิจารณาการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง กล่าวคือ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวครั้งนี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาส่วนตัวน้อยลง การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม หรือใน

ชุมชนน้อยลง เวลาในการพักผ่อนหรือทำงานอดิเรกน้อยลง และสมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาว่างเพียงพอในการเข้าร่วมสังคมและพูดคุยกับเพื่อนบ้านตามปกติ อธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย มีความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Leske, 1992, 2002) ในช่วงระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียสละบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตนเอง โดยการมาเฝ้าดูอาการของบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวอย่างใกล้ชิด ซึ่งตรงกับการศึกษาเชิงสำรวจของ สุมลมาลย์ พิพัฒน์นวร (2547) เกี่ยวกับการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว พบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะต้องบริหารจัดการภาระงานต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันจะต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่โรงพยาบาลด้วย ดังนั้น กิจกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวที่เคยปฏิบัติร่วมกันในครอบครัวและชุมชน จะต้องปรับลดเวลาหรือลดกิจกรรมลง เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ ดังนั้นการปรับตัวด้านสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตจึงไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม หากมีการวัดการปรับตัวในระยะยาว ก็อาจจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการประเมินตัดสิน (Appraisal) เผชิญกับความเครียด (Coping) และประเมินตัดสินเหตุการณ์ต่าง ๆ ตรงกับความเป็นจริง จะทำให้แยกแยะปัญหาของตนเองได้ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม บทบาทต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม บทบาทในครอบครัว หรือบทบาทการเป็นคู่ครอง จะยังคงดำเนินต่อไปได้ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ในสังคมที่ดีต่อไป (Lazarus and Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zarit , Todd and Zarit (1986) ที่พบว่า ระยะในการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น เพราะการเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลได้มีโอกาสปรับตัว โดยมีพัฒนาการในการเผชิญปัญหาและมีการพัฒนาจิตใจมากขึ้นด้วย (กรรณิกา คงหอม, 2546)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยขั้นรุนแรงของบุคคลในครอบครัวที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่ไม่มี การเตือนล่วงหน้าจึงไม่มีเวลาเตรียมตัว (Leske, 1986) ย่อมทำให้มีผลกระทบกระเทือนต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ และอาจก่อให้เกิดความเครียดอย่างมากในครอบครัวผู้ป่วยได้ ( Leske, 1992; Hickey, 1996) โดยสมาชิกในครอบครัวกลุ่มควบคุมจะต้องเผชิญกับความเครียดกับเหตุการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย โดยการรออยู่หน้าหอผู้ป่วย คิดคาดการณ์ไปเอง เนื่องจากพยาบาลประจำการ ยังมุ่งช่วยชีวิตผู้ป่วย จึงให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยน้อยลง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) การจำกัดเวลาเยี่ยมที่ต้องเป็นไปตามกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหออภิบาลผู้ป่วยที่ไม่มีแบบแผนและไม่ครบถ้วน เป็นไปตามทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคล และการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจและสังคมที่มีน้อยมากของพยาบาลประจำการ สิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขาดแหล่งสนับสนุนในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (Bleulin, Rook and Sills, 1982; Hodovanic et al., 1984) ประกอบกับการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหออภิบาลผู้ป่วยก่อนการเข้าเยี่ยม อุปกรณ์เครื่องมือในหออภิบาลผู้ป่วยที่สมาชิกในครอบครัวจะได้พบเห็น หรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (McQuay, 1995) อีกทั้ง การดูสไลด์มัลติมีเดียที่ส่งเสริมปัจจัยการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539; Perry and Furukava, 1986) ทั้งยังได้คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยที่สามารถอ่านบททวนภายหลังได้ (Doerr and Jones, 1979 อ้างใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัวกลุ่มทดลองยังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว

ผู้ป่วย (Leske, 1992, 2002) ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและสามารถคลายความเครียดได้ การให้เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลผู้ป่วย เพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้รับกำลังใจแก่ครอบครัวและการรับฟังความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่จะเป็นประโยชน์มากที่สุดในภาวะที่มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Hogue, 1990 อ้างถึงใน เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) ตลอดจนการแนะนำแนวทางหรือทางเลือกที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (House and Kahn, 1981) จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีความเข้มแข็งทางจิตใจในการต่อสู้กับความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (สุรียพร เทพอมรเดช, 2546) มีการประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง มีเวลาเตรียมตัวที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด และเตรียมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาไว้ล่วงหน้าได้ (Lazarus and Folkman, 1984) จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) มากกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Leske, 1992, 2002) ในช่วงระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียสละบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตนเอง ทั้งในหน้าที่การงานและการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการมาเฝ้าดูอาการของบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวอย่างใกล้ชิด ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พเยาว์ ประเสริฐศรี (2545) เกี่ยวกับการปรับตัวด้านสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า การปรับตัวด้านสังคม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังปรับตัวได้น้อยที่สุด คือ การไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่นได้ เช่น งานบุญงานมงคลต่าง ๆ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า สมาชิกในครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่าสมาชิกในครอบครัวกลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการประเมินตัดสิน (Appraisal) เชิญกับความเครียด (Coping) และประเมินตัดสิน

เหตุการณ์ต่าง ๆ ตรงกับความเป็นจริง จะทำให้แยกแยะปัญหาของตนเองได้ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม บทบาทต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม บทบาทในครอบครัว หรือบทบาทการเป็นคู่ครอง จะยังคงดำเนินต่อไปได้ (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่งจะเป็นแนวโน้มในการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีต่อไป

สำหรับการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การปรับตัวเป็นผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียดที่บุคคลต้องผ่านกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมิน แล้วตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ (Lazarus and Folkman, 1984) คือ ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factor) ประกอบด้วย ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ และความสามารถในการทำนายเหตุการณ์ และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ประกอบด้วย 1) ข้อผูกพันที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ และมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดมาก 2) ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ทำลายความสามารถของตน (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) และการที่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้พูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับญาติพี่น้องในครอบครัว เพื่อนบ้านที่มาเยี่ยม ตลอดจนการใช้หลักธรรมทางศาสนา บทสวดทางศาสนา เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวด้านจิตใจในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ (สุมลมาลย์ พิพัฒน์นวร, 2547) งานวิจัยครั้งนี้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แม้ว่าผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงโดยการจับคู่ (Matched Pair) คือ เพศเดียวกัน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเหมือนกัน เช่น สามี/ภรรยา พี่/น้อง ปิตา/มารดา เป็นต้น และคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน แต่ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เป็นปัจจัยแทรกซ้อน (Confounding factor) ที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ สมาชิกในกลุ่มควบคุมอาจจะใช้วิธีการลดความเครียดของตนเองโดยการหาแหล่งประโยชน์ เช่น สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับญาติพี่น้องในครอบครัว เพื่อนบ้านที่มาเยี่ยม หรือพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับญาติผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่อยู่ข้างเคียง เป็นต้น การได้รับข้อมูลจากการพยาบาลตามปกติ ที่อาจจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมคลายความเครียดและความวิตกกังวลได้ หรือการรับรู้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่รับรู้ได้ไม่เท่ากัน อีกทั้งอาการของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัว ยังอยู่ในภาวะวิกฤตมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีภาวะเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็น

ผลให้การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิกุล ตันติธรรม (2533) ที่ศึกษา ผลของการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล พบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต คือ การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และคำแนะนำในการแก้ปัญหา การให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (Leske, 1992, 2002) การได้รับการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก และได้รับกำลังใจหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา จะทำให้ความกดดัน ความอึดอัดใจ และความวิตกกังวลลดลง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและสามารถคลายความเครียดได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีการปรับตัวในด้านขวัญและกำลังใจได้ดีขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984) และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายต่อไป สอดคล้องกับ Ignatavicius and Bayne (1991) ที่ได้อธิบายพยาธิสรีรภาพของภาวะเครียดที่มีผลกระทบต่อร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีอาการหดตัวมากขึ้น มีการหลั่งของกลูโคสมากขึ้น ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย อัตราการหายใจเร็วขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chavez and Faber (1987) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลและการปฐมนิเทศก่อนการเข้าเยี่ยม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตเป็นการพยาบาลที่สามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เป็นกำลังสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะจากผลการวิจัยดังนี้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรนำโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตไปใช้ในระบบบริการในหอผู้ป่วย

1.2 พยาบาลควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานในหอผู้ป่วย โดยมีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหอผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้มากขึ้น มีการยืดหยุ่นการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยมากขึ้น ปรับให้มีการเข้าไปติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น และให้ความสำคัญของการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้เทียบเท่ากับการดูแลผู้ป่วย

1.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวให้คลายความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

#### 2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแบบแผนการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway guideline or care map) และพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การประกันคุณภาพด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.2 จัดให้มีการให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จะนำไปใช้ในการให้การพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ

#### 3. ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดให้มีการเรียนการสอนสำหรับพยาบาลประจำการหรือนักศึกษาพยาบาล โดยนำโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตมาฝึกใช้ในการให้บริการและดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การเข้ากลุ่มสนับสนุน (Support Group) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การให้ข้อมูลหรือการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ (Telephone Intervention) เป็นต้น เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

2. ศึกษาการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและประเมินผลในระยะยาว เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ศึกษาปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งศึกษาหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรรณิกา คงหอม. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล  
สัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจาก  
ครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม. 2546. การปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่  
ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กุลวดี บุญชูช่วย. 2547. การรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย  
สุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณินันต์ บุรีเทศน์. 2540. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วย  
ภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณี  
โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการ  
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชฎานิศ ลีวานิช. 2540. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของ  
ญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ช่อลดา พันธุ์เสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผน  
สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ชุตินา อรุโณทยานันท์. 2547. การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะวิกฤต. ใน การ  
ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2, 599-614. กรุงเทพมหานคร : พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. 2541. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก  
ของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ดาราพรรณ อุทัย. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ อนันต์พันธ์พงศ์. 2538. **ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาฏยา เอื้องไพโรจน์. 2535. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. 2546. **ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- นิภา นิธิยานน. 2530. **การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- นิภาพร ภารัตน์วงศ์. 2547. **การเผชิญความเครียดกับปัจจัยทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยในหอบำบัดผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลตากสิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เนตรนภา กาบมณี. 2541. **ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อสุขภาพกายขวัญกำลังใจ และการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประคอง กรวรรณสุต. 2538. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- พรจันทร์ พงษ์พรหม. 2534. **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพกายหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียววี ประเสริฐศรี. 2545. **การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิกุล ตันติธรรม. 2533. **ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. 2534. **ผู้ป่วยวิกฤตกับการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : ตีรณสาร.
- มารยาท วัชรเกียรติ. 2536. **ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยฉุกเฉิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลี ล้วนแก้ว. 2522. **ความเครียดในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา อยู่เปล้า. 2543. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัมภรรดา อินทร. 2539. **ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. **การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วี เจ พรินต์ติ้ง.
- รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ. 2543. **รายงานวิจัย : ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว.** กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รุ่งทิพย์ เบ้าตู่. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งรัตน์ วณิชภิกษาติ. 2540. **ความเครียด แหล่งประโยชน์ และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลออ หุตางกูร. 2534. **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม.** กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วงรัตน์ ไสสุข. 2545. **ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วัฒนา น้ำเพชร. 2538. **คุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต.** วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย. 8 (2) : 1-2.
- วันเพ็ญ ปันราช. 2532. **มโนคติเกี่ยวกับครอบครัว ในวรรณภา ศรีธัญรัตน์ และสุจารี อมรกิจบำรุง (ผู้รวบรวม). การพยาบาลฟื้นฟู : การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เล่ม 1.** ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ขอนแก่น.
- วิภาวรรณ ชะอู่. 2536. **ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช. 2535. **การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.** *สงขลานครินทร์เวชสาร.* 10 (4) : 313-317.
- วีณา จีระแพทย์. 2544. **สารสนเทศทางการพยาบาลและทางสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา ลิ้มสกุล. 2545. **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2530. **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 3.** กรุงเทพมหานคร : เอเชียเพรส.

- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2.** พิมพ์ครั้งที่ 11.  
กรุงเทพมหานคร : วี.จี.พรีนติ้ง.
- สมนึก สกูลหงส์โสภณ. 2540. **ประสิทธิผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ  
รอยต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย  
มะเร็งระยะสุดท้าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาล  
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพันธ์ หิญาชีระนันท์. 2541. บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะ  
วิกฤต. **วารสารพยาบาล.** 47(มกราคม- มีนาคม) : 25-34.
- สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. 2539. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.**  
ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุทธินี วัฒนกุล. 2547. **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบ  
แผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนนมาลย์ พิพัฒน์บวร. 2547. **การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรีย์พร เทพาอมรเดช. 2546. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถ  
ในการทำหน้าที่และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด  
หัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวพีร์ จันทร์เจษฎา. 2547. **ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจ  
ในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

- ศากุล คงพันธ์. 2533. **ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับความผาสุก โดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เหมื่อนฝัน มณีฉาย. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ กับการเผชิญ ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรชร มาลาหอม. 2534. **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการ พ้นสภาพภายหลังผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไตและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ ได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอุษา บัดจิ่งหรีด. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารีย์ บุญบรรทัดกุล. 2538. **ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองของ ความ ต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดมพร ยิ่งไพบูลย์สุข. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทาง สังคม กับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล นีวัตชัย. 2527. **หลักการพยาบาลจิตเวช.** เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ. 2541. **ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะ วิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544. **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ชันต์การพิมพ์.
- อุไรพร พงศ์พัฒน์นาวุฒิ. 2532. **ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต. คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอมอร จตินธร. 2547. การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. ใน **การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2**, 637-650. กรุงเทพมหานคร : พี. เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด.

### ภาษาอังกฤษ

Aimin, G. 1999. **Effect of informational support on anxiety among family members of critical ill patients.** Master's Thesis, Department of nursing science in medical and surgical nursing, Graduate School, Chiang Mai University.

Aquilera, D. C., and Messick, J. M. 1982. **Crisis intervention.** 4<sup>th</sup> ed. St Louis : Mosby.

Appleyard, M. E., Gavaghan, S. R., Gonzalea, C., Ananian, L., Tyrell, R. and Carroll, D. L. 2000. Nurse - coached intervention for the families of patients in critical care units. **Critical Care Nurse.** 20 (3) : 40 - 48.

Baker, C., and Nieswiadomy, R. M. 1988. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. **Heart & Lung.** 17 (4) : 441-446.

Bailey, R. 1989. **Stress and coping in nursing.** London : Chapman and Hall.

Bedsworth, J. A. & Molen, M. T. 1982. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. **Heart & Lung.** 11 (5) : 450-456.

Bernstein, L. P. 1990. Family-center care of the critical ill neurological patient. **Critical care nursing clinics of North America.** 2 (1) : 41-49.

Bleulin, J. L., Rook, J., and Sills, G. 1982. Family in crisis : The impact of trauma. **Clinical Care Quarterly.** 5 (12) : 38-45.

Breu, C. S., and Dracup, K. A. 1987. Helping the spouse of critically ill patients. **American Journal of Nursing.** 78 (1) : 51-53.

Chavez, C. W., and Faber, L. 1987. Effect of education-orientation program on family members who visit their significant other in intensive care unit. **Heart & Lung.** 16 (1) : 92-99.

Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W. and Ip, W. Y. 2006. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit : A quasi-experimental study. **International Journal of Nursing Studies.** 43 (1) : 39-50.

- Covinsky, K. E., Desbiens, N. and Lynn, J. 1994. The impact of serious illness on patients' families. **JAMA**. 272 (23) :1839-1844.
- Craven, R. F., and Sharp, B. H. 1972. The effects of illness on family functions. **Nursing Forum**. 11 (2) : 186-193.
- Daly, J. M. 1999. Visitation Facilitation. In G. M. Bulechek, and J. C. McCloskey (eds.). **Nursing intervention : Effective nursing treatments**. pp.650-657. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Eberly, T. W. et.al. 1985. Parental stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. **Critical Care Quarterly**. 8 (1) : 57-65.
- Friedman, M. M. 1986. **Family nursing : Theory and assessment**. 2<sup>nd</sup> ed. Connecticut : Apleton-Century-Crofts.
- Gaglione, K. M. 1984. Assessing and intervention with families of CCU patients. **Nursing Clinics of North America**. 19 (9) : 427-432.
- Gilliss, C. L., Higriley, B. L., Roberts, B. M. and Martinson, I. M. 1988. **Toward a science of family nursing**. California : Addison-Wesley.
- Given, B. A. & Given, C. W. 1991. Family caregiving for the elderly. **Annual Review of Nursing Research**. 9 (1) : 77-101.
- Griogo, L. C. 1993. Physiologic and psychologic factors related to depression in patients after myocardial infarction : A pilot study. **Heart & Lung**. 22 (5) : 392-400.
- Hall, K. M., Karzmark, P., Stevens M., Englander, J., O'Hare, P. and Wright, J. 1994. Family stressors in traumatic brain injury : A two-year follow-up. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 75 (8) : 876-884.
- Halm, M. A. 1990. Effect of support groups on anxiety of family members during critical illness. **Heart & Lung**. 19 (1) : 62-71.
- Halm, M. A. et.al. 1993. Behavioral responses of family members during critical illness. **Clinical Nursing Research**. 2 (4) : 414-437.
- Helgeson, V. S. 1992. Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. **Journal of Personality and Social Psychology**. 63 (4) : 656-666.

- Hickey, M. 1996. Psychosocial needs of families. In J. M. Chochoy, C. Breu, S. Cardin, E. B. Rudy, and A. A. Whittaker (eds.). **Critical Care Nursing**. 2<sup>nd</sup> ed, pp.91-101. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Hodovanic, B. H., Reardon, D., Reese, W., and Hedges, B. 1984. Family crisis intervention program in the medical intensive care unit. **Heart & Lung**. 13 (3) : 243-249.
- Horn, E. V., and Tesh, A. 2000. The effect of critical care hospitalization on family members : Stress and responses. **Dimensions of Critical Care Nursing**. 19 (4) : 40-50.
- House, J. S. & Kahn, R. L. 1981. Measures and concepts of social support. In Cohen, S., Syne, S. Lenard (Eds). **Social Support and Health**. Orlando : Academic Press.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., and Morton, P. G. 1998. **Critical care nursing : A holistic approach**. Philadelphia : Lippincott.
- Hupcey, J. 1999. Looking out for the patient and ourselves : The process of family integration into the ICU. **Journal of Clinical Nursing**. 8 (3) : 252-262.
- Ignatavicius, D. D. and Bayne, M. V. 1991. **Medical-surgical nursing : A nursing process approach**. Philadelphia : W.B. Saunders company.
- Jamerson, P. A., et.al. 1996. The experiences of families with the relative in the intensive care unit.. **Heart & Lung**. 25 (6) : 467-474.
- Johnson, K. A. 1986. 10 ways to help the family of critical ill patient. **Nursing**. 16 (1) : 50-53.
- Johnson, L. H., and Robert, S. L. 1996. Hope facilitating strategies for the family of the head injury patient. **Journal of Neuroscience Nursing**. 28 (4) : 259-266.
- Johnson, M. J. and Frank, D. I. 1995. Effectiveness of a telephone intervention in reducing anxiety of families of patients in an intensive care unit. **Applied Nursing Research**. 8 (1) : 42-43.
- Knaus, W. A., et al. 1991. The APACHE III prognostic system : Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. **Chest**. 100 (6) : 1619-1636.

- Leventhal, H., and Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experimentation :  
Development of a theory of self-regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt,  
J. K. Sdipper and R. C. Leonard (eds.). **Behavioral science and nursing theory.**  
pp. 189-262. St.Louis : Mosby.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. 1984. **Stress appraisal and coping.** New York :  
Spinger Publishing.
- Leske, J. S. 1986. Needs of relatives of critically ill patient : A follow up. **Heart & Lung.**  
15 (2) : 189-193.
- Leske, J. S. 1992. Comparison rating of need importance after critical illness from  
family members with varied demographic characteristic. **Critical Care Nursing  
Clinic of North America.** 4 (4) : 607-613.
- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety.  
**AORN Journal.** 64 (4) : 424-436.
- Leske, J. S. 2002. Intervention to decrease family anxiety protocols for practice.  
**Critical Care Nurse.** 22 (6) : 61-65.
- Marefell, J. A., and Garcia, J. S. 1995. Contracted visiting hours in the coronary care  
unit. **Nursing Clinic of North America.** 30 (1) : 87-96.
- McHaffie, H. E. 1992. Social support in the neonatal intensive care unit. **Journal of  
Advance Nursing.** 17 (3) : 279-287.
- McQuay, J. E. 1995. Support of families who had a loved one suffer a sudden injury,  
illness, or death. **Critical Care Nursing Clinics of North America.**  
7 (3) : 541-547.
- Meisel, M. 1991. Psychosocial implications in care of the critically ill patient and family.  
IN J. T. Dolan (ed.). **Critical Care Nursing : Clinical management through the  
nursing process.** Philadelphia : F. A. Davis.
- Miles, M. S. 1989. Parents of critically in premature infants sources of stress. **Critical  
Care Nursing Quartery.** 12 (3) : 69-74.
- Miracle, V. A. 2005. Critical care visitation. **Dimensions of Critical Care Nursing.**  
24 (1) : 49-50.



- Mishel, M. H. 1988. Uncertainty in illness. **Image Journal of Nursing Scholarship**. 20 (4) : 225-232
- Muhleandamp, A. F. and Sayles, J. A. 1986. Self-esteem, social support and positive health practices. **Nursing Research**. 35 (6) : 334-338.
- Murata, J. M. 1995. Family stress, mother's social support, depression, and son's behavior problems : Modeling nursing interventions for low-income innercity families. **Journal of Family Nursing**. 1 (1) : 41-62.
- Nicholson, A. C., et al. 1993. Effect of child visitation in adult critical care units : A pilot study. **Heart & Lung**. 22 (1) : 36-45.
- Perry, M. A., and Furukava, M. J. 1986. Modiling methods. In E. H. Kanfer, and A. P. Goldstein (eds.), **Helping people change**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford : Pergamon.
- Polit, D. F., and Beck, T. 2004. **Nursing research : Principle and methods**. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia : A Wolters Kluwer Company.
- Prevost, S. S. 1997. Individual and family response to the critical care experience. In J. C. Hartshornn, and M. L. Sole (eds.). **Introduction to Critical Care Nursing**. 2<sup>nd</sup> ed.. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Ragaisis, K. M. 1994. Critical incident stress debriefing : A family nursing intervention. **Archives of Psychiatric Nursing**. 8 (1) : 38-43.
- Rankin, S. H., and Monaham, P. 1991. Great expectations : perceived social support in couples experiencing cardiac surgery. **Family Relation**. 40 (4) : 297-302.
- Rice, R., Balakas, K., Prake, V. K., Freed, P. E., and Schappe, A. C. 2001. Patient education in the home. In R. Rice (Ed.), **Home care nursing practice : Concepts and application**. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis :Mosby.
- Roberts, S. L. 1986. The role of the family in critical care. In S.L. Roberts (ed.), **Behavioral Concepts and the Critical Ill Patient**. pp. 352-371. Chicago : Prentice Hall
- Roy, S. C. , and Andrews, H. A. 1999. **The Roy adaptation model**. 2<sup>nd</sup> ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Simpson, T. 1991. Critical care patients' perceptions of visits. **Heart & Lung**. 20 (6) : 681-688.

- Titler, M. G., Cohen, M. Z. and Craft, M. J. 1991. Impact of adult critical care hospitalization : Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. **Heart & Lung**. 20 (2) : 174-182.
- Tracy, J., Fowler, S. and Magarelli, K. 1999. Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. **Applied Nursing Research**. 12 (3) : 121-127.
- Walker, A. J., Pratt, C. C., Shin, & Eddy, L. 1995. Informal caregiving to aging family members. **Family Relation**. 44 (10) : 402-411.
- Wong, C. A. and Bramwell, L. 1992. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. **Cancer Nursing**. 15 (5) : 363-371.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., and Zarit, J. M. 1986. Subjective burden of husbands and wives as caregivers : Longitudinal study. **Gerontologist**. 26 (3) : 260-266.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



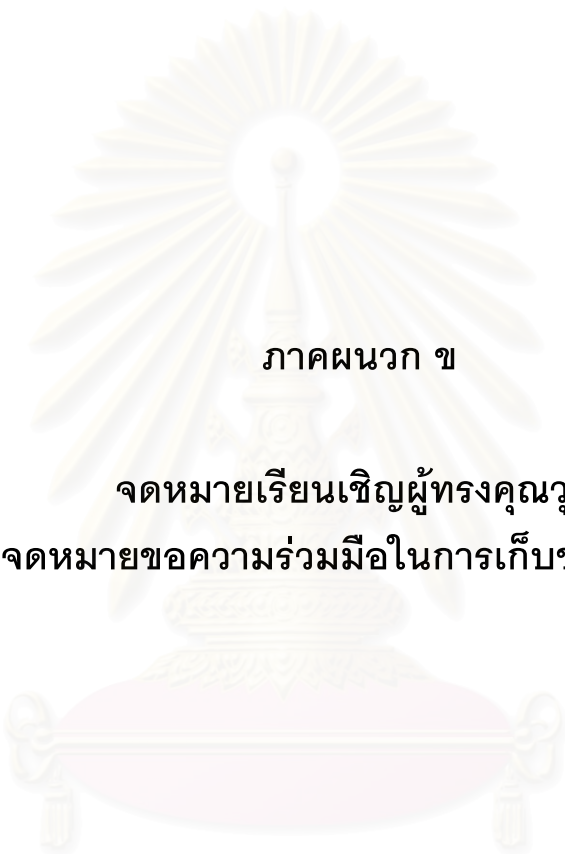
ภาคผนวก ก.  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
อาจารย์เพ็ญจันทร์ แสนประสาน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิกุล ตันติธรรม	อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลรามธิบดี
อาจารย์ ดร.สุภาพร ด้วงแพง	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหพราน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิจิตรา กุสุมภ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
นางสาวสุมล เกษรอนิชาวัฒน์	ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางจรัลวัฒน์ คงทอง	หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นางสาวธารทิพย์ วิเศษธาร	หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติ บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เตือกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เตือกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เข็อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิกุล ตันติธรรม อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิกุล ตันติธรรม

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เข็อกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ที่อนิสิต

นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. สุภาพร ด้วงแพง อาจารย์พยาบาลเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ดร. สุภาพร ด้วงแพง

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกวร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ที่อนิสิต นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เข็อกกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิจิตรา กุสุมภ์ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิจิตรา กุสุมภ์

งานบริการการศึกษา

โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เข็อกกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ที่อนิสิต

นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เข็อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุมล เกษรอนิวัฒน์นา ผู้ตรวจการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสุมล เกษรอนิวัฒน์นา

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เข็อกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ที่อนิสิต นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เตือกกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวจวีวัฒน์ คงทอง และนางสาวธารทิพย์ วิเศษธาร

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เตือกกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ที่อนิสิต นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2 กันยายน 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการถ่ายภาพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์เข้าถ่ายภาพเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในหออภิบาลผู้ป่วย ในการจัดทำคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการถ่ายภาพดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

30 กันยายน 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยมี อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ICU1) โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต และแบบสอบถามการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร.0-2218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-9824

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ที่อนิสิต นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง โทร.0-1370-9296



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 043/2548

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก  
 THE EFFECT OF FAMILY CRISIS INTERVENTION PROGRAM ON ADAPTATION OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS ADMITTED IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

อนุมัติ ภายใต้เงื่อนไข คือ.....

.....

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 ประธาน  
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปริดา ทักมประดิษฐ์)

 เลขานุการ  
 (ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ชูานีพานิชสกุล)



**ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-7534-0250 ต่อ 2122-24

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-1370-9296

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบ  
ด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต

2.2 เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติพยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยให้การพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยได้จัดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วย อีกกลุ่มคือกลุ่มทดลองที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบประเมินการปรับตัวของครอบครัวจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยและหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมิน หลังจากได้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

4. โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ประกอบด้วย 1) การสอนและการปฐมนิเทศก่อนเข้าเยี่ยม โดยการให้ข้อมูลด้านกระบวนการและการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก จากผู้วิจัย 2) การพยาบาลแบบประคับประคอง ที่ประกอบด้วย การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจ การได้รับความสุขสบาย การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก

และการให้แหล่งประโยชน์ และ 3) การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยม โดยการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มสมาชิกในครอบครัวแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 40 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต 20 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้านเพศของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และคะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

6. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏวิธีที่เป็นความเสี่ยง หรือก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ แก่ท่านและผู้ป่วย และไม่มีผลต่อการบริการและการบำบัดรักษาแต่อย่างใด เพียงแต่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต และการตอบแบบประเมินการปรับตัว

7. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ท่านและผู้ป่วยพึงจะได้รับ

8. ไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าใช้จ่ายให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

9. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหรือเหตุผลที่ต้องยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยไม่ถึง 3 วันอันเนื่องมาจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยอย่างกะทันหัน

10. คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ภาคผนวก ง

### ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

- ส่วนที่ 1 โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต
- ส่วนที่ 2 บทสไลด์มัลติมีเดียเรื่อง การปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย
- ส่วนที่ 3 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
1.การสอนและการปฐมนิเทศ (Education-Orientation) ใช้เวลา 15-20 นาที	เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาล	<p>1.สร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดิ์คะ ดิฉันชื่อ นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์ บำรุง เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย อาการและสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ภายในโรงพยาบาลที่ท่านสามารถจะหาได้ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของท่าน รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ท่านได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ชักถามข้อสงสัย และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเอง พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง และขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>		<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ทราบถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั่วไปของหอผู้ป่วยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย</p>		<p>และให้คำแนะนำแก่ท่านเสมอ</p> <p>2.การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ และความรู้สึก</p> <p>2.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไปของหอผู้ป่วย บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย</p> <p>หออภิบาลผู้ป่วยนี้มีประตู 2 ชั้น เมื่อผ่านประตูชั้นแรกแล้ว จะมีที่สำหรับเปลี่ยนรองเท้าอยู่ด้านขวามือของท่าน ท่านต้องเปลี่ยนรองเท้าเป็นรองเท้าสีน้ำตาลเข้มหรือสีดำที่ทางหอผู้ป่วยจัดไว้ให้ ถัดมาจะเป็นน้ำยาสำหรับล้างมือก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ท่านควรกดน้ำยาแล้วนำมาถูมือของท่าน แล้วจึงเปิดประตูชั้นในเพื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยเตียงที่ 1-3 จะอยู่ด้านในสุดทางซ้ายมือของท่าน และเตียงที่ 4-9 จะอยู่ด้านขวามือของท่าน มีห้องแยก 2 ห้อง คือ เตียงที่ 10 และ 11 เคาน์เตอร์ทำงานของพยาบาลจะแบ่งออกเป็น 2 ทีม คือ ทีมที่ 1 รับผิดชอบผู้ป่วยเตียงที่ 1-6 และทีมที่ 2 รับผิดชอบผู้ป่วยเตียงที่ 7-11</p> <p>แพทย์และพยาบาลจะคอยให้การดูแลผู้ป่วยตลอด</p>	<p>ผู้วิจัยมอบ “คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย” ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโดยให้ดูสไลด์มัลติมีชั่น เรื่อง การปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>- สไลด์</p> <p>- มัลติมีชั่น</p> <p>- คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอภิบาลผู้ป่วย</p>	<p>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>24 ชั่วโมง โดยทีมพยาบาลจะประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด แต่งกายด้วยชุดสีชมพู มีป้ายชื่อติดที่หน้าอกทางด้านซ้ายทุกคน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะสลับกันในแต่ละเวร โดยแบ่งเป็น 3 เวร คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ในเวรเช้าจะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 11 คน เวรบ่าย และเวรดึก จะมีพยาบาลวิชาชีพเวรละ 7 คน สำหรับแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ของผู้ป่วยจะมีป้ายชื่อติดไว้ที่หัวเตียงของผู้ป่วยทุกเตียง</p> <p>ทีมพยาบาลจะคอยให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยช่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และต่อเนื่อง ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพและประสานงานกับญาติผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน</p> <p>เวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ที่ทางหอผู้ป่วยได้กำหนดไว้ แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเช้า เวลา 07.00 – 08.00น.</p>			



โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือพิเศษที่พบบ่อยๆ ในหออภิบาลผู้ป่วย</p>	<p>ช่วงบ่าย เวลา 14.00 – 15.00 น. และช่วงเย็นเวลา 19.00 – 20.00 น.</p> <p>2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย เครื่องมือต่าง ๆ ในหออภิบาลผู้ป่วยที่ท่านมักจะพบเห็นบ่อย ๆ คือ</p> <p>ก. เครื่องช่วยหายใจ ที่มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ ตั้งอยู่หัวเตียงของผู้ป่วย มีสายต่อกับท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยซึ่งอยู่ที่ปาก จมูก หรือคอของผู้ป่วย เครื่องนี้จะมีเสียงดังตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย และจะมีเสียงร้องเตือนในกรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ข้อต่อระหว่างเครื่องช่วยหายใจกับท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยหลุด , ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย หรือ ผู้ป่วยต้านเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้นซึ่งผู้ป่วยจะใช้เครื่องนี้ในกรณีที่ไม่สามารถหายใจได้เอง หรือหายใจเองได้แต่ไม่เพียงพอ</p> <p>ข. เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร และความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องนี้จะวางไว้ด้านข้างเตียงของผู้ป่วยหน้าจอจะปรากฏคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วย ตัวเลข</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวโดยให้ดูสไลด์ มัลติมีเดีย เรื่อง การปฐมพยาบาลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>	<p>สไลด์ มัลติมีเดีย</p>	<p>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>แสดงอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตของผู้ป่วย จะมีสัญญาณเสียงเตือนเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วย เครื่องนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแต่อย่างใด</p> <p>ค. เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลว มีลักษณะสีเหลี่ยมและติดอยู่กับเสาน้ำเกลือข้างเตียง ผู้ป่วย ใช้ในกรณีเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา น้ำเกลือชนิดพิเศษ หรือสารเหลวอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมให้ได้ ปริมาตรที่ถูกต้องและละเอียดที่สุด เครื่องนี้จะมีเสียงร้อง เตือนเมื่อมีฟองอากาศเข้าไปอยู่ในสายน้ำเกลือ</p> <p>ง. เครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด มีลักษณะเป็น สีเหลี่ยมตั้งอยู่บนชั้นวางที่สามารถเคลื่อนที่ได้ จะมีสาย ต่อจากตัวเครื่อง และปลายสายจะไปจับกับนิ้วมือของ ผู้ป่วย บริเวณหน้าจอก็จะปรากฏตัวเลข ซึ่งตัวเลขด้าน ขวามือของท่านจะแสดงอัตราการเต้นของหัวใจ และ ตัวเลขด้านซ้ายมือของท่านจะแสดงค่าออกซิเจนในเลือดที่ วัดได้จากตัวผู้ป่วย เครื่องนี้จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับ การเฝ้าระวังค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ ที่อาจทำให้เกิด อันตรายแก่ผู้ป่วยได้ โดยเครื่องนี้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความ</p>			

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจและอธิบายการ	<p>เจ็บปวดแต่อย่างไร</p> <p>จ. เครื่องดูดเสมหะ มีลักษณะเป็นขวดที่ต่อกับแรงดันที่อยู่บริเวณผนังของท่อผู้ป่วย ใช้สำหรับดูดเสมหะผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถขับเสมหะได้เอง ได้แก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ไม่มีแรงไอขับเสมหะเพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง มีการแลกเปลี่ยนแก๊สและระบายอากาศที่ดี และมีปริมาตรออกซิเจนส่งไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกายอย่างเพียงพอ</p> <p>ฉ. ถุงลมช่วยหายใจ มีลักษณะเป็นลูกกลม ไว้สำหรับบีบเพื่อช่วยหายใจ ซึ่งจะต่อกับออกซิเจนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน 100 % ขณะที่ช่วยหายใจ ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยด้านเครื่องช่วยหายใจ หอบเหนื่อยไม่สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจได้ หรือมีการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจชั่วคราว เช่น ดูดเสมหะ เป็นต้น</p> <p>2.3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย</p> <p>ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังได้รับการช่วยเหลือ จากทีมแพทย์และพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งมีความ</p>	ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ด้วย		ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัว

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
<p>เปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้</p> <p>เพื่อให้สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย เข้าใจถึงวิธีการ และประโยชน์ ของการพยาบาล ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะ ได้รับเมื่อเข้ารับ การรักษาในหอ อภิบาลผู้ป่วย</p>	<p>ตั้งใจและเต็มใจในการให้การพยาบาลอย่างเต็มที่และเต็ม ความสามารถ โดย ขณะนี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค..... อาการของผู้ป่วยขณะนี้..... ปัญหาของผู้ป่วยขณะนี้คือ..... แผนการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับคือ..... เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยขณะนี้คือ.....</p> <p>2.4 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลและกิจกรรมการ พยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ด้านร่างกาย - ขณะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพร่างกาย ทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงเพื่อให้ ทราบถึงอาการที่เปลี่ยนแปลง และเป็นการติดตามอาการ อย่างใกล้ชิด - ได้รับการทำความสะอาดร่างกายโดยการ อาบน้ำ 1 ครั้ง/วันในเวรดึกหรือเวรเช้า และจะได้รับการ เช็ดหน้า -เช็ดตัวในช่วงบ่ายและช่วงเย็น</p>	<p>การอธิบาย พูดคุย และเปิด โอกาสให้ซักถาม</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยพร้อมทั้ง อธิบายเหตุผล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อ สงสัย</p>	<p>เป็นระยะ</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การ สังเกตการแสดงออก ของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง เป็น ต้น - ผู้วิจัยใช้การ ซักถามความเข้าใจ ของสมาชิกใน ครอบครัวเป็นระยะ</p>		

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้อาหารทางสายยางที่ใส่ทางจมูก หรือใส่สายยางทางจมูกเพื่อดูอาการที่ผิดปกติของระบบย่อยอาหาร</li> <li>- ยาที่ได้รับในขณะนี้ คือ.....</li> <li>- การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวและผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</li> <li>- มีการป้องกันอุบัติเหตุโดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ทำกิจกรรมการพยาบาลเสร็จ</li> <li>- การดูดเสมหะทุก 4 ชั่วโมงและเมื่อจำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ</li> </ul> <p style="text-align: center;">ด้านจิตใจ-สังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งพยาบาลจะบอกให้ผู้ป่วยรับทราบก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว</li> <li>- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและนอนหลับอย่างเพียงพอ</li> </ul>			

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>- ให้ความมั่นใจในการรักษาโดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้สถานที่ เวลา อธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการให้การรักษาพยาบาล การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ กับผู้ป่วย รวมทั้งวิธีที่ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาล</p> <p>- ดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย โดยการให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ การพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย การให้ผู้ป่วยได้อ่านหนังสือที่ตนเองชอบ เช่น หนังสือการ์ตูน หนังสือพิมพ์ เป็นต้น</p> <p>- อนุญาตให้ผู้ป่วยได้ทำพิธีทางศาสนาตามความเชื่อถือ</p>			

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
2.การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support intervention) ใช้เวลา 20 - 25 นาที	<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตามความต้องการและเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย</p> <p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด</p>	<p>1.การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ท่านสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้นานมากกว่าครั้งละ 1 ชั่วโมง และท่านสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้นอกเหนือจากเวลาที่ทางหอผู้ป่วยกำหนดไว้ แต่เมื่อแพทย์ทำการรักษาผู้ป่วย หรือมีกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล ท่านอาจจะออกไปรอข้างนอกสักครู่ และเมื่อกิจกรรมนั้นเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยใหม่</p> <p>เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ท่านสามารถจับมือผู้ป่วย เรียกชื่อผู้ป่วย บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าคุณมาเยี่ยม ชวนพูดคุย ถามอาการผู้ป่วยไม่พูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ</p> <p>2.การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ท่านสามารถมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดอย่างเต็มความรู้ความสามารถจากแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยที่ท่านสามารถพบและซักถามข้อ</p>	<p>ผู้วิจัยแนะนำและจัดให้สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งขึ้น โดยไม่รบกวนการทำงานของแพทย์/พยาบาล</p> <p>แนะนำการเรียกและการพูดคุยกับผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับแพทย์ / พยาบาล และจัดให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้พบกับแพทย์ที่รักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังจากที</p>		<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้าท่าทาง เป็นต้น</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้าท่าทาง เป็นต้น</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	<p>ที่สุด</p> <p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับความสะดวกและมีความสุขสบายจากการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย</p>	<p>ส่งสัยจากแพทย์เจ้าของไข้ได้ในช่วงเช้าของทุกวันราชการ นอกจากนี้ ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยได้จากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดย</p> <p>แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยคือ..... และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในเวรนี้คือ.....</p> <p>แพทย์และพยาบาลทุกท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยพร้อมที่จะตอบข้อสงสัยของท่านและอยู่เป็นเพื่อนข้าง ๆ ท่านด้วยความเต็มใจ</p> <p>3.การได้รับความสุขสบาย</p> <p>ขณะรอเยี่ยมผู้ป่วย ท่านสามารถนั่งรอเยี่ยมผู้ป่วยได้ที่ระเบียงด้านนอกหอผู้ป่วย ที่ทางหอผู้ป่วยได้จัดไว้ให้สำหรับท่านที่อยู่ต่างอำเภอและยังไม่มีที่อยู่อาศัยเพื่อเฝ้าดูอาการผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลจัดที่พักไว้สำหรับญาติผู้ป่วยหนักซึ่งอยู่ทางทิศใต้ติดกับถนนราชดำเนิน ท่านสามารถใช้บริการได้</p> <p>ท่านสามารถสอบถามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ได้</p>	<p>ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่อำนวยความสะดวกแก่สมาชิกในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อหอผู้ป่วยได้สะดวก ร้านค้า</p>		<p>- ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจ</p>



โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ และซักถามปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับ</p>	<p>หากท่านไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ โดยท่านโทรมาที่หอผู้ป่วย เบอร์ 0-7534-0250 ต่อ 2122 – 24</p> <p>ท่านสามารถซื้อหาอาหารได้จากสหกรณ์ร้านค้าในโรงพยาบาล ซึ่งตั้งอยู่ด้านหน้าโรงพยาบาลติดกับหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ</p> <p>ท่านสามารถกลับไปพักผ่อนได้ โดยที่ไม่ต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจะมีเจ้าหน้าที่ติดต่อท่านเอง</p> <p>4.การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก</p> <p>4.1 ผู้วิจัยจัดให้มีเวลาและสถานที่ในการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หลังจากที่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว โดยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึก และพูดคุยถึงปัญหาของญาติผู้ป่วยที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p> <p>4.2 ผู้วิจัยพูดคุยกับญาติผู้ป่วย บอกกับญาติผู้ป่วยว่า</p>	<p>ขายอาหาร เป็นต้น</p> <p>ผู้วิจัยจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย กระตุ้น และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจ สนใจ เต็มใจ สบตาขณะพูดคุย และผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกใน</p>		<p>ของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	การเจ็บป่วยของผู้ป่วย	<p>“คุณเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและหายจากโรคได้เร็วขึ้น ซึ่งความไม่สบายใจของญาติจะส่งผลถึงตัวผู้ป่วยได้ เมื่อคุณระบายความไม่สบายใจออกมา อาจจะทำให้คุณรู้สึกดีขึ้น”</p> <p>4.3 ผู้วิจัยพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง และพูดปลอบใจ สัมผัส และบีบมือของสมาชิกในครอบครัวเป็นครั้งคราว</p> <p>4.4 ผู้วิจัยให้คำปรึกษา และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</p> <p>4.4.1 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยค้นหาปัญหา โดยผู้วิจัยถามสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่า “การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้คุณมีปัญหาอะไรบ้าง”</p> <p>4.4.2 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้วิจัยถามสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่า “คุณคิดว่าปัญหาใดคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของคุณมากที่สุด เพราะอะไร” “และปัญหาใดมีความสำคัญรองลงมา”</p> <p>4.4.3 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</p>	<p>ครอบครัวผู้ป่วยค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนพูดคุย ให้การปลอบใจ และให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</p>		<p>- ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>หาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยถามสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่า “คุณมีทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างไร”</p> <p>4.4.4 ผู้วิจัยพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและร่วมพิจารณาข้อดีและข้อเสียของทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยถามสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่า “คุณคิดว่าทางเลือกแต่ละทางนั้นมีข้อดีหรือข้อเสียอย่างไร</p> <p>4.4.5 ผู้วิจัยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยช่วยกันสรุปวิธีแก้ปัญหา</p> <p>4.5 การปลอบใจและให้กำลังใจ ผู้วิจัยพูดคุยกับญาติผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง พูดปลอบใจว่า “แม้คุณจะมีปัญหาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ แต่คุณก็สามารถพบหนทางในการแก้ไขปัญหาคิดได้ คุณควรมีกำลังใจที่เข้มแข็งและรักษาสุขภาพของคุณให้แข็งแรง เพื่อให้มีกำลังในการต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ และให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป” “หรือในภาวะที่คุณไม่สบายใจ คุณอาจจะสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือทำพิธีทางศาสนาที่คุณเคารพนับถือ อาจจะช่วยให้จิตใจของ</p>			

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
	<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถหาแหล่งประโยชน์ได้เพียงพอและมีมากพอที่จะใช้ในการเผชิญความเครียดและแก้ไขปัญหา</p>	<p>คุณสงบขึ้น ทำให้คุณมีสติ มีกำลังใจที่ดีขึ้นและสามารถคิดหาหนทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดิฉันจะเป็นกำลังใจให้คุณคะ"</p> <p>5.การให้แหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาลที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการแก้ปัญหาของท่าน คือ</p> <p>หน่วยสังคมสงเคราะห์ ท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ของหน่วยสังคมสงเคราะห์ได้ ในกรณีที่ท่านมีปัญหาทางด้านการเงิน</p> <p>ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ตามความเชื่อของท่าน เพื่อช่วยให้จิตใจของท่านและผู้ป่วยสงบ ลดความวิตกกังวล ทางหอผู้ป่วยจะอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสถานที่ เวลา อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ให้กับท่านตลอดเวลา</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลและให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว</p> <p>ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p>		<p>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น</p> <p>- ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
3.การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล (Bedside support) ใช้เวลา 20-30 นาที	เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ	<p>การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1.การช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกายที่ท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เช่น</p> <p><b>ก.การเช็ดตัวผู้ป่วย</b></p> <p>1.เตรียมอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วยกาละมังน้ำ 1 ใบ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 1 ผืน (ผู้วิจัยจะเป็นผู้เตรียมให้เอง)</p> <p>2.บอกให้ผู้ป่วยรับทราบ ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและในกรณีที่ไมู้สึกตัว</p> <p>3.ใช้มือจุ่มลงในน้ำเพื่อทดสอบว่าน้ำไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป</p> <p>4.นำผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำพอมาดพันรอบมือและเก็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้าสะบัดไปมา เวลาเช็ดผิวหนังผู้ป่วย เริ่มเช็ดตาผู้ป่วยทีละข้าง โดยเช็ดจากหัวตาไปหางตา และเปลี่ยนตำแหน่งผ้าสำหรับตาแต่ละข้างแล้วนำผ้าซับน้ำ</p> <p>5.บีบผ้าขนหนูพอมาด แล้วพันผ้ารอบมือเหมือนเดิม เช็ดใบหน้า หูและลำคอทั้งด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง</p>	<p>ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถให้การดูแลช่วยเหลือได้</p> <p>ผู้วิจัยแนะนำ สาธิตการปฏิบัติและร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยทางร่างกายทีละกิจกรรม</p>	<p>- คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย - อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการทำกิจกรรม เช่น กาละมังน้ำ ผ้าขนหนูผืนเล็ก แปรงหวีผม เป็นต้น</p>	<p>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหลังจากการแนะนำและสาธิตของผู้วิจัย หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้วิจัยจะทำการประเมินความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งเพื่อสอน-สาธิตซ้ำจนทำได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความพร้อม</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>6.นำผ้าซักในน้ำแล้วเช็ดหน้าอีกครั้ง จนรู้สึกว่ามี ผู้ป่วยสุขสบายและสะอาดขึ้น อาจเช็ดมือและแขนทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยด้วยก็ได้</p> <p><b>ข.การหิวลมให้ผู้ป่วย</b></p> <p>1.ใช้ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาววางเตียง พับครึ่งวางใต้ ศีรษะผู้ป่วย</p> <p>2.ใช้หิวค้อย ๆ หิวลมของผู้ป่วยช้า ๆ ขณะหิวลม ผู้ป่วยด้านข้างและด้านหลัง ตะแคงหน้าผู้ป่วยได้ด้านตรง ข้าม</p> <p>3.ขณะที่หิวลมให้ผู้ป่วยญาติสามารถพูดคุยให้ กำลังใจแก่ผู้ป่วยไปด้วยก็ได้</p> <p>4.เอาผ้าที่รองศีรษะผู้ป่วยออก เมื่อหิวลมเสร็จ โดยไม่สะบัดผ้า เพราะจะทำให้เศษผงฟุ้งกระจาย</p> <p><b>ค.การช่วยออกกำลังแขน - ขาให้ผู้ป่วย</b></p> <p>การออกกำลังกายแขนและขาให้ผู้ป่วย เป็นการ ออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยที่ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองได้ หรือมี ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อาจเนื่องจากอ่อนเพลีย</p>			<p>- ผู้วิจัยใช้การ ซักถามความเข้าใจ ของสมาชิกใน ครอบครัวเป็นระยะ</p>

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>เจ็บปวด ลับสน หรือมีข้อจำกัดทางระบบประสาท การออกกำลังกายให้ผลดีคือ ช่วยให้ข้อมีการเคลื่อนไหว และช่วยป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้</p> <p>การบริหารส่วนแขน</p> <p>ท่าที่ 1 การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อมือและจับปลายนิ้วของผู้ป่วย ค่อย ๆ กำนิ้วมืองั้งสี่ของผู้ป่วยเข้าและออก กระทำการเคลื่อนไหวข้อนิ้วมือของผู้ป่วยเข้าและออก กระทำซ้ำ ๆ จนครบ 10-20 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 2 การกระดกนิ้วโป้งขึ้นและลง</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับนิ้วโป้งและนิ้วมืองั้งสี่ของผู้ป่วย ค่อย ๆ กระทำการเคลื่อนไหวนิ้วโป้งของผู้ป่วยขึ้นและลง กระทำการเคลื่อนไหวข้อนิ้วโป้งของผู้ป่วยขึ้นและลงซ้ำ ๆ จนครบ 10-20 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 3 การกระดกข้อมือขึ้นและลง</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อมือและนิ้วมืองั้งสี่ของผู้ป่วย ค่อย ๆ กระดกข้อมือของผู้ป่วยขึ้นและลง กระทำการ</p>			

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>กระดกข้อมือของผู้ป่วยขึ้นและลง ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10 - 20 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 4 การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย ค่อย ๆ งอข้อศอกของผู้ป่วยเข้าและออก กระทำการเคลื่อนไหวข้อศอกของผู้ป่วยเข้าและออก ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10 -20 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 5 การหมุนข้อไหล่งเข้าและออก เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วยให้ ต้นแขนทาง 90 องศา และข้อศอกงอ 90 องศา ค่อย ๆ หมุนข้อไหล่งของผู้ป่วยเข้าและออก กระทำการเคลื่อนไหวข้อไหล่งของผู้ป่วยเข้าและออก ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10 -20 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 6 การกางแขนออกและหุบแขนเข้า เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย แขนวางแนบข้างลำตัว ค่อยกางแขนของผู้ป่วยออกและหุบเข้า กระทำการเคลื่อนไหวกางแขนของผู้ป่วยออกและหุบเข้า ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10-20 ครั้ง</p>			



โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>ทำที่ 7 การยกแขนขึ้นและลง</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย แขนวางแนบข้างลำตัว ค่อย ๆ ยกแขนของผู้ป่วยขึ้นและลง</p> <p>กระทำการเคลื่อนไหวยกแขนของผู้ป่วยขึ้นและลง ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10 -20 ครั้ง</p> <p>การบริหารส่วนขา</p> <p>ทำที่ 1 การงอขาเข้าและเหยียดขาออกของข้อสะโพกและข้อเข่า</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อเท้าและได้ข้อเข่าของผู้ป่วย ค่อย ๆ ยกขาของผู้ป่วยงอเข้าและเหยียดออก กระทำการเคลื่อนไหวยกขาของผู้ป่วยงอเข้าและเหยียดออก ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10-20 ครั้ง</p> <p>ทำที่ 2 การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อสะโพก</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อเท้าและได้ข้อเข่าของผู้ป่วย ค่อย ๆ กางขาของผู้ป่วยออกและหุบเข้า กระทำการเคลื่อนไหวกางขาของผู้ป่วยออกและหุบเข้า ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10 -20 ครั้ง</p>			

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>ท่าที่ 3 การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อเท้าและส้นเท้าของผู้ป่วย ค่อย ๆ กระดกข้อเท้าของผู้ป่วยขึ้นและลง กระทำการ เคลื่อนไหวกระดกข้อเท้าของผู้ป่วยขึ้นและลง ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10 -20 ครั้ง</p> <p>ท่าที่ 4 การหมุนปลายเท้าเข้าและออก</p> <p>เริ่มต้น ผู้ดูแลจับข้อเท้าและปลายเท้าของผู้ป่วย ค่อย ๆ หมุนปลายเท้าของผู้ป่วยเข้าและออก กระทำการ เคลื่อนไหวหมุนปลายเท้าของผู้ป่วยเข้าและออก ทำซ้ำ ๆ จนครบ 10 -20 ครั้ง</p>			

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
		<p>2.การช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ</p> <p>ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้เนื่องจากได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่านสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พูดคุยแล้วใช้คำถามสั้น ๆ ง่าย ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตอบโดยการพยักหน้า หรือสั่นหน้า</li> <li>- ให้ผู้ป่วยเขียนหนังสือบอก ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเขียนหนังสือได้</li> <li>- ถ้าผู้ป่วยมีท่อช่วยหายใจอยู่ที่คอ ผู้ป่วยจะพูดได้แต่ไม่มีเสียง ท่านต้องสังเกตริมฝีปากของผู้ป่วยว่าพูดอะไร</li> <li>- ท่านสามารถพูดคุยและใช้มือสัมผัสผู้ป่วย จับมือผู้ป่วยและบีบเบา ๆ เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรับรู้ก็ตาม</li> <li>- เรื่องที่พูดคุยกับผู้ป่วยควรเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจและพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย</li> </ul>	<p>ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่สมาชิก</p> <p>ในครอบครัวผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วย</p>	<p>คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยใช้การสังเกตการปฏิบัติ การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขณะเยี่ยมผู้ป่วย</li> <li>- ผู้วิจัยใช้การซักถามความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ</li> </ul>

บทสไลด์มัลติมีเดียเรื่อง “การปฐมพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย”

ลำดับ ที่	ภาพ	เสียง / บทพูด
1	สัญลักษณ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ตราพระเกี้ยว)	เสียงดนตรี
2	ข้อความ “การเตรียมสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย”	เสียงดนตรี
3	ข้อความ “จัดทำโดย นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” โดยมีอาจารย์ที่ ปรึกษา คือ อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา”	เสียงดนตรี
4	ภาพผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจและภาพ แสดงผลกระทบของครอบครัวที่เกิดขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วย	<p>การเจ็บป่วยขั้นรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้า รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยนับเป็นภาวะ วิกฤตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจาก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มีการเตือนล่วงหน้า จึงไม่ มีเวลาเตรียมตัว อีกทั้งการไม่ทราบข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การขาดการ ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้รอคอย สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และเทคโนโลยีต่างๆ ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด และความ วิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่ง อาจจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจาก ครอบครัวไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่ เกิดขึ้นได้ และอาจจะส่งผลไปยังผู้ป่วย คือ ครอบครัวไม่สามารถเป็นแหล่งกำลังและให้การ สนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ ทำให้การฟื้นหายของ ผู้ป่วยช้าลงหรือไม่ดีเท่าที่ควร</p>

ลำดับ ที่	ภาพ	เสียง / บทพูด
5	ข้อความ “ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหออภิบาลผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในหออภิบาลผู้ป่วย การปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย”	เทปชุดนี้ จึงจัดทำขึ้นเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหออภิบาลผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในหออภิบาลผู้ป่วย การปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
6	ข้อความ “ICU ไอ ซี ยู” และภาพหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ICU 1) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	หออภิบาลผู้ป่วย หรือ ไอ.ซี.ยู. คือหน่วยบริการผู้ป่วย ที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีบุคลากรผู้มีความรู้เฉพาะพิเศษเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม
7	ภาพแสดงประตูหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ICU 1) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และภาพแสดง ชั้นวางรองเท้า และน้ำยาล้างมือ	หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จะมีประตู 2 ชั้น เมื่อเปิดประตูชั้นแรกแล้ว ท่านจะพบชั้นวางรองเท้าสำหรับญาติ ที่ท่านต้องเปลี่ยนเพื่อเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย ถัดมาจะเป็นน้ำยาล้างมือ ซึ่งท่านต้องล้างมือก่อนและหลังการเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อลดการติดเชื้อ
8	ภาพแสดงแผนผังเตียงผู้ป่วย	เมื่อเปิดประตูเข้าไปชั้นใน ท่านจะพบกับเตียงผู้ป่วย โดยเตียงที่ 1 ถึง เตียงที่ 3 จะอยู่ด้านซ้ายมือของท่าน และเตียงที่ 4 ถึง เตียงที่ 9 จะอยู่ด้านขวามือของท่าน ส่วนเตียงที่ 10 และ เตียงที่ 11 จะเป็นห้องแยก 2 ห้อง ถัดจากเตียงที่ 9 ตามลำดับ

ลำดับ ที่	ภาพ	เสียง / บทพูด
9	ภาพแสดงพยาบาลวิชาชีพ	ผู้ป่วยของท่านจะอยู่ในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่แต่งกายด้วยชุดสีชมพู มีชื่อติดอยู่ที่หน้าอกทางด้านซ้ายทุกคน ท่านสามารถสอบถามอาการผู้ป่วยหรือข้อสงสัยต่างๆได้ จากพยาบาลทุกคน
10	ภาพแสดงการติดป้ายชื่อแพทย์เจ้าของไข้	แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วย หรือแพทย์เจ้าของไข้ จะมีป้ายชื่อติดอยู่ที่หัวเตียงของผู้ป่วยทุกราย ท่านสามารถขอพบแพทย์ได้โดยท่านบอกกับพยาบาล หลังจากนั้น พยาบาลจะทำการนัดหมายให้ท่านได้พบกับแพทย์ตามต้องการ
.	.	.
38	ภาพเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลผู้ป่วย	กำลังใจที่ท่านมีให้กับผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วยิ่งขึ้น” ด้วยความปรารถนาดีจาก พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
39	รายชื่อ ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน	เสียงดนตรี

# คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ในหออภิบาลผู้ป่วย



จัดทำโดย

นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง  
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

## หออภิบาลผู้ป่วย (ไอ.ซี.ยู.) คืออะไร

ไอ.ซี.ยู. เป็นคำย่อมาจากภาษาอังกฤษว่า Intensive Care Unit หมายถึง หน่วยบริการผู้ป่วยที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีบุคลากรผู้มีความรู้เฉพาะเพียงพอสําหรับให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

### นโยบายการให้บริการของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ไอ.ซี.ยู.)

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีหออภิบาลผู้ป่วย (ไอ.ซี.ยู.) 2 หออภิบาล คือ หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมที่สามารถรับผู้ป่วยหนักด้านอายุรกรรมไว้ดูแลรักษาได้ทั้งหมด 8 เตียงและหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่สามารถรับผู้ป่วยหนักด้านศัลยกรรมไว้ดูแลรักษาได้ทั้งหมด 9 เตียง และผู้ป่วยหนักที่เป็นเด็กอายุมากกว่า 1 ปี 2 เตียง รวมทั้งหมด 11 เตียง โดยมีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ระบบหลอดเลือด ปอด ตับ ไต อยู่ในภาวะช็อค หรือผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่และคาดว่าอาจจะเกิดอาการรุนแรงได้ทุกขณะ
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะสำคัญที่อาจมีอาการแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

## สภาพแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วย

หออภิบาลผู้ป่วยนี้มีประตู 2 ชั้น เมื่อผ่านประตูชั้นแรกแล้ว จะมีที่สำหรับเปลี่ยนรองเท้าอยู่ด้านขวามือของท่าน ท่านจะต้องเปลี่ยนรองเท้าให้เป็นรองเท้าที่ใช้สำหรับหออภิบาลผู้ป่วยเท่านั้น ถัดมาจะเป็นน้ำยาสำหรับล้างมือของท่าน ท่านจำเป็นต้องล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อลดการติดเชื้อจากตัวท่านสู่ตัวผู้ป่วยและจากผู้ป่วยสู่ตัวท่าน หลังจากนั้นจึงเปิดประตูชั้นในเพื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อเข้าไปภายใน เตียงผู้ป่วยที่ 1-3 จะอยู่ทางด้านซ้ายมือของท่าน และเตียงที่ 4-9 จะอยู่ด้านขวามือของท่าน ส่วนในห้องแยก 2 ห้องจะเป็นเตียงที่ 10 และ 11





## บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในหออภิบาลผู้ป่วย

บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ และทีมพยาบาล โดยทีมพยาบาลจะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ซึ่งแต่งกายด้วยชุดสีชมพู มีชื่อติดที่หน้าอกทางด้านซ้ายทุกคน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะสลับกันในแต่ละเวร โดยแบ่งเป็น 3 เวร คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ในเวรเช้าจะประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 11 คน เวรบ่าย และเวรดึก จะมีพยาบาลวิชาชีพเวรละ 7 คน พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 2 รายต่อพยาบาล 1 คน สำหรับแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ของผู้ป่วยจะมีป้ายชื่อติดไว้ที่หัวเตียงของผู้ป่วยทุกเตียง

**\*\*\* พยาบาลทุกคนตั้งใจและเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็ม  
ความสามารถ \*\*\***



## การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพอาการ อาการแสดง และปัญหาความต้องการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดร่างกายโดยการอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง และการเช็ดหน้าเช็ดตัวในช่วงเวลาบ่ายและเย็น
4. ผู้ป่วยได้รับการให้อาหารทางสายยางที่ใส่ทางจมูกตามแผนการรักษา หรือใส่สายยางทางจมูกเพื่อดูอาการที่ผิดปกติของระบบย่อยอาหาร
5. ผู้ป่วยได้รับการดูดเสมหะเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งทุก 4 ชั่วโมง
6. ผู้ป่วยได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ
7. ผู้ป่วยได้รับการป้องกันอุบัติเหตุโดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ทำกิจกรรมการพยาบาลเสร็จ
8. ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้พักผ่อนและนอนหลับอย่างเพียงพอ
9. ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งผู้ป่วยจะได้รับทราบถึงกิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

10. ผู้ป่วยและญาติได้รับการอนุญาตให้ทำพิธีทางศาสนาตามความเชื่อถือ

11. ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้รู้สึกผ่อนคลาย โดยการให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ การพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย การให้ผู้ป่วยได้อ่านหนังสือที่ตนเองชอบ เช่น หนังสือการ์ตูน หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

12. ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้กลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด

13. ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยตามต้องการ



## เวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

เข้า เวลา	07.00 – 08.00 น.
บ่ายเวลา	14.00 – 15.00 น.
เย็นเวลา	19.00 – 20.00 น.



ท่านสามารถขอเยี่ยมผู้ป่วยนอกเวลาเยี่ยมได้ โดย กดกริ่งหน้าประตูเพื่อขอเข้าเยี่ยม และจะมีเจ้าหน้าที่นำท่านเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย

## สิ่งของที่ต้องเตรียมสำหรับผู้ป่วย

1. สบู่สำหรับอาบน้ำผู้ป่วย (สบู่เหลว)
2. แปรงหวีผม
3. โลชั่นสำหรับทาผิวหนังให้ชุ่มชื้น
4. กระดาษทิชชู

## สถานที่พักสำหรับญาติ

ทางโรงพยาบาลได้จัดสถานที่พักสำหรับญาติไว้ ซึ่งตั้งอยู่บริเวณด้านข้างทางทิศใต้ของโรงพยาบาล ติดกับถนนราชดำเนิน ท่านสามารถกลับไปพักผ่อนได้ โดยที่ไม่ต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวัน โรงพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจะมีเจ้าหน้าที่ติดต่อท่านเอง หากท่านไม่ได้พักบริเวณสถานที่ที่จัดไว้ให้ ท่านควรแจ้งเบอร์โทรศัพท์ที่บ้าน หรือเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

## การติดต่อกับหอผู้ป่วย

ท่านสามารถสอบถามอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ได้ หากท่านไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ โดยท่านโทรมาที่หอผู้ป่วย เบอร์ 0-7534-0250 ต่อ 2122 – 24



## อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในหออภิบาลผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องช่วยหายใจ ที่มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ ตั้งอยู่หัวเตียงของผู้ป่วย มีสายต่อกับท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยซึ่งอยู่ที่ปาก จมูก หรือคอของผู้ป่วย เครื่องนี้จะมีเสียงดังตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย และจะมีเสียงร้องเตือนในกรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ข้อต่อระหว่างเครื่องช่วยหายใจกับท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยหลุด , ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย หรือ ผู้ป่วยต้านเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

### ข้อบ่งชี้ของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยจะใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่ไม่สามารถหายใจได้เอง ระบบหายใจล้มเหลว หายใจลำบาก ไม่มีแรงหายใจ หรือหายใจเองได้แต่ไม่เพียงพอ เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนแก๊สและระบายอากาศที่ดี และมีปริมาตรออกซิเจนส่งไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกายอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น

### การหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้ป่วยจะหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถหายใจได้เองและมีปริมาตรเพียงพอ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น ท่านสามารถพบเครื่องช่วยหายใจในหออภิบาลผู้ป่วยได้ 2 แบบ ดังนี้



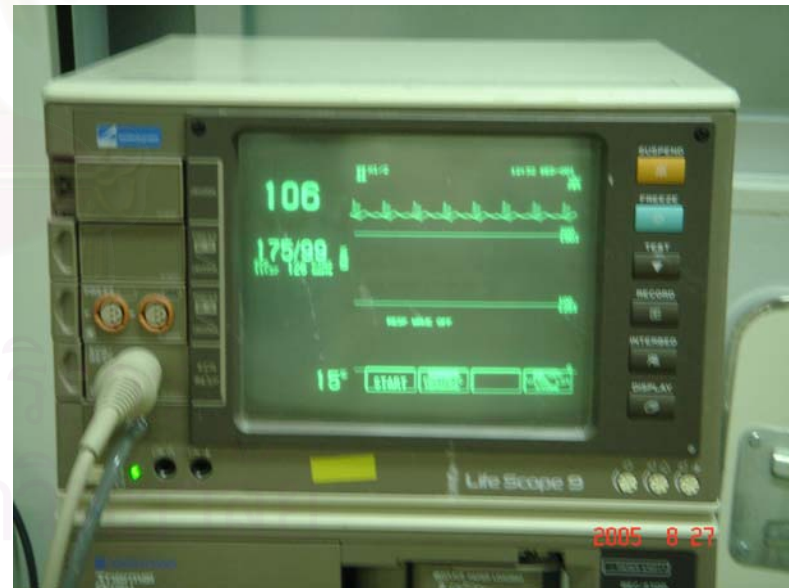
เครื่องช่วยหายใจ แบบที่ 1



เครื่องช่วยหายใจ แบบที่ 2

## เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร และความดันโลหิตอัตโนมัติ

เครื่องนี้จะวางไว้ด้านข้างเตียงของผู้ป่วยหน้าจอจะปรากฏคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วย ตัวเลขแสดงอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตของผู้ป่วย จะมีสัญญาณเสียงเตือนเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เครื่องนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแต่อย่างใด



## เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลว

มีลักษณะสี่เหลี่ยมและติดอยู่กับเสาน้ำเกลือข้างเตียงผู้ป่วย ใช้ในกรณีเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา น้ำเกลือชนิดพิเศษ หรือสารเหลวอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมให้ได้ปริมาตรที่ถูกต้องและละเอียดที่สุด



## เครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด

มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมตั้งอยู่บนชั้นวางที่สามารถเคลื่อนที่ได้ จะมีสายต่อจากตัวเครื่อง และปลายสายจะไปจับกับนิ้วมือของผู้ป่วย บริเวณหน้าจอจะปรากฏตัวเลข ซึ่งตัวเลขด้านขวามือของท่านจะแสดงอัตราการเต้นของหัวใจ และตัวเลขด้านซ้ายมือของท่านจะแสดงค่าออกซิเจนในเลือดที่วัดได้จากตัวผู้ป่วย เครื่องนี้จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้าระวังค่าออกซิเจนในเลือดที่อาจทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ โดยเครื่องนี้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแต่อย่างใด



## เครื่องดูดเสมหะและถุงลมช่วยหายใจ

**เครื่องดูดเสมหะ** : มีลักษณะเป็นขวดที่ต่อกับแรงดันที่อยู่บริเวณผนังของหอผู้ป่วย ใช้สำหรับดูดเสมหะผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถขับเสมหะได้เอง ได้แก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ไม่มีแรงไอขับเสมหะ เพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง มีการแลกเปลี่ยนแก๊สและระบายอากาศที่ดี และมีปริมาณออกซิเจนส่งไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกายอย่างเพียงพอ

**ถุงลมช่วยหายใจ** : มีลักษณะเป็นลูกกลม ไว้สำหรับบีบเพื่อช่วยหายใจ ซึ่งจะต่อกับออกซิเจนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน 100 % ขณะที่ช่วยหายใจ ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยด้านเครื่องช่วยหายใจ หอบเหนื่อยไม่สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจได้ หรือมีการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจชั่วคราว เช่น ดูดเสมหะ เป็นต้น



## การปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในหออภิบาลผู้ป่วย

1. ก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย ต้องเปลี่ยนรองเท้าเป็นรองเท้าที่ทางหออภิบาลผู้ป่วยได้จัดไว้ให้ซึ่งเป็นสีดำหรือสีน้ำตาล เพื่อลดการนำเชื้อโรคจากภายนอกเข้าไปในหอผู้ป่วย และเมื่อเข้าเยี่ยมเสร็จแล้วจึงเปลี่ยนเป็นรองเท้าของท่านตามเดิมก่อน

2. ท่านต้องล้างมือก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยกดน้ำยาสำหรับล้างมือที่ตั้งอยู่บริเวณทางเข้าก่อนเปิดประตูชั้นในของหอผู้ป่วย เพื่อลดการนำเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วยและลดการนำเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปสู่ตัวท่านเอง

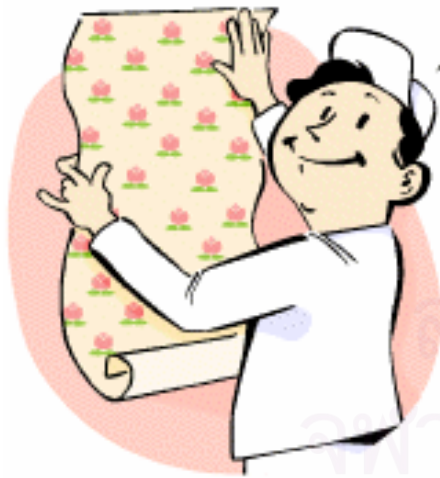
3. ท่านควรบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ท่านมาเยี่ยมและพูดคุย สัมผัสผู้ป่วย เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม

4. เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ท่านสามารถสอบถามได้จากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ทุกคน

5. ท่านไม่ควรนำเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เนื่องจากเด็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ อาจทำให้ติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยได้

6. เมื่อท่านต้องการพบแพทย์เจ้าของไข้ ท่านสามารถแจ้งให้พยาบาล ทราบเพื่อนัดพบแพทย์ และท่านสามารถรอพบแพทย์ตามวัน เวลา ที่พยาบาล แจ้งให้ทราบ

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิพิเศษเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เช่น ประกันสังคม ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ หรืออื่น ๆ ให้ท่านโปรดแจ้ง และนำ หลักฐานมาให้แก่พยาบาล เพื่อพยาบาลจะได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยได้ใช้สิทธินั้น ๆ (กรณีที่ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุจากรถ ให้ใช้สิทธิ พรบ.รถเบื่องตันก่อน หลังจากนั้นจึงจะใช้สิทธิอื่น ๆ ได้)



## การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ไม่ว่าจะรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม จะรู้สึกเครียด กลัว วิตกกังวล หรือ อาจจะมีเจ็บปวด ความไม่สุขสบายจากการได้รับการใส่ท่อและสายต่าง ๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยจึงมักต้องการความรัก กำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่จากญาติผู้ใกล้ชิด ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่เข้าเยี่ยม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีใจ มีกำลังใจที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่เขารักและคุ้นเคย ซึ่งมีผลทำให้ความเครียด กลัวและวิตกกังวลลดลง และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น



## ท่านจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร

### การเช็ดตัวผู้ป่วย

การเช็ดตัวให้ผู้ป่วยจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งการช่วยเช็ดตัวผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นและสุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสัมผัสผู้ป่วยที่นุ่มนวลจากท่านจะเป็นสิ่งที่เพิ่มกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

### อุปกรณ์ที่ต้องเตรียม

1. กาละมังน้ำ 1 ใบ
2. ผ้าขนหนูขนาดเล็ก 1 ผืน

\*\*\* อุปกรณ์ทั้งหมด ท่านสามารถขอได้จากพยาบาล \*\*\*

### วิธีปฏิบัติ

1. นำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้วางบนโต๊ะข้างเตียงของผู้ป่วย
2. บอกให้ผู้ป่วยรับทราบ ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและในกรณีที่ไมู้สึกตัว
3. ใช้มือจุ่มลงในน้ำเพื่อทดสอบว่าน้ำไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป
4. นำผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำพองหมาดพันรอบมือและเก็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้าสะบัดไปมาเวลาเช็ดผิวหนังผู้ป่วย ดังรูป



1. ผ้าพันรอบมือ



2. เก็บชายผ้า



3. เก็บชายผ้าเรียบร้อยแล้ว

5. เริ่มเช็ดตาผู้ป่วยทีละข้าง โดยเช็ดจากหัวตาไปหางตา และเปลี่ยนตำแหน่งผ้าสำหรับตาแต่ละข้างแล้วนำผ้าซักรน้ำ
6. บีบผ้าขนหนูพองหมาด แล้วพันผ้ารอบมือเหมือนเดิม เช็ดใบหน้า หู และลำคอทั้งด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง
7. นำผ้าซักรในน้ำแล้วเช็ดหน้าอีกครั้ง จนรู้สึกว่าผู้ป่วยสุขสบายและสะอาดขึ้น อาจเช็ดมือและแขนทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยด้วยก็ได้



## การหิวลมให้ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก ทำให้กิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ เช่น การหิวลม ผู้ป่วยก็ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้น เมื่อญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ก็สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ย่าง ๆ นี้ได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกสุขสบายขึ้น จากการได้รับการสัมผัสและการเอาใจใส่จากบุคคลที่ตนรัก

### อุปกรณ์ที่ใช้

1. แปรงหิวลม 1 อัน (อยู่ในลิ้นชักโต๊ะข้างเตียงผู้ป่วย)
2. ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวางเตียง

### วิธีปฏิบัติ

1. ใช้ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวางเตียง พับครึ่งวางใต้ศีรษะผู้ป่วย
2. ใช้หิวลมค่อย ๆ หิวลมของผู้ป่วยช้า ๆ ขณะหิวลมผู้ป่วยด้านข้างและด้านหลัง ตะแคงหน้าผู้ป่วยได้ด้านตรงข้าม
3. ขณะที่หิวลมให้ผู้ป่วยญาติสามารถพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยไปด้วยก็ได้
4. เอาผ้าที่รองศีรษะผู้ป่วยออกเมื่อหิวลมเสร็จ โดยไม่สะบัดผ้า เพราะจะทำให้เศษผมฟุ้งกระจาย

## การช่วยออกกำลังกายแขน - ขาให้ผู้ป่วย

การออกกำลังกายแขนและขาให้ผู้ป่วย เป็นการออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองได้ หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อาจเนื่องจากอ่อนเพลีย เจ็บปวด สับสน หรือมีข้อจำกัดทางระบบประสาท การออกกำลังกายให้ผลดีคือ ช่วยให้ข้อมีการเคลื่อนไหว และช่วยป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้



## การบริหารส่วนแขน

ท่าที่ 1 การกำนิ้วมือเข้าและเหยียดนิ้วมือออก

ผู้ดูแลจับข้อมือและจับปลายนิ้วของผู้ป่วย ค่อย ๆ กำนิ้วมือทั้งสี่ของผู้ป่วยเข้าและออก



ท่าที่ 2 การกระดกนิ้วโป้งขึ้นและลง

ผู้ดูแลจับนิ้วโป้งและนิ้วทั้งสี่ของผู้ป่วย ค่อย ๆ กระทำการเคลื่อนไหวนิ้วโป้งของผู้ป่วยขึ้นและลง



ท่าที่ 3 การกระดกข้อมือขึ้นและลง

ผู้ดูแลจับข้อมือและนิ้วมือทั้งสี่ของผู้ป่วย ค่อย ๆ กระดกข้อมือของผู้ป่วยขึ้นและลง



ท่าที่ 4 การงอข้อศอกเข้าและเหยียดออก

ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย ค่อย ๆ งอข้อศอกของผู้ป่วยเข้าและออก



ท่าที่ 5 การหมุนข้อไหล่เข้าและออก

ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วยให้ต้นแขนวาง 90 องศา และข้อศอกงอ 90 องศา ค่อย ๆ หมุนข้อไหล่ของผู้ป่วยเข้าและออก



ท่าที่ 7 การยกแขนขึ้นและลง

ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย แขนวางแนบข้างลำตัว ค่อย ๆ ยกแขนของผู้ป่วยขึ้นและลง



ท่าที่ 6 การกางแขนออกและหุบแขนเข้า

ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย แขนวางแนบข้างลำตัว ค่อย ๆ กางแขนของผู้ป่วยออกและหุบเข้า



การบริหารส่วนขา

ท่าที่ 1 การงอขาเข้าและเหยียดขาออกของข้อสะโพกและข้อเข่า

ผู้ดูแลจับข้อเท้าและใต้ข้อเข่าของผู้ป่วย ค่อย ๆ ยกขาของผู้ป่วยงอเข้าและเหยียดออก



ท่าที่ 2 การกางขาออกและหุบขาข้างของข้อสะโพก

ผู้ดูแลจับข้อเท้าและใต้ข้อเข่าของผู้ป่วย ค่อย ๆ กางขาของผู้ป่วยออก และหุบเข้า



ท่าที่ 4 การหมุนปลายเท้าเข้าและออก

ผู้ดูแลจับข้อเท้าและปลายเท้าของผู้ป่วย ค่อย ๆ หมุนปลายเท้าของผู้ป่วยเข้าและออก



ท่าที่ 3 การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง

ผู้ดูแลจับข้อเท้าและส้นเท้าของผู้ป่วย ค่อย ๆ กระดกข้อเท้าของผู้ป่วยขึ้นและลง



\*\*\* การบริหารแขนและขา ควรทำอย่างน้อยท่าละ 10 -20 ครั้ง \*\*\*

หมายเหตุ : ท่านควรพูดคุยหรือปรึกษากับพยาบาลในหอผู้ป่วย  
ผู้ป่วยหนักก่อนที่ท่านจะปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วย  
บางรายอาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม

## การให้กำลังใจผู้ป่วย

ท่านสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยได้ โดยการมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ครั้งที่ท่านมาเยี่ยม ท่านควรบอกให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าท่านคือใคร ท่านมาเยี่ยมผู้ป่วยกับใคร พูดคุยถึงเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ หรืออาจจะใช้คำพูดที่เป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วย เช่น

“พวกเราห่วงใย และเป็นกำลังใจให้หายเร็ว ๆ นะ”

“ทำใจให้เข้มแข็งไว้ หมอและพยาบาลอยู่ดูแลตลอดเวลา ต้องการอะไรก็บอกได้ตลอด” เป็นต้น

ในระหว่างการพูดคุย ท่านสามารถสัมผัสกับผู้ป่วย จับมือผู้ป่วยและบีบเบา ๆ พร้อมทั้งพูดให้กำลังใจผู้ป่วย

ก่อนท่านจะกลับบ้าน ท่านควรบอกกับผู้ป่วยและพูดย้ำให้ผู้ป่วยทราบถึงความห่วงใยที่ท่านมีต่อผู้ป่วย

## ท่านจะพูดคุยกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างไร

ท่านสามารถพูดคุยกับผู้ป่วย โดยใช้คำถามง่าย ๆ สั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตอบด้วยการพยักหน้า-ส่ายหน้า หรือ ท่านอาจให้ผู้ป่วยเขียนหนังสือบอกแทนก็ได้ ถ้าผู้ป่วยพูดได้แต่ไม่มีเสียง ท่านต้องสังเกตริมฝีปากผู้ป่วยว่าผู้ป่วยพูดว่าอะไร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กำลังใจที่ท่านมีให้กับผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหาย  
จากการเจ็บป่วยได้เร็วยิ่งขึ้น



ด้วยความปรารถนาดีจาก  
พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วย  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

## บรรณานุกรม

- จริยา ตันติธรรม, บรรณานิการ. 2547. การพยาบาลผู้ป่วย  
วิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาล  
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุติมา อรุณทยานันท์. 2547. การตอบสนองของผู้ป่วยและ  
ครอบครัวต่อภาวะวิกฤต. ใน การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต  
เล่ม 2, หน้า 599-614. กรุงเทพมหานคร : พี. เอ. ลีฟวิง  
จำกัด.
- วิจิตรา กุสุมภ์, บรรณานิการ. 2546. การพยาบาลผู้ป่วย  
ภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สามัญนิติ  
บุคคล สหประชาพาณิชย์.
- Baird, M.S., Keen, J.H. and Swearingen, P.L., Eds.  
2005. Manual of critical care nursing : Nursing  
interventions and collaborative management. 5<sup>th</sup> ed. St.  
Louis : Elsevier Mosby.
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P., Eds. 2005. Fundamentals of  
nursing : The art and science of nursing Care. 5<sup>th</sup> ed.  
Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

## แบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

**คำชี้แจง** แบบประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย” โดยแบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะเป็นความลับและไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าคำตอบที่ท่านเลือก หรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน ดังนี้

- 1.ชื่อ-นามสกุล.....
- 2.เพศ  หญิง  ชาย
- 3.ปัจจุบันอายุ.....ปี
- 4.ศาสนา  พุทธ  
 อิสลาม  
 คริสต์  
 อื่น ๆ
- 5.สถานภาพสมรส  โสด  
 คู่  
 หม้าย / หย่าร้าง / แยก
- 6.ระดับการศึกษาสูงสุด  ไม่ได้เรียน  
 ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  
 อาชีวศึกษา  
ปริญญาตรี  
 อื่น ๆ (ระบุ).....
- 7.อาชีพ  แม่บ้าน / พ่อบ้าน  
 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
 ค้าขาย  
 รับจ้าง  
 ธุรกิจส่วนตัว  
 อื่น ๆ (ระบุ).....



8.รายได้.....บาท / เดือน

9.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- บิดา/มารดา
- บุตร
- พี่/น้อง
- สามี/ภรรยา
- อื่นๆ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สำหรับผู้วิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. ชื่อ – นามสกุล.....
2. เพศ  หญิง  ชาย
3. อายุ.....ปี
4. ศาสนา  พุทธ  อิสลาม  คริสต์  อื่น ๆ
5. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย / หย่าร้าง / แยก
6. การวินิจฉัยโรค.....
7. คะแนนความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (APACHE SCORE III)

สิ่งที่ประเมิน	ผลลัพธ์	คะแนน
Age		
Chronic health		
Pulse rate		
Mean blood pressure		
Temperature		
Respiratory rate		
PaO <sub>2</sub> /P(A-a)O <sub>2</sub>		
Haematocrit		
White blood cell counts		
Creatinine		
Urine output		
Blood urea nitrogen		
Sodium		
Albumin		
Bilirubin		
Glucose		
Acid-base		
Neurologic		
Total		

### แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านมีการปรับตัวด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านสุขภาพกาย ในเวลาที่ท่านต้องดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย ✓ ด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด การเลือกจะใช้เกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่เป็นความจริงเลย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อคำถาม	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม</b>					
1.การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านต้องมีภาระเพิ่มขึ้น					
2.การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวครั้งนี้ทำให้ท่านมีเวลาส่วนตัวน้อยลง					
.					
.					
.					
<b>ด้านขวัญและกำลังใจ</b>					
10.ท่านมีความรู้สึกเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย					
11.ท่านได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ และเป็นที่รักของคนอื่น ๆ ในครอบครัว					
.					
.					
.					
<b>ด้านสุขภาพกาย</b>					
21.การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ทำให้ท่านมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง					
22.การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ทำให้ท่านมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเล็ก ๆ น้อย ๆ บ่อยขึ้น เช่น เป็นหวัด ตัวร้อน เป็นต้น					
.					
.					
.					



ภาคผนวก จ

ตารางข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### คะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

ตารางที่ 8 คะแนนการปรับตัวด้านสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอ  
อภิบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

คน ที่	คะแนนการปรับตัวด้านสังคม					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ แตกต่าง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ แตกต่าง
1	23	26	3	24	24	0
2	20	24	4	35	19	-16
3	25	25	0	23	18	-5
4	21	20	-1	22	22	0
5	34	31	-3	21	22	1
6	43	29	-14	31	20	-11
7	33	24	-9	24	17	-7
8	32	23	-9	21	21	0
9	29	26	-3	24	36	12
10	20	32	12	25	38	13
11	29	33	4	25	25	0
12	34	35	1	20	17	-3
13	29	29	0	32	28	-4
14	24	27	3	26	29	3
15	22	25	3	37	20	-17
16	23	24	1	41	41	0
17	22	25	3	25	25	0
18	26	32	6	21	22	1
19	33	24	-9	24	24	0
20	31	19	-12	21	21	0

**ตารางที่ 9** คะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ความแตกต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ความแตกต่าง
1	37	36	-1	45	43	-2
2	30	31	1	35	34	-1
3	45	42	-3	41	36	-5
4	38	44	6	37	41	4
5	37	46	9	45	46	1
6	46	41	-5	41	37	-4
7	39	34	-5	36	44	8
8	42	45	3	37	40	3
9	34	46	12	38	35	-3
10	36	44	8	39	44	5
11	37	46	9	37	37	0
12	40	46	6	39	40	1
13	40	40	0	34	31	-3
14	34	35	1	41	44	3
15	32	44	12	44	32	-12
16	40	47	7	39	39	0
17	40	45	5	41	41	0
18	38	38	0	45	46	1
19	34	38	4	45	43	-2
20	39	36	-3	37	40	3

**ตารางที่ 10** คะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน  
หอผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนการปรับตัวร่างกาย					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ แตกต่าง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ แตกต่าง
1	42	42	0	28	32	4
2	25	24	-1	22	16	-6
3	31	34	3	25	27	2
4	30	33	3	27	35	8
5	35	37	2	34	40	6
6	39	37	-2	28	27	-1
7	39	37	-2	36	24	-12
8	30	33	3	31	38	7
9	30	39	9	34	24	-10
10	29	33	4	25	35	10
11	28	39	11	42	42	0
12	30	34	4	33	35	2
13	49	49	0	34	34	0
14	27	33	6	29	32	3
15	33	43	10	36	32	-4
16	30	37	7	23	23	0
17	36	46	10	38	38	0
18	36	39	3	34	40	6
19	30	30	0	28	32	4
20	30	28	-2	31	38	7



**ตารางที่ 11** คะแนนการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอ  
อภิบาลผู้ป่วย ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนการปรับตัวโดยรวม					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ แตกต่าง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ความ แตกต่าง
1	102	104	2	97	99	2
2	75	79	4	92	69	-23
3	101	101	0	89	81	-8
4	89	97	8	86	98	12
5	106	114	8	100	108	8
6	128	107	-21	100	84	-16
7	111	95	-16	96	85	-11
8	104	101	-3	89	99	10
9	93	111	18	96	95	-1
10	85	109	24	89	117	28
11	94	118	24	104	104	0
12	104	115	11	92	92	0
13	118	118	0	100	93	-7
14	85	95	10	96	105	9
15	87	112	25	117	84	-33
16	93	108	15	103	103	0
17	98	116	18	104	104	0
18	100	109	9	100	108	8
19	97	92	-5	97	99	2
20	100	83	-17	89	99	10

**ตารางที่ 12** คะแนนการปรับตัวด้านสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอ  
อภิบาลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	คะแนนการปรับตัวด้านสังคม					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	ความแตกต่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	ความแตกต่าง
1	23	24	-1	26	24	2
2	20	35	-15	24	19	5
3	25	23	2	25	18	7
4	21	22	-1	20	22	-2
5	34	21	13	31	22	9
6	43	31	12	29	20	9
7	33	24	9	24	17	7
8	32	21	11	23	21	2
9	29	24	5	26	36	-10
10	20	25	-5	32	38	-6
11	29	25	4	33	25	8
12	34	20	14	35	17	18
13	29	32	-3	29	28	1
14	24	26	-2	27	29	-2
15	22	37	-15	25	20	5
16	23	41	-18	24	41	-17
17	22	25	-3	25	25	0
18	26	21	5	32	22	10
19	33	24	9	24	24	0
20	31	21	10	19	21	-2

ตารางที่ 13 คะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	คะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	ความแตกต่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	ความแตกต่าง
1	37	45	-8	36	43	-7
2	30	35	-5	31	34	-3
3	45	41	4	42	36	6
4	38	37	1	44	41	3
5	37	45	-8	46	46	0
6	46	41	5	41	37	4
7	39	36	3	34	44	-10
8	42	37	5	45	40	5
9	34	38	-4	46	35	11
10	36	39	-3	44	44	0
11	37	37	0	46	37	-
12	40	39	1	46	40	6
13	40	34	6	40	31	9
14	34	41	-7	35	44	-9
15	32	44	-12	44	32	12
16	40	39	1	47	39	8
17	40	41	-1	45	41	4
18	38	45	-7	38	46	-8
19	34	45	-11	38	43	-5
20	39	37	2	36	40	-4

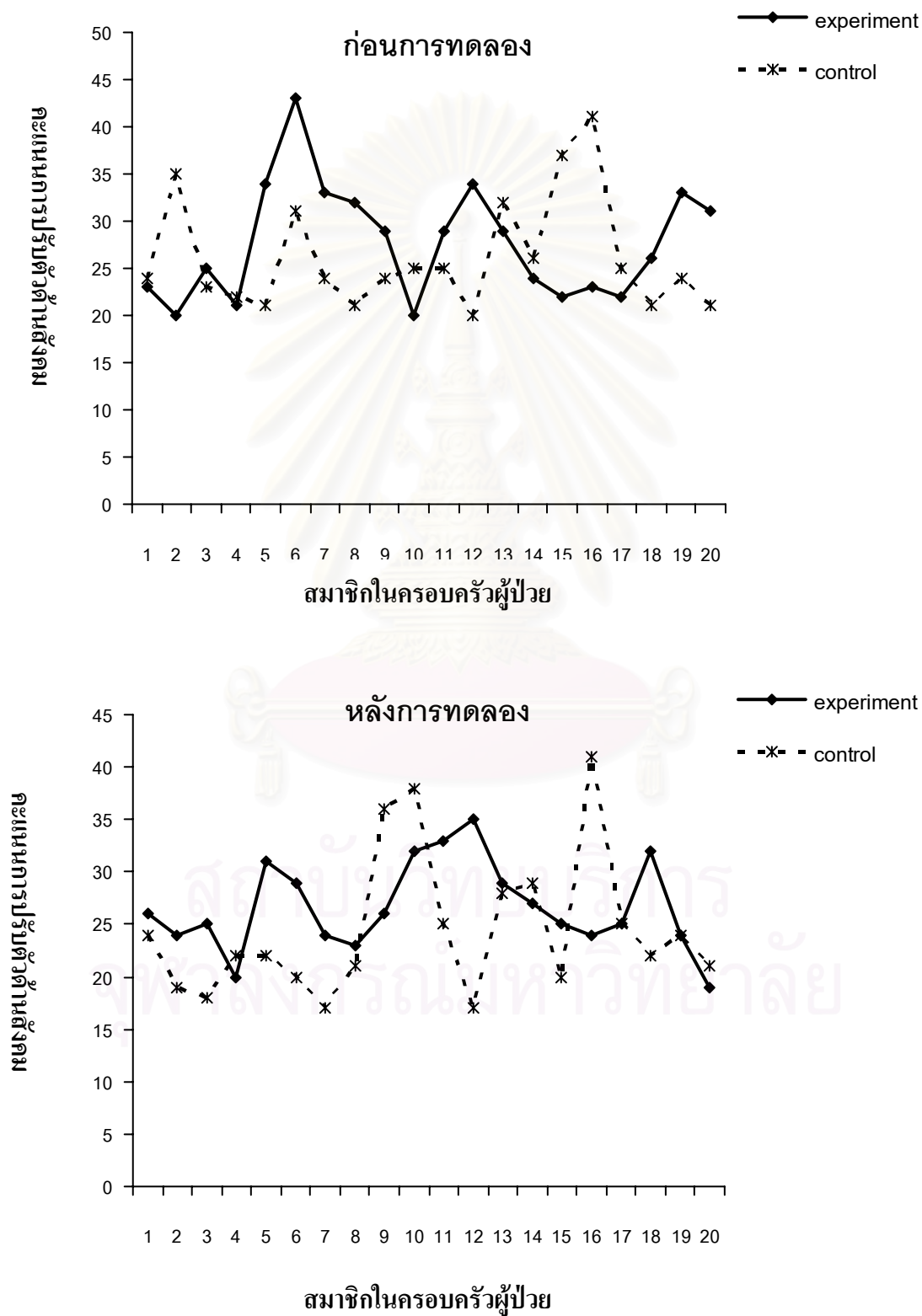
**ตารางที่ 14** คะแนนการปรับตัวด้านร่างกายของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน  
หอผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คน ที่	คะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	ความ แตกต่าง	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	ความ แตกต่าง
1	42	28	14	42	32	10
2	25	22	3	24	16	8
3	31	25	6	34	27	7
4	30	27	3	33	35	-2
5	35	34	1	37	40	-3
6	39	28	11	37	27	10
7	39	36	3	37	24	13
8	30	31	-1	33	38	-5
9	30	34	-4	39	24	15
10	29	25	4	33	35	-2
11	28	42	-14	39	42	-3
12	30	33	-3	34	35	-1
13	49	34	15	49	34	15
14	27	29	-2	33	32	1
15	33	36	-3	43	32	11
16	30	23	7	37	23	14
17	36	38	-2	46	38	8
18	36	34	2	39	40	-1
19	30	28	2	30	32	-2
20	30	31	-1	28	38	-10

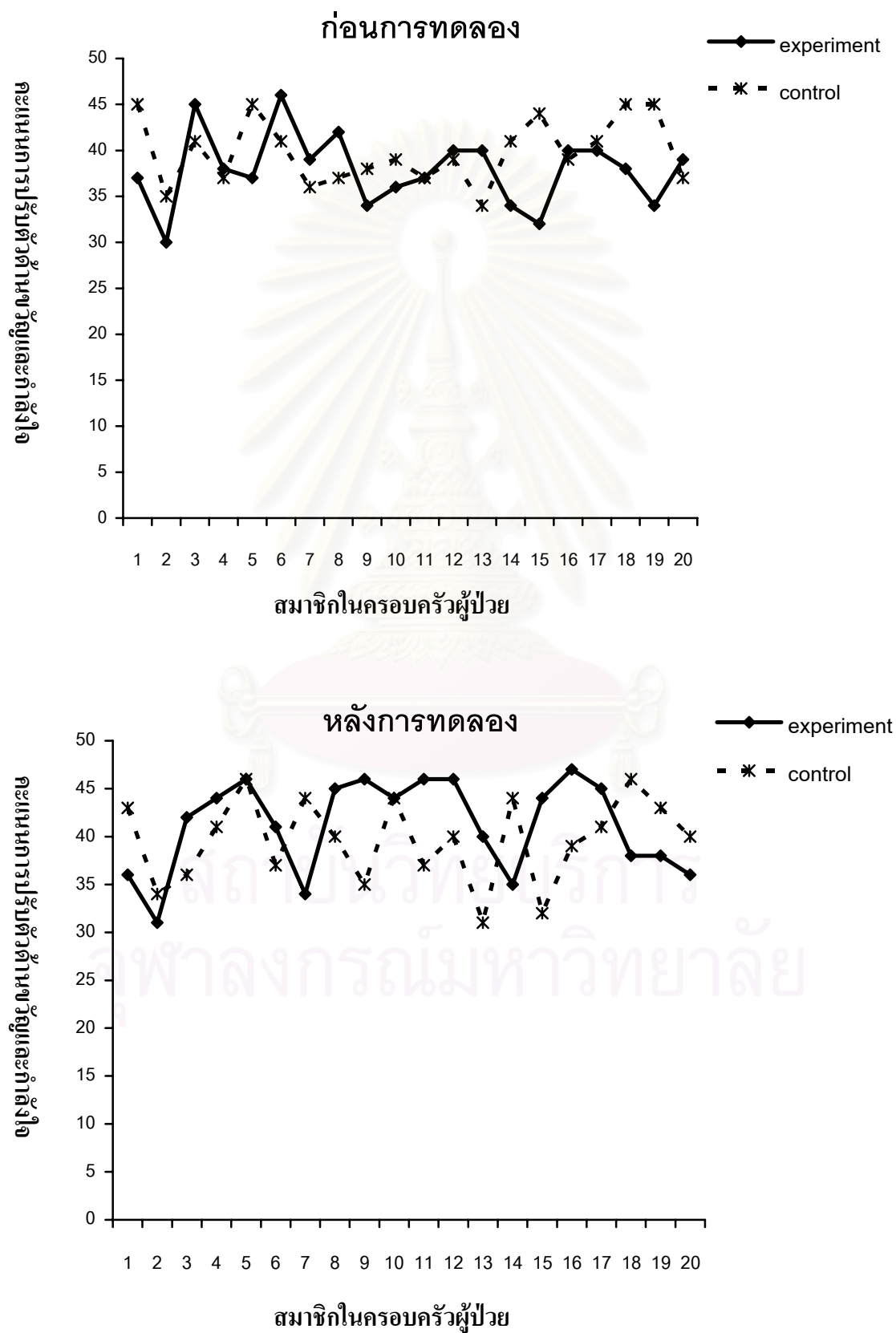
**ตารางที่ 15** คะแนนการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอ  
อภิบาลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คน ที่	คะแนนการปรับตัวโดยรวม					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	ความ แตกต่าง	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	ความ แตกต่าง
1	102	97	5	104	99	5
2	75	92	-17	79	69	10
3	101	89	12	101	81	20
4	89	86	3	97	98	-1
5	106	100	6	114	108	6
6	128	100	28	107	84	23
7	111	96	15	95	85	10
8	104	89	15	101	99	2
9	93	96	-3	111	95	16
10	85	89	-4	109	117	-8
11	94	104	-10	118	104	14
12	104	92	12	115	92	23
13	118	100	18	118	93	25
14	85	96	-11	95	105	-10
15	87	117	-30	112	84	28
16	93	103	-10	108	103	5
17	98	104	-6	116	104	12
18	100	100	0	109	108	4
19	97	97	0	92	99	-7
20	100	89	11	83	99	-16

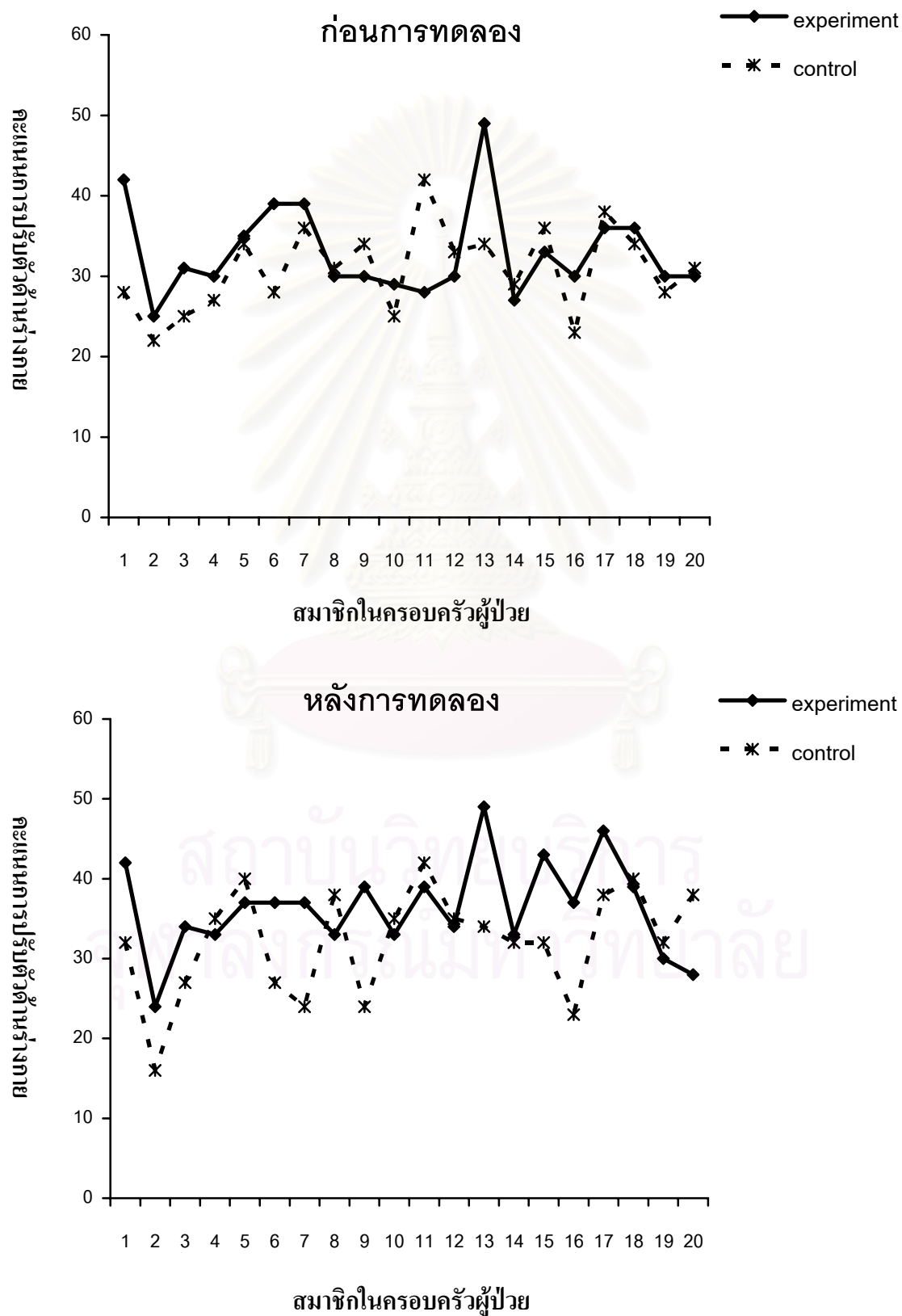
ภาพที่ 2 แสดงคะแนนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอภิบาลผู้ป่วย เป็นรายบุคคล



ภาพที่ 3 แสดงคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

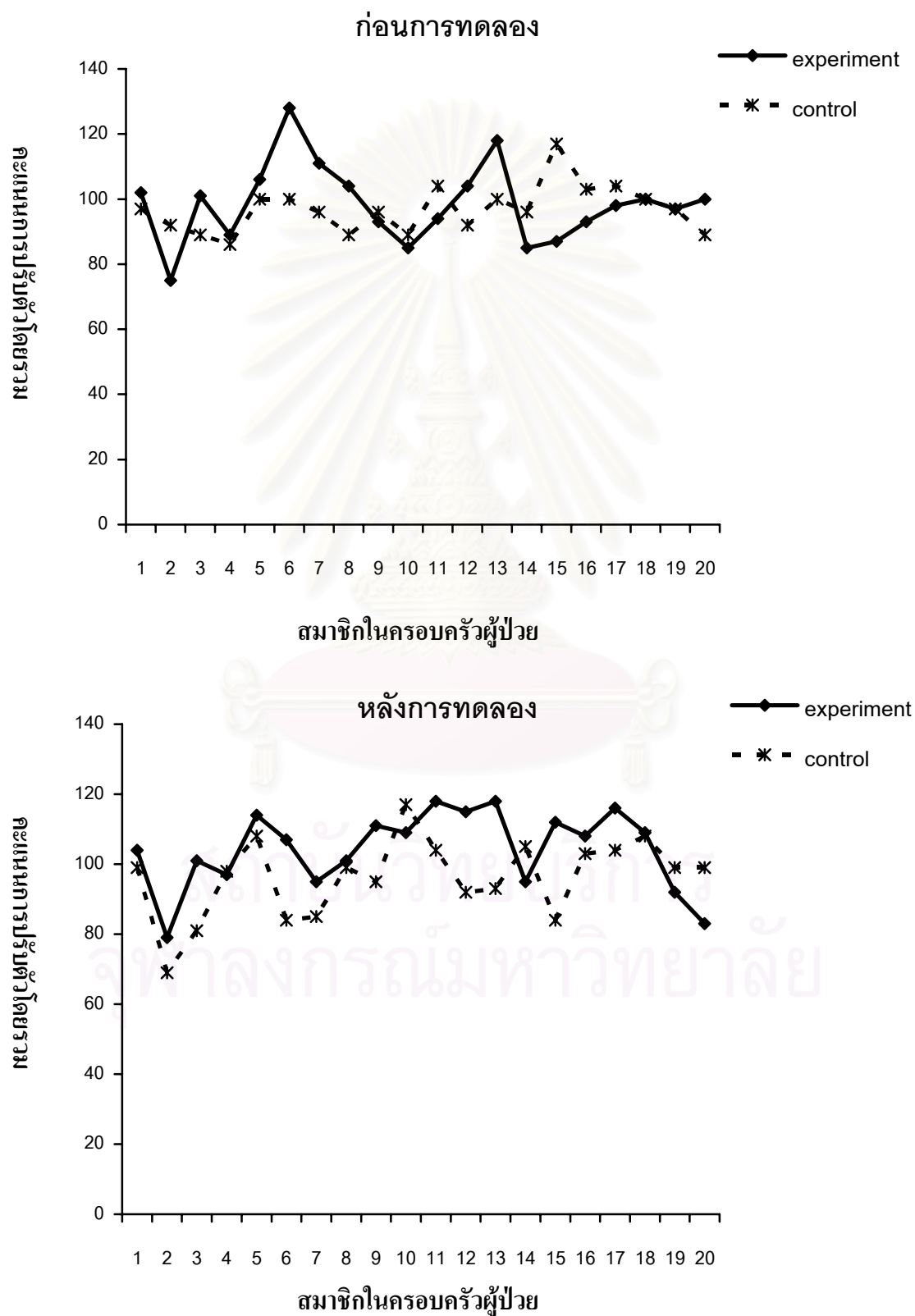


ภาพที่ 4 แสดงคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

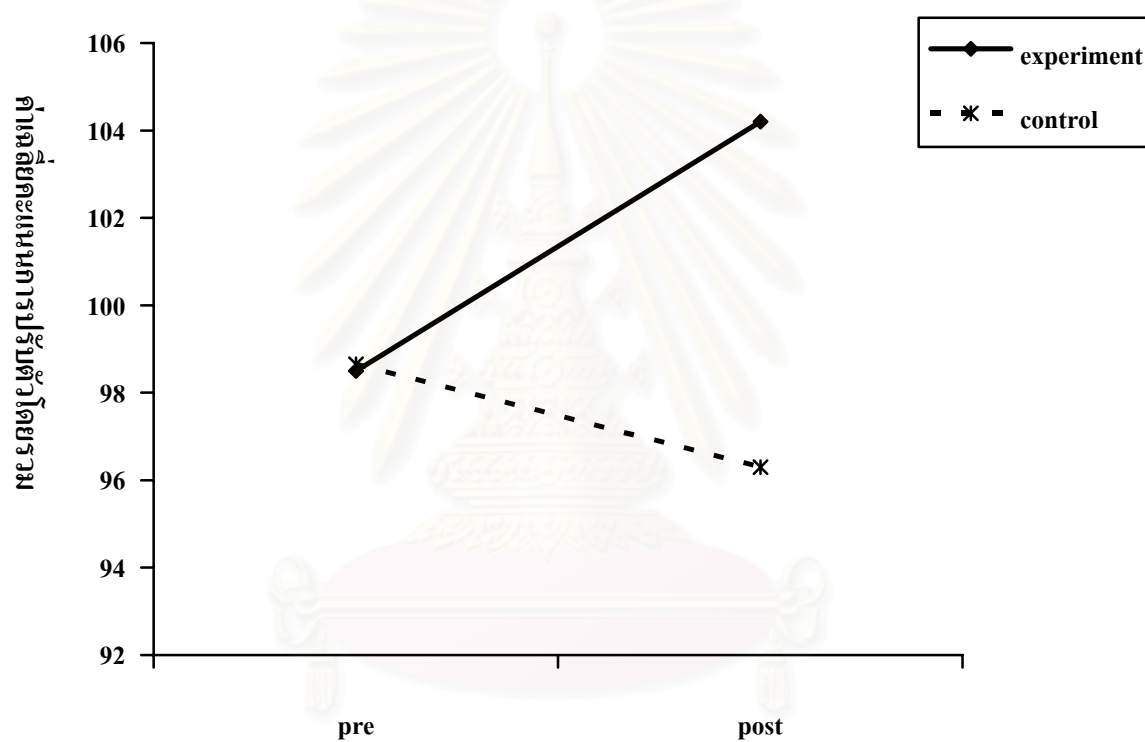




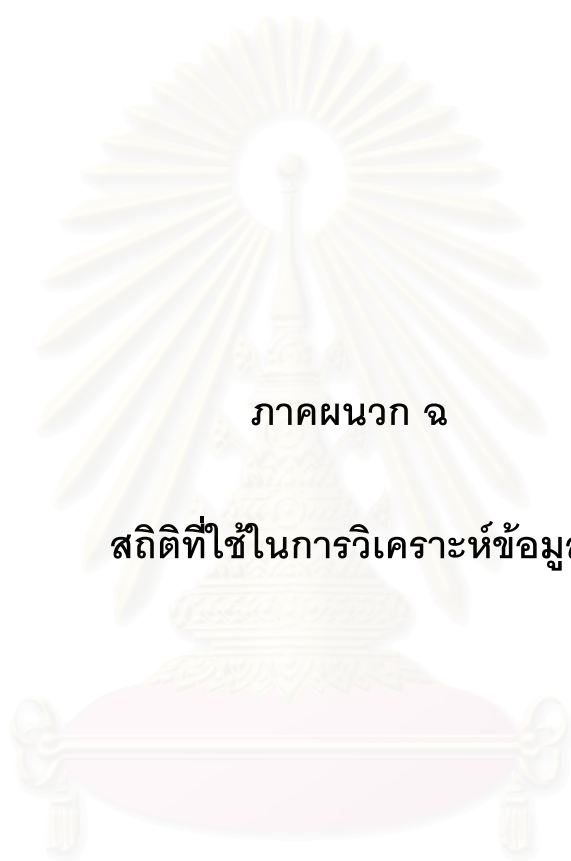
ภาพที่ 5 แสดงคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อน-หลังการทดลองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล



ภาพที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของการปรับตัวโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา  
ในหออภิบาลผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. การคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	$\alpha$	=	คือค่าความสอดคล้องภายใน
	n	=	คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	=	คือผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	$S_t^2$	=	คือความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

## 2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### 2.1 สูตรคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean)

สูตร  $\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$

เมื่อ	$\bar{X}$	=	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

### 2.2 สูตรคำนวณหาส่วยเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

สูตร S.D. =  $\sqrt{\frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$

เมื่อ	S.D.	=	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนสังเกต
	$\sum X^2$	=	ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด
	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นอิสระจากกัน (Independent sample t-test) กรณีไม่ทราบ  $\sigma_1^2$  และ  $\sigma_2^2$  แต่สมมติให้  $\sigma_1^2 = \sigma_2^2$

สูตร  $t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}\right)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$

เมื่อ  $df =$  ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

$$= n_1 + n_2 - 2$$

$\bar{X}_1 =$  ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_2 =$  ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$n_1 =$  ขนาดของกลุ่มทดลอง

$n_2 =$  ขนาดของกลุ่มควบคุม

$S_1^2 =$  ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มทดลอง)

$S_2^2 =$  ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มควบคุม)

2.4 สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งสัมพันธ์กัน (Dependent sample t-test)

สูตร  $t = \frac{\bar{D} - \mu_D}{\frac{S_D}{\sqrt{n}}}$

เมื่อ  $df =$  ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

$$= n - 1$$

$\bar{D} =$  ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

$\mu_D =$  ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม

$S_D =$  ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

$n =$  จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาวอรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 22 มกราคม พ.ศ.2519 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6
สถานที่ทำงาน	หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถ.ราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000
วุฒิการศึกษา	มัธยมศึกษาที่โรงเรียนเบญจมราชูทิศ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกียรตินิยม อันดับ 2) เมื่อปี พ.ศ.2541

### ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ

พ.ศ.2541- ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (ICU 1) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
--------------------	---

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย