

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง
ภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง
ภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

ประภดา คิมวงษ์

นางสาวประภดา คิมวงษ์
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

ศุภิสต์ สันต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา มั่นคง,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธักดิ์,

พย.ค.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง
ภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

ปรารณา ฉิมวงษ์

นางสาวปรารณา ฉิมวงษ์
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรัดดา มั่นคง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรัดดา มั่นคง,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พย. ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา

นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์,
พ.บ.

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่จนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลอ่างทอง ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอบพระคุณบุคลากรหออภิบาลผู้ป่วยจิตเวชกรรมทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานอย่างดียิ่ง ในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้น กระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์

ท้ายที่สุดผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ได้อย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

คุณค่า และประโยชน์อันพึงมีของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

ปรารธนา จิมวงษ์

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และ ภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

A LITERATURE REVIEW RELATED TO ANXIETY, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, AND DEPRESSION IN FAMILY MEMBERS OF INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

ปรารธนา นิยมวงษ์ 4736746 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการจากฐานข้อมูลต่างๆทางอิเล็กทรอนิกส์ และห้องสมุด มีงานวิจัยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 16 เรื่อง ได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็น ข้อเสนอแนะ คือ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง ภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย ด้านครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ 2) รูปแบบการบำบัดครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต ซึ่งมี 4 รูปแบบ คือ การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล (Counseling) พบว่าสามารถลดความ วิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากการดูแลแบบปกติ การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้อย่างมีนัยสำคัญ การบำบัดที่ใช้การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน พบว่าสามารถลดความ วิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ส่วนการบำบัดที่ใช้คู่มือแนะนำการดูแล ตนเอง พบว่ามีความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากการดูแลแบบปกติ

องค์ความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง สำหรับการประเมิน คัดกรอง และให้การบำบัดครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ เพื่อเป็นการ ป้องกัน และลดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้า และเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล / ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย/ ภาวะซึมเศร้า /
ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต / หน่วยบำบัดพิเศษ

215 หน้า

A LITERATURE REVIEW RELATED TO ANXIETY, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, AND DEPRESSION IN FAMILY MEMBERS OF INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

PRADTHANA CHIMVONG 4736746 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SOPIN SANGON, Ph.D. (Nursing),
SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

The present study aimed at analyzing and synthesizing research literature related to anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients. A total of 16 research studies were selected from electronic databases and manual library searches. The findings of the analysis and synthesis were as follows: First, the factors associated with anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients were family factors, patient factors, and intensive care unit factors. Second, there were four types of care given to patients' family members which yielded different treatment outcomes. Individual counseling could reduce anxiety of family members with statistical significance, but its effect on depression was not different from that of routine care. Likewise, support groups could reduce anxiety of family members with statistical significance. The effects of information and nursing support systems could reduce anxiety of family members with statistical significance. Finally, the effects of therapy with a manual on self-care practice on anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression were not different from the effects of routine nursing care.

The synthesized body of knowledge in this study could be used as a guideline in assessing, screening, and providing care to family members of intensive care unit patients to prevent and reduce anxiety, PTSD, and depression and improve the quality of care provided to the patients and their family.

KEY WORDS: ANXIETY / POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER /
DEPRESSION / FAMILY / INTENSIVE CARE UNIT.

215 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา	4
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว	7
ความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วย	12
ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายในครอบครัวผู้ป่วย	21
ภาวะซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วย	30
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	39
แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	43
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
คุณภาพของงานวิจัย	49
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจ	49
ภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	
รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดแต่ละรูปแบบ	57
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	85

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	96
ข้อจำกัดในการศึกษา	104
ข้อเสนอแนะ	104
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	107
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	125
บรรณานุกรม	145
ภาคผนวก	155
ประวัติผู้วิจัย	215

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
2	แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย	44
3	แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล อาการPTSD และอาการซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	69
4	แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ	72
5	แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	156

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวขั้นรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตของคนในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อจิตใจของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยได้ (Hickey, 1996; Meisel, 1991) เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน พึ่งพากันเพื่อตอบสนองความต้องการและคงความสมดุลภายในครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบเปิดเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การเสียสมดุลในครอบครัว จากการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศฝรั่งเศสพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ 43 แห่ง จำนวน 36 คน มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 69.1 และ 35.4 ตามลำดับ (Pochard et al., 2001) และในประเทศกรีซพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ มีปัญหาทางด้านจิตใจในอัตราสูงโดย มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าร้อยละ 97 และมีอาการภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) ร้อยละ 81 และในจำนวนกลุ่มอาการดังกล่าว ร้อยละ 87 และร้อยละ 59 มีอาการเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า และ PTSD (Paparrigopoulos et al., 2006) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง (อัญชลี โสภณ, 2545) แต่ภาวะซึมเศร้า และ PTSD ของครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษยังไม่พบการศึกษาข้อมูล

ผลกระทบด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ความวิตกกังวลในระดับสูง มีโอกาสเกิดภาวะ PTSD (Paparrigopoulos et al., 2006) ซึ่งอาจจะพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าต่อไปได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม (Jones et al., 2004) ผลกระทบด้านจิตใจอาจเป็นผลมาจากลักษณะของผู้ป่วยและลักษณะของหน่วยบำบัดพิเศษ (Leske, 1998) สำหรับลักษณะของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษมักจะมีความเจ็บป่วยรุนแรงเฉียบพลันเกิดขึ้น โดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า ลักษณะการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่อาจจะเพิ่มระดับความรุนแรงจนคุกคามถึงชีวิตได้ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการของบุคคลที่ตนรัก และความไม่แน่นอนของอาการที่เปลี่ยนแปลงไป การที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยวิกฤตได้ในรายที่ไม่รู้สึกตัว และ

การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษได้รับที่ต้องใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ เช่น การใส่ท่อหลอดลมและใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายเข้าสู่หลอดเลือดหลายแห่ง และการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ ส่วนลักษณะของหน่วยบำบัดพิเศษซึ่งเป็นหน่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยหนัก ที่มีเครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา มีเสียงดังจากการทำงานของเครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องปั๊มการไหลของสารน้ำ รวมทั้งภาพการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยเตียงอื่น (จริยา ดันดิธรรม, 2547) ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ไม่คุ้นเคย การที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ ในหน่วยบำบัดพิเศษ การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การกลัวต่อความตายหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการถูกจำกัดให้รอคอย (Hickey, 1996; Leske, 1998; Leske, 2002) เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจเป็นอย่างมาก (Halm, 1990)

เมื่อครอบครัวผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต จะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในระยะแรกเป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงมาก รู้สึกช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ซึ่งระยะนี้อาจนานเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน ต่อมาครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกที่รุนแรง โกรธโดยพยายามตำหนิสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกขัดแย้ง รู้สึกสิ้นหวังเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึมเศร้า สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดงความรู้สึกโกรธอย่างรุนแรง ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน ต่อมาครอบครัวผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น คาดหวังในสิ่งที่เป็นจริง พยายามหาทางแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ความคิดไม่สับสน สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ และระยะสุดท้ายครอบครัวผู้ป่วยจะแก้ไขปัญหารับตัวเข้ากับสถานการณ์ ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน (Aquilera & Messick, 1982; Epperson, 1977 cited in นิตยา จรัสแสง, 2548)

ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการที่ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ความรู้สึก (Gowick & Gentleman, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้อง การความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย จึงต้องได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพ, 2540 อ้างใน เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) ทำให้เสียสมดุลในครอบครัว เกิดความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และการทำกิจวัตรประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2002) และถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวจะส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความท้อแท้สิ้นหวังและก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Acorn & Roberts, 1992) ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและ

กิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย (Kreutzer et al., 2002) ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สมาชิกในครอบครัวบางรายแสดงออกทางร่างกายและพฤติกรรม เช่น นั่งหรือนิ่ง คิ้วขมวด ร้องไห้ เอะอะ ประสิทธิภาพการนอนลดลง ทานอาหารน้อยลง สูบบุหรี่จัด ดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น เดินไปเดินมา ถามคำถามซ้ำๆ ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และต้องรับประทานยา (Halm et al., 1993; มารยาท วัชรเกียรติ, 2536) ซึ่งจากการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต และต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Halm, 1990) มักจะอยู่ในอารมณ์ที่สับสน และมีอาการวิตกกังวลในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และมีภาวะซึมเศร้าได้ (Paparrigopoulos et al., 2006)

ความวิตกกังวลและปัญหาทางจิตใจสามารถเกิดขึ้นได้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะมีความสามารถในการปรับตัวที่แตกต่างกัน ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวหรือไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ตามลำพัง เกิดความล้มเหลวในการปรับตัว จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความเสียสมดุลทางอารมณ์ (ทัศนา บุญทอง, 2532) ส่งผลให้ระบบครอบครัวล่มสลายได้ ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยจะต้องปรับตัวและแก้ไขภาวะวิกฤต เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) ในปัจจุบันการพยาบาล และการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเน้นที่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจช่วยเหลือประคับประคองครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งให้มีส่วนร่วมในการพิจารณาตัดสินใจในการแก้ปัญหา หรือได้รับคำแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่มีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล แต่ยังไม่มีการพยาบาลเพื่อป้องกัน หรือลดปัญหาทางจิตเวช และสุขภาพจิต ที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งได้แก่ PTSD ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ควรพัฒนาแนวทางในการป้องกัน และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ ยังมีความต้องการการดูแลอย่างมาก เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ และพบว่ารูปแบบการบำบัดที่ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ เพื่อลดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้า มีการให้การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (Counseling) การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน ซึ่งผลการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ (คณินันต์ บุรีเทศ, 2540; นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; อรัญญา ศรีคำชา,

2547; Chien et al., 2006; Halm, 1990; Thompson & Meddis, 1990) ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการประเมิน วินิจฉัย และให้การพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนด้านการปรับตัว หรือปรับพฤติกรรม และเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลต้องใช้ทักษะขั้นสูงในการช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตผ่านช่วงวิกฤตของชีวิต เข้าใจความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง สามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ และในที่สุดไม่เกิดปัญหาทางจิตเวช และมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่พยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ รวมทั้งมีบทบาทการประสานร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพ และนางานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล จึงทำให้ผู้ศึกษาตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้า จึงได้รวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย และการบำบัดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ เพื่อได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ ตามประเด็นต่อไปนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อการเกิดความวิตกกังวล ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้า
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ ที่ชัดเจนและเชื่อถือได้

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาที่ซับซ้อนคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรหลายสาขาเพื่อให้อาการคงที่ รักษาสภาพให้ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด เป็นผู้รู้ปัญหาของผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือพี่น้องที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยวิกฤต

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคล ที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ ซึ่งเกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าก็ได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม แตกต่างกันไปตามระดับของความรูสึกนั้น ซึ่งความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) และความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety)

ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคล หลังจากที่ได้ตกอยู่ในภาวะกดดัน หรือเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจที่รุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับ การเสียชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส คุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเอง และบุคคลอื่น ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลประกอบด้วย ความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2540; APA, 2000) เช่น การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ การเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงกับบุตร หรือคู่ครอง และการถูกข่มขืน เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา มีความคิดในทางลบ เช่น ดำเนินตนเอง มีพฤติกรรมลดถอย ต้องการที่จะหลีกหนี และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิม (ดวงใจ กษานติกุล, 2536; Beck, 1967)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว
 - 1.1 ผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.2 ครอบครัว
 - 1.3 ภารกิจของครอบครัว
 - 1.4 การตอบสนองของครอบครัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยวิกฤต
 - 1.5 ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย
 - 1.6 การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ
2. ความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วย
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 2.3 ลักษณะของความวิตกกังวล
 - 2.4 ระดับความวิตกกังวล
 - 2.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความวิตกกังวล
 - 2.6 การประเมินความวิตกกังวล
 - 2.7 การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีความวิตกกังวล
3. ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายในครอบครัวผู้ป่วย
 - 3.1 ความหมายของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย
 - 3.2 สาเหตุของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย
 - 3.3 อาการและอาการแสดงของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย
 - 3.4 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย
 - 3.5 การประเมินภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย
 - 3.6 การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย

4. ภาวะซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วย

- 4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
- 4.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- 4.3 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
- 4.4 ระดับของภาวะซึมเศร้า
- 4.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 4.6 การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว

ผู้ป่วยวิกฤต

ฮาทส์ฮอน และคณะ (Hartshorn et al., 1993) กล่าวว่า ผู้ป่วยวิกฤต (Critical ill patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต ต้องการการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรหลายสาขาเพื่อให้อาการคงที่ รักษาสภาพให้ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

นิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) กล่าวว่า ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึงผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องใช้เทคโนโลยีเครื่องมือขั้นสูงจึงต้องมีหน่วยงานพิเศษเพื่อรองรับ และมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง

กัลยาณี เกื้อก่อพรม (2546) กล่าวว่า ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึงผู้ป่วยที่มีภาวะทางสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทีทันใด หรือมีโอกาที่จะเกิดปัญหาคุกคามต่อชีวิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปว่าผู้ป่วยวิกฤตหมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาที่ซับซ้อนคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรหลายสาขาเพื่อให้อาการคงที่ รักษาสภาพให้ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ครอบครัว

เมอร์รี และฮิวส์โกเตอร์ (Murray & Huelskoetter, 1987 อ้างใน สมภาพ โล่ห์สวัสดิ์กุลและวนิษา พิงชมภู, 2547) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึงบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป อยู่ร่วมกันโดยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือการแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม มีการแบ่งปันกันด้านการเงินและการใช้เวลาซึ่งกันและกัน

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) กล่าวว่า ครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะดังต่อไปนี้ ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะที่เฉพาะ สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

สารทิ พลศักดิ์ (2547) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึงองค์กรที่มีขนาดเล็กในสังคม ประกอบด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย โดยการสมรสหรือการรับรองบุตรบุญธรรม ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ บุตรและญาติพี่น้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปว่า ครอบครัวหมายถึงองค์กรที่มีขนาดเล็กในสังคม ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปอยู่ร่วมกันโดยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย โดยการสมรสหรือการรับรองบุตรบุญธรรม สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

ภารกิจของครอบครัว ภารกิจของครอบครัวสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Epstein et al., 1982 อ้างใน อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) ได้แก่

ภารกิจพื้นฐาน (Basic tasks) เป็นงานพื้นฐานที่ครอบครัวกระทำเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่นความต้องการพื้นฐาน อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพอนามัยและความปลอดภัย

ภารกิจด้านพัฒนาการ (Developmental tasks) ครอบครัวจะพัฒนาไปเรื่อยๆตามขั้นตอนของวงจรชีวิต การพัฒนาที่ดีครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจหลายประการ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ของครอบครัวที่สมาชิกทุกคนตระหนักและยอมรับ มีทิศทางในการพัฒนาที่เหมาะสมรวมถึงการสร้างขอบเขตที่ชัดเจน

ภารกิจในยามวิกฤต (Crisis tasks) วิกฤตการณ์หรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วย การเสียชีวิต การตกงาน การแยกทางกันของสามีภรรยา เป็นต้น ภาวะดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบอาจรุนแรงจนทำให้หน่วยครอบครัวล่มสลายได้ ครอบครัวจึงต้องปรับตัว และแก้ไขวิกฤตการณ์ดังกล่าว เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล

ครอบครัวที่สามารถปฏิบัติภารกิจทั้ง 3 ด้านนี้ได้้อย่างเหมาะสม จะทำให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติภารกิจใน 3 ด้านนั้นได้ ครอบครัวอาจจะมีปัญหาหรือความขัดแย้ง

การตอบสนองของครอบครัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยวิกฤต

เอควิเลรา และเมสสิก (Aquilera & Messick, 1994 อ้างใน สมาพร โล่ห์สวัสดิ์กุล และ วนิชา พิงชมภู, 2547) และ ลีอิวาทท์ (Leavitt, 1982 อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ได้แบ่งระยะของการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤตเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะช็อก เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ ผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก ไม่เชื่อ ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง
2. ระยะถอยหนีหรือระยะสับสน ระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง มีทั้งความรู้สึกละแวกและสิ้นหวัง มีความรู้สึกขัดแย้ง ซึมเศร้า สับสน ท้อแท้ อาจแสดงความรู้สึกโศกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้ใช้เวลาหลายวัน
3. ระยะยอมรับหรือฟื้นตัว เป็นระยะที่เริ่มยอมรับและหาทางแก้ไขปัญหาคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะนี้ใช้เวลาเป็นสัปดาห์
4. ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ระยะนี้มีการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สามารถควบคุมสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้ใช้เวลาเป็นเดือน

ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆด้วย (Gilliss et al., 1988) สถานการณ์ความเจ็บป่วยวิกฤต จะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดต่อครอบครัวผู้ป่วยอย่างมาก และก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นสถานการณ์ที่ถูกคามต่อความมั่นคงของตนเอง (Meisel, 1991) ซึ่งผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยในด้านต่างๆจากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีการเกร็งของกล้ามเนื้อคอและไหล่ เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว (Epperson, 1977 อ้างใน นิทยา จรัสแสง) การศึกษาของฮาล์ม และคณะ (Halm et al., 1993) ได้ทำการศึกษาการตอบสนองของพฤติกรรมของครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยรับประทานอาหารลดลง ประสิทธิภาพการนอนลดลง สูบหรี่และดื่มสุรามากขึ้น และมีการใช้ยา สอน และทัช (Horn & Tesh, 2002) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า การนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Meisel, 1991)

ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รุนแรงเฉียบพลันหรือเรื้อรัง จนต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ เป็นภาวะที่ถูกคามต่อครอบครัว ทำให้มีผลต่อครอบครัวผู้ป่วยด้านอารมณ์และจิตใจ (Halm, 1990) และทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

สูงมาก กลัวผู้ป่วยจะพิการหรือเสียชีวิต รู้สึกไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วย มีอารมณ์สับสน (Leske, 2002) จากการประเมินปฏิกิริยาทางจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยพบว่า มีความรู้สึกกลัว ซ็อก ปฏิเสธ โกรธ ตึงเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า (Hall, 1994; Halm, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ เจเมอร์สัน และคณะ (Jamerson et al., 1996) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสับสน เครียด ไม่แน่ใจ วิตกกังวลในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไร ครอบครัวผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลสูง และมีภาวะซึมเศร้า (Perez-San Gregorio et al., 1992; Jones et al., 2004) วง (Wong, 1995 cited in Halm, 1990) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความเครียด และความวิตกกังวลสูงจากภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งจะสัมพันธ์กับความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วย และความรู้สึกถูกคุกคามจากสิ่งแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษ จากการศึกษาของ กริโกรีโอ และคณะ (Gregorio et al., 1992) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 76 คน มีอาการซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของ โปชาด และคณะ (Pochard et al., 2005) พบว่าความผิดปกติทางจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความวิตกกังวลร้อยละ 69.1 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.4 จากการศึกษาของเปปาริโกพลอส และคณะ (Paparrigopoulos et al., 2006) ศึกษาภาวะทางจิตใจที่มีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีอัตราความวิตกกังวล และซึมเศร้าร้อยละ 97 อาการ PTSD ร้อยละ 81 และจากอาการดังกล่าวพบว่าร้อยละ 87 และ 59 เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของภาวะซึมเศร้า และ PTSD ซึ่งจากระดับความวิตกกังวลสูงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่อาการ PTSD ได้ และถ้าไม่ได้รับการดูแลป้องกันจะทำให้เป็น PTSD จากการศึกษาของ อซูลย์ และคณะ (Azoulay et al., 2005) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีอาการ PTSD ในระดับปานกลาง และเสี่ยงต่อการเกิด PTSD ร้อยละ 33.1

ผลกระทบด้านสังคม ครอบครัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Griogo, 1993) มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) มีบทบาทหน้าที่เพิ่มมากขึ้น (รุ่งรัตน์ วนิชวิชาติ, 2540) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมก็ลดน้อยลงด้วย (Halm, 1990) การศึกษาของฮอน และทัช (Horn & Tesh, 2000) ศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตร้อยละ 56 มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อน การสวดมนต์อธิษฐานขอพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วย และขับรถเพื่อการเดินทางมากขึ้น

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง และต้องสูญเสียรายได้จากการหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาค่าใช้จ่าย

ทางการเงินซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่ครอบครัว (Bernstein, 1990) จากการศึกษาของ รุ่งรัตน์ วณิชากิชาติ (2540) ในครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้ป่วยหนักอาชญากรรม และศีลธรรม พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประเมินว่าปัญหาทางการเงินเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ครอบครัวผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพทรุดโทรม ทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งภาวะทางจิตใจมีผลทำให้มีความวิตกกังวลสูง PTSD และภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถปรับตัว และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดปัญหาทางด้านจิตใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระบบครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจึงจำเป็นต้องพยายามปฏิบัติหรือปรับตัวให้เกิดความสมดุลภายในครอบครัว ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตดังนี้

การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตควรให้ความช่วยเหลือทันที โดยการให้ข้อมูลสรุปสั้นๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาพยาบาล แนะนำชื่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วย และติดต่อให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พบกับแพทย์ผู้รักษา อธิบายเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม สถานที่รอพักของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ มีการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และมีการแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุกครั้งซึ่งในการอธิบายควรให้เข้าใจหลักการ และเหตุผลต่างๆ ภาษาที่ใช้ควรง่ายต่อการเข้าใจ และควรพิจารณาถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจ และสภาพจิตใจอารมณ์ขณะรับฟัง มีการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ซักถาม ระบายความรู้สึกต่อภาวะวิกฤต มีการพูดคุยร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วน พยาบาลฟังด้วยความสนใจ ให้ความสำคัญ และยอมรับความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจทำให้การตอบสนองของอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตดำเนินไปได้ด้วยดี และการให้กำลังใจกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งที่ดีในสถานการณ์ที่ยุ่ยากในการเผชิญภาวะวิกฤต โดยวิธีการสัมผัส และการพูดคุย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจ วางแผนในการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และอธิบายในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถกระทำต่อผู้ป่วยได้ และช่วยค้นหาแหล่งช่วยเหลือที่สามารถช่วยครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่เหมาะสม (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546; Bleulin, Rook & Sills, 1982; Johnson, 1986)

ความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วย

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของบุคคล ซึ่งมักจะประสบอยู่เสมอเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้หลายประเด็นดังนี้

สปีลเบอร์กเกอร์ (Spieberger, 1972) มีความเห็นว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคามหรือ ทำให้เกิดอันตราย

จอร์แมน, เซาเทน, และเรนส์ (Gorman, Sultan, & Raines, 1996) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ตึงเครียด สับสนโดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ จะมีการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เป็นสัญญาณเตือนว่ามีสิ่งหนึ่งสิ่งใดเข้ามาคุกคามความมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งจะมีจริงหรือไม่ก็ได้ ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบโต้เพื่อลดกลาะนั้น

คณินนิต บุรีเทศน์ (2540) มีความเห็นว่าความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

รัตนา อยู่เปล่า (2543) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า หมายถึง ความรู้สึก หวาดหวั่น หรือไม่สบายใจที่มีอยู่ในขณะนั้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของความวิตกกังวล สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคล ที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ ซึ่งเกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าก็ได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม แตกต่างกันไปตามระดับของความวิตกกังวลนั้น

สาเหตุของความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีหลายทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล ไว้ดังนี้

1. Biological Theory

สำหรับสาเหตุด้านชีววิทยาได้มีการศึกษาวิจัยในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างชีวจิตวิทยา (Psychobiological) กับการเกิดโรคจิตเวช ซึ่งได้ทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนในเรื่องนี้ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่ง Biological Theory ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคจิตเวช ไว้ดังนี้

1.1 Neuroanatomical สำหรับทฤษฎีชีววิทยา ได้ทำการศึกษาในเรื่องกายวิภาคศาสตร์ของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ซึ่งอยู่ที่ Limbic System เชื่อว่ามีหน้าที่ในการตอบสนองต่อการกระตุ้น และการควบคุมระบบการตื่นตัวของร่างกาย รวมทั้งการรักษาความสมดุลของการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งถ้าระบบประสาทมีการทำงานที่ผิดปกติเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์เกิดขึ้น และจะแสดงออกมาในลักษณะของอาการของโรคจิตเวช (Varcarolis et al., 2006)

1.2 Neurotransmitter มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของสารเคมีในสมองที่ทำหน้าที่ส่งข้อมูลจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปอีกเซลล์ประสาทหนึ่ง (Neurotransmitter) นั้นมีความสำคัญต่อการค้นหาสาเหตุของโรคจิตเวช และจากการศึกษา พบว่าโรคจิตเวชเกิดมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทหลายชนิด ได้แก่ gamma aminobutyric acid (GABA), serotonin, epinephrine, norepinephrine และ dopamine (Varcarolis et al., 2006) สำหรับสาเหตุที่มาจากสารสื่อประสาท gamma aminobutyric acid (GABA) ซึ่งเป็นตัวรับสัญญาณในสมอง เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น gamma aminobutyric acid (GABA) ถูกยับยั้งหรือลดลง ดังนั้น GABA อาจเป็นตัวสำคัญในการทำให้เกิดความวิตกกังวล (Stuart, 2001) ซึ่งจากการศึกษาทฤษฎี GABA - benzodiazepine พบว่า GABA - benzodiazepine receptor เป็นตัวควบคุมการเกิดความวิตกกังวล ซึ่งถ้า receptor นี้ ทำงานได้น้อยลงจะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Brown, 2003 cited in Varcarolis et al., 2006)

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories) ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) และทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior theory) แต่ละทฤษฎีมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) อธิบายว่าเป็นกระบวนการของจิตใจในระดับจิตไร้สำนึก (unconscious) ส่วนที่เรียกว่า id ซึ่งเป็นความต้องการตามแรงขับ และ

ส่วนที่เรียกว่า superego ซึ่งเป็นความต้องการความมีคุณธรรม เกิดความขัดแย้งในส่วนของจิตที่เรียกว่า ego ซึ่งเป็นหลักในการจัดการกับความขัดแย้งที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ จึงทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวลได้ ทำให้มีความวิตกกังวลที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะพัฒนาเป็นโรควิตกกังวล อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการเลี้ยงดู ความบกพร่องในขั้นตอนของการพัฒนาการ ทำให้บุคคลแสดงความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตไร้สำนึกออกมา (อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) เป็นกลไกทางจิตในการป้องกันตนเองที่บกพร่อง มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลในลักษณะต่างๆ (Varcarolis et al., 2006)

2.2 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) ทฤษฎีปัญญานิยม อธิบายว่าความวิตกกังวลมีสาเหตุจากการที่บุคคลมีความคิดและการรับรู้ที่มีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจผิดต่อเหตุการณ์ หรือไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ ทำให้สูญเสียการให้เหตุในการพิจารณาปัญหา บุคคลรู้สึกไม่มั่นคงในการแก้ไขสถานการณ์ เกิดเป็นความวิตกกังวล (Varcarolis et al., 2006)

2.3 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior theory) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม อธิบายว่าความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการเรียนรู้ต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย ซึ่งการดำเนินชีวิตตามปกติต้องมีการเรียนรู้และการปรับตัวตามสิ่งที่เรียนรู้ตลอดเวลา เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นอันตราย จะวิเคราะห์สถานการณ์ว่าจะเผชิญกับสิ่งเร้าอย่างไร เพื่อให้ช่วยลดความรู้สึกว่ากำลังได้รับอันตราย แต่บางคนไม่มั่นใจในวิธีที่เผชิญกับสิ่งที่คุกคามว่าจะช่วยให้ปลอดภัยและแก้ปัญหาได้หรือไม่ จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล (อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลพบว่าสามารถแบ่งเป็น 2 ทฤษฎีหลัก ทฤษฎีชีววิทยา และทฤษฎีจิตวิทยา โดยทฤษฎีทั้ง 2 ทฤษฎีมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันในการอธิบายถึงสาเหตุการเกิดความวิตกกังวล

ลักษณะของความวิตกกังวล

จากการศึกษาพบว่า บุคคลจะมีลักษณะความวิตกกังวลอยู่ 2 ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะของความวิตกกังวลมีดังนี้ (Shives, 2005)

1. Trait-Anxiety หรือ A – Trait (ความวิตกกังวลประจำตัว) เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า โดยมีแนวโน้มที่จะรับรู้และประเมินว่าน่าจะเกิดอันตรายหรือคุกคามตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป โดยปกติทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลประจำตัวจะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

2. State-Anxiety หรือ A-State (ความวิตกกังวลในขณะปัจจุบัน) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะ เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายต่อบุคคล และจะแสดงพฤติกรรมที่สังเกตได้ในช่วงสถานการณ์นั้น ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

สำหรับความวิตกกังวลประจำตัว (Trait – Anxiety) และความวิตกกังวลในขณะปัจจุบัน (State – Anxiety) คือ ลักษณะประจำตัวของบุคคล ความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทนี้มีความสัมพันธ์กันคือ เมื่อมีสิ่งเร้าหรือความเครียดเข้ามากระทบบุคคล สิ่งเร้า นั้นจะถูกกระบวนการทางปัญญาประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือทำให้เกิดอันตราย ก็จะเกิดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันขึ้น (State – Anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงจะเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันที่ค่อนข้างสูงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ (ทิภาพร อังกุล, 2543)

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นกับสิ่งที่มากระตุ้นความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) มีรายละเอียดดังนี้ (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Beare & Myers, 1994; Gorman, Sultan, & Raines, 1996)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ เพิ่มความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัวมากขึ้น มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆง่ายขึ้น ไม่มีการแสดงออกของอารมณ์มากเกินไป ลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือมีความตื่นตัว มีสมาธิ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจดีขึ้น ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้จะมีการตื่นตัวอยู่ แต่การรับรู้สภาพแวดล้อมแคบลง จะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไป และมุ่งเน้นความสำคัญไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เริ่มมีอาการหงุดหงิด แสดงท่าทีหวาดหวั่น หมกมุ่นกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ ไม่ค่อยสงบ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลง

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลรุนแรงจะมีการรับรู้ความรู้สึกลดลงอย่างมาก ความคิดสับสน โดยจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ มีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการจัดการกับเรื่องต่างๆ ลดลง สมาธิลดลง ตัดสินใจและสรุปลงความเห็นในเรื่องนั้นๆ ทำได้ไม่ดี เนื่องจากการรับรู้แคบลงจนไม่รับรู้อะไร เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้นจะยิ่งทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปอีก เกิดอารมณ์หวาดกลัว ไม่มีความสุข รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ท้อแท้ ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกการมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงเป็นอย่างมาก ระบบประสาทซิมพาเทติก ถูกกระตุ้นทำให้ชีพจรและการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) ในระดับนี้การรับรู้จะจำกัดมาก คิดอะไรไม่ออก แก้ปัญหาไม่ได้ อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลแลตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ด้านอารมณ์เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว รู้สึกหมดหนทาง กลัวต้องเผชิญเหตุการณ์คนเดียวและกลัวตาย พฤติกรรมที่สังเกตเห็น ตัวสั่นจนทำอะไรไม่ถูก แสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ผ่านการไตร่ตรอง และไม่มีจุดหมาย ขุนเฉียวง่าย อาจวิ่งหนีหรือต่อสู้อย่างรุนแรง

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัย 2 ประการคือ

1. ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะ แบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น บุคลิกภาพของคนๆ นั้น ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคล ความคาดหวังที่ออกมาในรูปของความปรารถนา หรือแรงขับซึ่งรวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง (สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์ : 2532)

- อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาของ Bergbom-Engberg & Haljamae (1989) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี และกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี มีความวิตกกังวลมากและมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของความสามารถในการรับรู้และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลแต่ละวัย โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัว ทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ได้ง่าย ต่างจากวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ผ่านประสบการณ์มาก ทำให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการปรับตัวที่ดีกว่า

- เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล (สุวนีย์ ดันติพัฒนานันท์, 2522) โดยเพศหญิงและเพศชายจะมีระดับการหลั่งฮอร์โมนแต่

ลักษณะในร่างกายต่างกัน ทำให้ลักษณะของอารมณ์และความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือเผชิญต่อความวิตกกังวลต่างกัน (Lazarus & Folkman, 1984) เพศหญิงมักมีอารมณ์ฉุนเฉียว อารมณ์เศร้า หงุดหงิด หรือวิตกกังวลได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก อีกทั้งพฤติกรรมการเลี้ยงดูและความคาดหวังทางสังคมที่คาดหวังไว้ว่าเพศชายจะต้องมีลักษณะเข้มแข็งอดทน และเป็นผู้นำ ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ดังเช่นการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญหน้าผัดตัดมากกว่าเพศชาย

- การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มพูนทักษะการแก้ปัญหาของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

- ลักษณะความยืดหยุ่นของพฤติกรรมแต่ละบุคคลโดยบุคคลที่มีลักษณะแข็งและยึดมั่นในความคิดของตนเอง มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางอารมณ์ได้ง่ายเมื่อไม่สามารถคงไว้ซึ่งแนวความคิดและพฤติกรรมของตนเอง (อุราวดี เจริญไชย, 2541)

2. ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากระทบ การรู้ล่วงหน้า สิ่งที่เคยประสบมาก่อน (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2528)

- ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หรือแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ โดยผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่า เนื่องจากมีแหล่งประโยชน์ที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ (Lazarus & Folkman, 1984)

- การวินิจฉัยโรคหรือบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ซึ่งจะมีความรุนแรงแตกต่างกันตามความสำคัญของอวัยวะนั้นๆ และความรุนแรงหรือระยะของโรคและชนิดของโรคที่เป็น ว่าคุกคามต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (Lazarus & Folkman, 1984) การวินิจฉัยโรคหรือการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ระบบการหายใจ หรือการผ่าตัดใหญ่ต่างๆ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลค่อนข้างสูง (Lucent & Fluck, 1972 อ้างใน แก้วสามสี สาเจริญ, 2536; ซอลดา พันธุเสนา, 2536)

- ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้านสติปัญญา (Cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิด

ความรู้สึกว่า เหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิมหรือแตกต่างไปจากเดิม (Lazarus & Folkman, 1984) ประสบการณ์ในอดีตทำให้บุคคลรับรู้ และคาดการณ์ในเหตุการณ์เดิมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้ใกล้เคียงความจริงมากขึ้น ซึ่งมีส่วนทำให้มีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่จะต้องเผชิญน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (แก้วสามสี สาเจริญ, 2536)

- การได้รับข้อมูล ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้ และสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าที่ไม่ได้รับข้อมูล (Hartfield et al., 1982; Leventhal & Johnson, 1983 อ้างใน เกศินี สมศรี, 2547)

การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลประเมินได้หลายวิธี ได้แก่ การถามคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือใช้เครื่องมือในการประเมิน (Shulham et al., 1995) เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล จะแสดงออกได้ทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้สามารถประเมินความวิตกกังวลได้ทั้งทางสรีรวิทยา การประเมินด้วยตนเอง และการประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Grimm, 1997) ดังนี้

1. การประเมินทางสรีรวิทยา ได้แก่ การวัดความดันโลหิตแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจ (Carpenito, 1993 cited in Shuldham et al., 1995) การวัดปริมาณเหงื่อที่มือ ระดับแคลิโคลามีนในปัสสาวะ ระดับคอรีติซอลในปัสสาวะ การตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (Shulham et al., 1995) และการตอบสนองโดยการสั่นของเส้นเสียง (Frederickson, 1989) การวัดทางสรีรวิทยาอาจทำได้ลำบากเนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ในลักษณะต่างๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน (Grimm, 1997)

2. การประเมินด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง ได้แก่

- 2.1 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่แสดงถึงความวิตกกังวล ได้แก่ ความหวาดกลัว ความตึงเครียด ความกังวล มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร วาดลงบนกระดาษขนาด A4 ปลายทางด้านซ้ายจะแสดงว่าไม่มีความวิตกกังวล แต่ความรู้สึกวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางด้านขวาจนถึงปลายปิดด้านขวา ซึ่งจะแสดงว่ามีความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด ผู้ที่ทำแบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามความรู้สึกของตนเอง แบบประเมินนี้อาจทำได้โดยง่าย แต่ในการวัดซ้ำอาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง (Brown, 1990)

2.2 Taylor Manifest Anxiety Scale สร้างขึ้นโดยเทเลอร์ (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวล ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ เลือกรับจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้ตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อ

2.3 Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1971 cited in Grimm, 1997) ประกอบไปด้วย 2 แบบวัดคือ ASI และ Self-rating Anxiety Scale (SAS) ทั้ง 2 แบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่มีรายงานว่าสามารถใช้ได้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้เช่นกัน (Grimm, 1997)

2.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบิร์กเกอร์ และคณะตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ.1983 แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ (State Anxiety) และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมากที่สุด (Spielberger & Vagg, 1995) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983 cited in Leske, 1996)

3. การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการประเมินที่สังเกตได้จากการแสดงออกที่สะท้อนถึงอารมณ์ภายใน เช่น การเคลื่อนไหว การพูดที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ เป็นต้น (Stuart & Sundeen, 1995)

การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีความวิตกกังวล

แนวทางในการรักษาผู้ที่มีความวิตกกังวลโดยการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2542; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางการรักษาหลัก รายละเอียดในการรักษาผู้ที่มีความวิตกกังวลมีดังต่อไปนี้

การรักษาด้วยยา การให้ยารักษาอาการวิตกกังวล (Antianxiety) ซึ่งยาในกลุ่ม Benzodiazepines เป็นยาในกลุ่มที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากมีความปลอดภัยสูงและช่วยคลายกังวลได้ดี ได้แก่ Alprazolam, Chlordiazepoxide, Clonazepam, Clorazepate, Diazepam, Lorazepam, Oxazepam และ Prazepam (Stuart, 2001) กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์โดยเข้าไปจับกับตัวรับสัญญาณที่เกี่ยวข้องกับ gamma-aminobutyric acid (GABA) และ chloride ion ในระบบประสาทส่วนกลาง บริเวณ limbic system และ reticular formation (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2548) ส่งผลให้ GABA system ซึ่งทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาทชนิดยับยั้ง ทำงานมากขึ้น โดยปล่อย chloride ion เข้าเซลล์ ทำให้เกิดประจุลบในเซลล์มากขึ้นจึงกระตุ้นได้ยาก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) มีผลทำให้สงบ ลดความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย และลดอาการตื่นตัว สำหรับอาการข้างเคียงที่

เกิดขึ้นได้แก่ อาการในกลุ่ม Central nervous system effects ยาออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หง่วงซึม นอนมาก ความสามารถในการคิดการจำบกพร่อง การควบคุมแขนขาไม่สัมพันธ์กัน อาการในกลุ่ม Physical dependence การใช้ยาในปริมาณยาสูงและนานจะทำให้ผู้ป่วยติดยา ถ้าหยุดยากะทันหันจะทำให้มีอาการขาดยา เช่น หงุดหงิด เหงื่อออกมาก นอนไม่หลับ สำหรับการใช้อย่างเกินขนาดในการใช้ยาในกลุ่มนี้ไม่มีผลทำให้เสียชีวิต (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2548)

จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการเสริมกลไกทางจิตให้มีความมั่นคง ส่งเสริมวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมกว่าในการแก้ปัญหา ช่วยให้ความคับข้องใจลดลง แก้ไขหรือลดปัจจัยภายนอกที่ทำให้มีอาการมาก จิตใจอยู่ในสมดุลมากขึ้น มีผลทำให้อาการหรือความทุกข์ใจลดลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542)

การให้การปรึกษา (Counseling) การให้การปรึกษาเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหามาช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง มีแนวทางในการเผชิญปัญหา และทักษะในการสื่อสาร (Vancarolis et al., 2006) มีการตัดสินใจหรือการปรับตัวต่อปัญหาที่เหมาะสม ระยะเวลาในการให้คำปรึกษา ประมาณ 45-60 นาที อาจให้คำปรึกษาครั้งเดียวหรือหลายครั้ง ตามแต่ลักษณะของปัญหา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542)

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation training) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อสำหรับการฝึกการหายใจ หรือผ่อนคลายกลุ่มกล้ามเนื้อ เมื่อกล้ามเนื้ออยู่ในภาวะผ่อนคลายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ตรงข้ามกับที่เกิดในภาวะวิตกกังวล ให้ความวิตกกังวลลดลง (Vancarolis et al., 2006; มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542)

Systemic desensitization เป็นการเผชิญกับสิ่งที่วิตกกังวลอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือการใช้จินตนาการถึงประสบการณ์ที่ทำให้วิตกกังวลอย่างเป็นขั้นตอน โดยการเริ่มเผชิญกับสิ่งที่กลัวจะเริ่มมาจากน้อยที่สุดแล้วค่อยๆ เข้าเผชิญกับสิ่งที่กลัวมากขึ้นเรื่อยๆ ร่วมกับการฝึกให้ผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ (Vancarolis et al., 2006)

การพยาบาลผู้ที่มีความวิตกกังวล

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล เมื่อรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวมีอาการหนักต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ พยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรือความยุ่งยาก เพื่อจะส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับตัว ลดความวิตกกังวล และผ่านพ้นระยะวิกฤตได้ โดยการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคง ปลอดภัย พูดยุติด้วยกิริยาสงบ ท่าที่เชื่อมั่น น้ำเสียงมั่นคง ใช้ภาษาที่สั้นกระชับ และเข้าใจง่าย ให้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง (เขาวลัทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา, 2550) มีการประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล และประเมินพฤติกรรมการพยายามลด

ความวิตกกังวลว่าเหมาะสมหรือไม่ (เยาเวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา, 2550; Stuart, 2001) มีการแสดงความรู้สึกร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (เยาเวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา, 2550; Shives, 1998) และระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ค้นหาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม (เยาเวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา, 2550; Stuart, 2001) รวมทั้งใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตคิดและหาวิธีการแก้ไขปัญหา ยอมรับความจริงในการเผชิญกับสิ่งที่ตนไม่ต้องการ หรือผิดหวัง และให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหาวิธีการเพื่อลดความวิตกกังวล (เยาเวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา, 2550; Shives, 1998) พร้อมทั้งมีการพูดเพื่อให้กำลังใจ แก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วย (Shives, 1998)

ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตรายในครอบครัวผู้ป่วย (Post traumatic stress disorder: PTSD)

ความหมายของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย

ยิฮูดา และคณะ (Yehuda et al., 1998) กล่าวว่า เป็นความผิดปกติทางจิตใจ โดยตรง โดยเหตุการณ์นั้นคุกคามต่อชีวิตของบุคคล หรือคุกคามต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองประกอบด้วย ความหวาดกลัว รู้สึกหมดหนทาง และความหวาดผวา

American Psychiatric Association (2000) กล่าวว่า การที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส คุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเอง และบุคคลอื่น ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลประกอบด้วย ความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล (2540) กล่าวว่า ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดกับบุคคล หลังจากที่เกิดตกอยู่ในภาวะกดดัน หรือเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจที่รุนแรงเกินกว่าที่จะพบได้ในชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย ได้ให้ความหมายในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดกับบุคคล หลังจากที่เกิดตกอยู่ในภาวะกดดัน หรือเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจที่รุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส คุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเอง และบุคคลอื่น ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลประกอบด้วย ความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา

สาเหตุของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย

สาเหตุของ PTSD สรุปได้เป็น 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม สาเหตุของการเกิดภาวะ PTSD ที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม พบว่าญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคในกลุ่มวิตกกังวลสูงกว่าประชากรทั่วไป และจากคู่แฝดไข่ใบเดียวกันมีอัตราการเป็น PTSD สูงกว่าคู่แฝดจากไข่คนละใบ (รณชัย คงสกนธ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

2. ปัจจัยทางชีวภาพ พบว่าภาวะ PTSD เป็นผลมาจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง ซึ่งมีความผิดปกติทางชีวภาพดังนี้ พบว่ามี sympathetic tone สูง มีการยับยั้งเพิ่มมากขึ้นของ Hypothalamic- pituitary- adrenal (HPA) response ต่อความเครียดที่มีความรุนแรง (รณชัย คงสกนธ์, 2548; Gorman, 2000 cited in Varcariolis, et al., 2006) มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัว เช่น norepinephrine, dopamine, endogenous opiate หรือความผิดปกติด้าน autonomic nervous system ที่ไวเกิน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548; รณชัย คงสกนธ์, 2548) และจากการที่อยู่ในความเครียดจากเหตุการณ์นานๆ ส่งผลให้มีการหลั่ง glucocorticoid ออกมามาก เป็นผลทำให้เกิดการทำลายเซลล์บริเวณ hippocampus ที่มี receptor ของ glucocorticoid (รัตนา สายพานิชน์ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2548) และยังตรวจพบว่า hippocampus มีขนาดเล็กลง (รัตนา สายพานิชน์ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2548; Gorman, 2000 cited in Varcariolis, et al., 2006)

นอกจากนี้พบว่า ระบบประสาทอัตโนมัติมีการทำงานมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจและ ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป จะมีความผิดปกติของ sleep pattern ดังนี้ ตื่นบ่อย ระยะเวลาอนหลับน้อยลง และนอนหลับยาก (รณชัย คงสกนธ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

3. ปัจจัยทางจิตใจ ความรุนแรงของความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญ โดยจะพบมากในบุคคลที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรง (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าอาการเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ที่รุนแรง ไปกระตุ้นความขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขในจิตไร้สำนึก เป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมถดถอย และใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมป้องกันตนเองแบบเก็บกด การปฏิเสธ และไม่ยอมรับความจริง เนื่องจาก ego พยายามควบคุมและลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

ทฤษฎีปัญญานิยม ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลที่เกิดอาการนี้ไม่สามารถปรับตัว หรือตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่กระตุ้นได้อย่างเหมาะสม รู้สึกตึงเครียดเสมอเมื่อเกิดเหตุการณ์กระตุ้น และพยายามหลีกเลี่ยงความรู้สึกโดยใช้การหลีกเลี่ยง เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่กระตุ้นความรู้สึกจะพยายามเปลี่ยนการรับรู้เหตุการณ์นั้น และเมื่อสมองพยายามจัดการกับข้อมูลที่

เกิดขึ้นจากการกระตุ้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และพึงเจตต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ทฤษฎีนี้อธิบายว่าประกอบด้วยพัฒนาการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นแรกเกิดตัวกระตุ้นทางกายภาพ หรือด้านจิตใจที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้น ขั้นที่สองเกิดการหลีกเลี่ยงจากตัวกระตุ้นเหล่านั้น (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

อาการและอาการแสดงของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย

บุคคลเกิดอาการทางจิตเวชภายหลังเผชิญกับภัยอันตราย จะมีความกลัวอย่างมาก หรือมีความรู้สึกขาดที่พึ่งหรือการช่วยเหลือโดยสิ้นเชิง อาการและอาการแสดงที่สำคัญได้แก่ (Varcariolis, Carson, Shoemaker, 2006; พนม เกตุมาน, 2548; รณชัย คงสกนธ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

1. รู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้น (Reexperiencing) แสดงออกในรูปแบบต่างๆ กัน ที่พบบ่อยคือ คิดหรือหวนระลึกถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ ฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ มีความรู้สึกวาทเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับตนอีก (flashbacks) และมีความรู้สึกไม่สบายใจอย่างรุนแรง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์คล้ายๆ กัน หรือเป็นสัญลักษณ์ของเหตุการณ์ดังกล่าว

2. การหลีกเลี่ยง (Avoidance) หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น โดยพยายามไม่คิด รู้สึก หรือพูดเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น หรือหลีกเลี่ยงกิจกรรม บุคคล และสถานที่ที่จะกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นอีก บางคนอาจลืมเหตุการณ์ตอนสำคัญๆ มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ขาดความสนใจ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีความรู้สึกห่างเหิน ขาดความเป็นมิตรภาพกับคนที่เคยรู้จัก ไม่มีการแสดงอารมณ์ออกมาโดยเฉพาะความรู้สึกสนิทสนม ขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต

3. มีภาวะตื่นตัวสูง (Hyperarousal) เกิดจากความกลัวเหตุการณ์นั้น วิตกกังวลง่าย ตกใจง่ายจากเสียงดัง หรือตกใจจากการที่มีสิ่งเคลื่อนไหวเร็วๆ ขาดสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำ คิดวนเวียนเรื่องที่วิตกกังวลซ้ำๆ พบว่ามีอาการของ เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก ร่วมกับมีอาการตื่นตัว สะดุ้งตกใจง่าย นอนผวา หลับๆ ตื่นๆ นอนไม่หลับ หรือมีปฏิกิริยาตอบสนองเกินความเป็นจริง อาจเกิดความวิตกกังวลหรืออารมณ์เศร้าร่วมได้บ่อย (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 อาการหลักได้แก่รู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้น กลัวและหลีกเลี่ยง และมีภาวะตื่นตัวสูง ดังนั้นเพื่อความชัดเจนในการคัดกรองจึงต้องใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (APA, 2000)

1. เป็นบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ โดยประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ทั้ง 2 ข้อ

- เป็นบุคคลผู้ที่ได้รับ พบเห็น หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตหรือคุกคามต่อชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส หรือคุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเองหรือบุคคลอื่น

- ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลประกอบด้วยความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหม่นหนทาง หรือความหวาดผวา

2. มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอด โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไป

- มีสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ทรมานผุดขึ้นมาอยู่ซ้ำๆ ซึ่งประกอบด้วยมโนภาพ ความคิด หรือการรับรู้

- มีความฝันที่ทำให้ทุกข์ทรมานอยู่ซ้ำๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์

- มีการกระทำหรือความรู้สึกเหมือนหนึ่งเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจเกิดขึ้นมาอีก (ประกอบด้วยความรู้สึกว่าตกอยู่ในเหตุการณ์อีกครั้งหนึ่ง, เกิดภาพลวงตา, อาการประสาทหลอน และ dissociative flashback episodes ซึ่งรวมถึงกรณีที่เกิดขณะเพิ่งตื่น)

- มีความทุกข์ทรมานใจอย่างมากเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึง ซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจ หรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

- มีปฏิกริยาตอบสนองทางร่างกายเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึงซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจหรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

3. มีการหลีกเลี่ยงอยู่ตลอดต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และการตอบสนองทั่วไปจะเป็นแบบเหมินเฉย (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังนี้ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป

- พยายามเลี่ยงความคิด ความรู้สึก หรือการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น

- พยายามเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น

- ไม่สามารถระลึกถึงส่วนที่สำคัญของเหตุการณ์นั้น

- ความสนใจหรือเข้าร่วมในกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ ลดลงอย่างมาก

- รู้สึกแปลกแยก หรือเหินห่าง ไม่สนิทสนมกับผู้อื่น

- ขอบเขตของอารมณ์ลดลง (เช่น ไม่สามารถมีความรู้สึกรักชอบใครได้)
- มองอนาคตไม่ยาวไกล (เช่น ไม่คิดหวังจะมีงานทำ แต่งงาน มีลูก หรือมีอายุยืนยาวตามปกติวิสัย)

ยืนยาวตามปกติวิสัย)

4. มีอาการของภาวะตื่นตัวมากอยู่ตลอดเวลา (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป

- นอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ
- หงุดหงิด หรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรง
- ตั้งสมาธิลำบาก
- มีความระวังระไวมากกว่าปกติ
- สะดุ้งตกใจมากเกินไป

5. ระยะเวลาของความผิดปกติ (อาการตามเกณฑ์ข้อ 2, 3 และ 4) นานกว่า 1 เดือน

6. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดบุคคลมีความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

ระบุเป็น

เจ็บพลัน : เมื่อระยะเวลาที่มีอาการน้อยกว่า 3 เดือน

เรื้อรัง : เมื่อระยะเวลาที่มีอาการตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

อาการเกิดซ้ำ : เมื่อเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์

การประเมินภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย

แบบประเมินภาวะ PTSD สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self rating scales) และแบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากร (Clinical rating scales)

แบบวัดที่ประเมินด้วยตนเอง (Self rating scales) ผู้ที่ตอบแบบประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จะใช้แบบประเมินทางด้านการสำรวจ เช่นกรณีต้องการค้นหา แบบประเมินนี้สามารถใช้งานง่าย ประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก และประหยัดค่าใช้จ่าย แบบประเมินชนิดนี้ได้แก่

Impact of Events Scale (IES) ของ Horowitz และคณะ เป็นแบบประเมิน PTSD ที่ได้ข้อมูลละเอียด และสามารถทราบถึงอาการที่ต้องการหลีกเลี่ยง ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนา IES-K (revised version) เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของ PTSD ใน DSM III และ IV ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยได้ดีโดยผู้ตอบแบบประเมินทำเอง ใช้เวลา 5 -10 นาที มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ มาตรฐานวัด 4 ระดับ คือ 0-3 เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

Posttraumatic Stress Diagnosis Scale (PDS) ของ Foa และคณะ เป็นแบบประเมินอาการและความรุนแรงของโรค PTSD ในผู้ใหญ่ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรกระบบ DSM-IV โดยผู้ตอบแบบประเมินทำเอง ใช้เวลา 10-15 นาที มีข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ มาตรวัด 4 ระดับ คือ 0-3 ข้อจำกัดคือมีข้อคำถามมากข้อ รวมทั้งตอบยากในคนที่มีการศึกษาน้อย (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2550)

Davidson Trauma Scale โดย Davidson และคณะ เป็นแบบสอบถามสำหรับให้ระบุถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกสะเทือนใจมากที่สุด ซึ่งใช้วัดความถี่และความรุนแรงของอาการแต่ละอย่างที่ปรากฏใน DSM-IV ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้ตอบแบบประเมินทำเอง ใช้เวลา 10-15 นาที มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มาตรวัด 5 ระดับ คือ 0 - 4 สำหรับความถี่ของอาการ (0 = ไม่มีอาการใด 4 = มีอาการทุกวัน) และ 0 - 4 คะแนน สำหรับความรุนแรงของอาการ (0 = ไม่ทำให้เป็นทุกข์ 4 = เป็นทุกข์อย่างมาก) ดังนั้นแต่ละคำถามคะแนนรวม 0- 8 คะแนน ซึ่งจากคำถามทั้งหมดจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 136 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไปจะวินิจฉัยว่าเป็น PTSD (รณชัย คงสกนธ์, 2548; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2550)

แบบวัดที่ประเมินโดยบุคลากร (Clinical rating scales) ผู้ถูกประเมินจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structural interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักจะใช้ในกรณีผู้ป่วย PTSD ที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินชนิดนี้ได้แก่

Structured Interview for PTSD (SIP) เป็นแบบประเมิน PTSD ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในปี 1980 เป็นวิธีการที่น่าเชื่อถือและสามารถวัดประสิทธิภาพในการรักษา ประเมินโดยการซักถาม ใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที ซึ่งใช้เวลาค่อนข้างนาน มีทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนของ SIP จะอยู่ระหว่าง 0-76 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายู่ที่ 36 คะแนน (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

Clinical Administered PTSD Scale (CAPS) นิยมใช้กันมากในการวัดความถี่และความรุนแรงของอาการ และสามารถประเมินได้ถึงอาการที่เกี่ยวข้องกับ PTSD ประสิทธิภาพในการทำงาน หรือเข้าสังคม ประเมินโดยการซักถาม ใช้เวลาประมาณ 20 - 50 นาที ซึ่งใช้เวลาค่อนข้างนาน มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แต่ละคำถามจะมีคะแนน 0 - 4 คะแนนสำหรับความถี่ และ 0 - 4 คะแนน สำหรับความรุนแรงของอาการ CAPS มีอยู่ 2 version คือ CAPS version 1 ใช้สำหรับประเมินอาการในช่วง 1 เดือน และ CAPS version 2 ใช้ประเมินอาการในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย

ในการรักษาผู้ที่มีภาวะ PTSD มีเป้าหมายในการรักษา และพยาบาลคือ การลดอาการทางกายหรือพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ ซึ่งการรักษาได้แก่ การปรับความคิด (Cognitive therapy ; CT) , การเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ (Exposure therapy), Trauma-focused therapy, Anxiety management และการรักษาโดยการไชยา

การปรับความคิด (Cognitive therapy) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล โดยเฉพาะความรู้สึกผิดที่ไม่เป็นจริง จุดมุ่งหมายในการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของตนเอง และนำไปพิจารณาแก้ไข โดยคำนึงถึงความเป็นจริงเพื่อให้มีความสมดุลของอารมณ์กับความคิดหรือความเชื่อที่ถูกต้อง ความรู้สึกผิดสามารถรบกวนหน้าที่การงานได้ เช่น การที่บุคคลเป็นเหยื่อของเหตุการณ์ที่สะท้อนขวัญมักจะมีความรู้สึกผิด แต่ที่จริงไม่ใช่ความผิดของบุคคลนั้น (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

การเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ (Exposure therapy) เป็นการฝึกการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ บุคคล สิ่งกระตุ้น หรืออารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในอดีต และส่งผลกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดในปัจจุบัน ทำได้ 2 ทางคือ (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

Imaginal exposure เป็นการนึกถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ จนกว่าจะไม่เกิดความตึงเครียดมากนัก

In vivo exposure เป็นการเผชิญกับเหตุการณ์จริงในปัจจุบันที่ไม่มีอันตราย เช่น การขับรถหลังมีอุบัติเหตุ ซึ่งการเผชิญหน้าต่อเหตุการณ์ซ้ำๆ จะช่วยให้รู้สึกว่าการสถานการณ์ที่น่ากลัวนั้นไม่น่ากลัว และไม่ต้องหลีกเลี่ยง

Trauma-focused therapy เป็นการสำรวจและพูดคุยในเรื่องเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเผชิญกับสิ่งที่ทำให้ตื่นกลัว แก้ไขความคิดหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับอาการ ฝึกให้ควบคุมความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง เอาชนะอาการต่างๆที่เกิดขึ้น และแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (พนม เกตุมาน, 2548)

Anxiety management

Relaxation training เป็นการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยสอนให้ควบคุมความกลัว ความวิตกกังวล โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่างๆอย่างเป็นระบบ (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

Breathing retraining การฝึกการหายใจ โดยสอนวิธีการหายใจอย่างช้าๆ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงการหายใจเร็วเมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีการตื่นตัวของร่างกาย (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

Positive thinking and self talk เป็นการคิดในแง่บวก และการพูดกับตัวเอง โดสอนวิธีการคิดในแง่บวกแทนการคิดแง่ลบ จากมีความรู้สึกลัวว่าควบคุมตัวเองไม่ได้ ให้คิดใหม่ว่า เคยทำมาได้ก่อนหน้านี้และสามารถทำได้อีกครั้ง (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

การรักษาโดยใช้ยา

การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยยาจะเริ่มใช้ในผู้ที่มี PTSD ระดับปานกลางถึงรุนแรง การรักษา PTSD โดยใช้ยาสามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม 1) ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) (Davidson & Connor, 1999 cited in Hill, 2001) 2) ยากลุ่ม Tricyclic antidepressant (พนม เกตุมาน, 2548; Hill, 2000) และ 3) ยา Mood stabilizer (รณชัย คงสกนธ์, 2548; Hill, 2000)

1. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) เป็นยาด้านเศร้ากลุ่มใหม่ที่น่าสนใจในการรักษาผู้ป่วย PTSD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดอาการข้างเคียงน้อย จึงเป็นยาที่น่าสนใจเป็นอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วย PTSD (Davidson & Connor, 1999 cited in Hill, 2001) ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs ได้แก่ Sertraline, Paroxetine, Fluoxetine, Fluvoxamine, Faverine และ Citalopram (พนม เกตุมาน, 2548; รณชัย คงสกนธ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ยา Sertraline และ Paroxetine ได้รับการยอมรับให้ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา (พนม เกตุมาน, 2548) ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs จะออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะ reuptake ของ serotonin (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) อาการข้างเคียงของยากลุ่ม SSRIs ได้แก่ ผลต่อสมอง โดยทำให้เกิดการง่วงนอน หรือนอนไม่หลับ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยทำให้ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือท้องเดิน และมีผลทางเพศ โดยทำให้เกิดอาการหลังเข้าเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และความต้องการทางเพศลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

2. Tricyclic Antidepressant (TCAs) ใช้ในผู้ป่วย PTSD ที่มีอาการเครียดและนอนไม่หลับ (พนม เกตุมาน, 2548) ได้แก่ยา Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Desipramine, Clomipramine, Protriptyline, Trimipramine และ Doxepin ซึ่งยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบประสาท โดยเพิ่มความเข้มข้นของ serotonin และ norepinephrine ที่ nerve synapses อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ อาการในกลุ่ม Anticholinergic effects เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หรือถ้าใส่ไม่ทำงาน อาการในกลุ่ม Central nervous system effects เช่น มึนศีรษะ หงุดหงิด กระสับกระส่าย นิ่งไม่คิด หรือแสดงอาการทางจิต อาการในกลุ่ม Cardiovascular effects ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการในกลุ่ม Sexual side effects เช่น การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มีการหลังเข้าและความสามารถทางเพศลดลง และอาการในกลุ่ม Antihistaminic effect มีอาการง่วงนอน น้ำหนักเพิ่ม (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

3. Mood stabilizer ในผู้ป่วย PTSD ที่มี Bipolar disorder เป็นโรคร่วมจะ ใช้ยาควบคุมอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ยา Lithium carbonate และ Lithium citrate มีฤทธิ์ต่อการทำงาน หรือการเผาผลาญของสารกลุ่มโซเดียม ในเซลล์สมอง และเซลล์กล้ามเนื้อจึงทำให้ผู้ป่วยสงบ อาการ ข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือสั่น กระหายน้ำ และปัสสาวะบ่อย อาการที่เกิดเมื่อใช้ยานาน ได้แก่ มือสั่น น้ำหนักเพิ่ม บวม กระหายน้ำ หรือปัสสาวะบ่อยมาก มีภาวะเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจ และความผิดปกติในไต

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย

ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากการที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ ต้องเผชิญกับ เหตุการณ์สะเทือนใจที่รุนแรงเกินกว่าที่จะพบได้ในชีวิตประจำวัน เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัยของสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต พยาบาลจึงต้องให้การช่วยเหลือ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถเผชิญกับปัญหา เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถปรับตัวได้ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และผ่านพ้นระยะวิกฤต ได้ โดยการไม่ให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอยู่ตามลำพัง (พนม เกตุมาน, 2548) ให้มีสมาชิกครอบครัว คนอื่นอยู่ด้วยในขณะที่มีอาการ เช่น สับสน ตื่นเต้น ตกใจ หวาดกลัว เพื่อให้ความรู้สึกมั่นใจ การ ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ควรมีท่าทีสงบ เข้าใจ และให้เกียรติ เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รู้สึกถึงการยอมรับ ความเข้าใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดความไว้วางใจ ใช้ทักษะในการสื่อสาร เพื่อประเมินความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วย และวิธีในการเผชิญปัญหาว่าวิธีการที่ใช้นั้นสามารถ จัดการแก้ปัญหาหรือลดภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายได้อย่างไร ร่วมวางแผนใน การจัดการกับปัญหา โดยหาวิธีการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความเชื่อ และวัฒนธรรม หลีกเลี่ยง วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยานอนหลับ หรือการปฏิเสธที่จะพูดถึงปัญหา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) สอนวิธีการคลายความเครียด เช่น วิธีการฝึกผ่อนคลายใจ (พนม เกตุมาน, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรักษาและพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ PTSD พบว่าการ รักษาในปัจจุบัน เน้นการรักษาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การรักษาทางด้านจิตใจช่วยปรับ เปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล ใ้บุคคลได้รู้ถึงความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และ นำไปพิจารณาแก้ไข และการรักษาด้วยยาจะช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาททำให้อาการดีขึ้น ผลจากการรักษาและพยาบาลจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ภาวะซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วย

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967) ได้ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่มีอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา มีความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต เช่น ดำเนินตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตใจ แสดงออกโดยมีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจหรือความพึงพอใจ มีความรู้สึกผิดหรือความพึงพอใจในตนเองลดลง รบกวนการนอนและการอยากรับประทานอาหาร และสมาธิลดลง

ดวงใจ กษานติกุล (2542) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หดอารมณ์ทางเพศ และคิดอยากตาย เป็นต้น

สรุปภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะที่มีอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา มีความคิดในทางลบ เช่น ดำเนินตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิม

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย และสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theories) ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Genetic theory) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างพันธุกรรมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า บิดาและมารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน บุตรมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ญาติสนิทของผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าประชาชนทั่วไป 1.5-3 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) การศึกษาในคู่แฝดพบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนหนึ่งมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 50 ส่วนในคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 10-25 (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Dubovsky et al., 2004) และการศึกษาที่ครอบครัวมีบุตรบุญธรรม พบว่า บุตรบุญธรรมที่เกิด

จากบิดามารดาที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่าบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาเป็นปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

2. ทฤษฎีสารสื่อประสาท (Neurochemical theory) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ serotonin, norepinephrine, dopamine กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเชื่อว่าสารสื่อประสาทมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Dubovsky et al., 2004; Sadck & Neneroff, 2000 cited in Varcariolis et al., 2006) สารสื่อประสาท serotonin และ norepinephrine จะมีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ limbic และ cortex ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมและอารมณ์ (บุศยา บุญใจเพชร และคณะ, 2547) กล่าวคือถ้ามีความผิดปกติของการเผาผลาญของสาร Monoamine จะทำให้ระดับของ serotonin และ norepinephrine มีปริมาณลดลง (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดอารมณ์ซึมเศร้า

3. ทฤษฎีฮอร์โมน (Hormonal theory) เป็นทฤษฎีที่ศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างฮอร์โมนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า สมองส่วน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนในสมอง โดยเฉพาะในส่วน Hypothalamic pituitary adrenal (HPA) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547) พบว่าการทำงานมากกว่าปกติของ Hypothalamic pituitary adrenal (HPA) axis จะมีผลต่อภาวะซึมเศร้า จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติของฮอร์โมน cortisol ในบุคคลทั่วไปร้อยละ 20-40 และในผู้ป่วยร้อยละ 40-60 (Dubovsky et al., 2004) นอกจากนี้พบความผิดปกติทางอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome Addison's disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก หรือตนพอใจ ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้เชื่อว่าเป็นผลมาจากการสูญเสียที่เกิดในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) และบุคคลเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก (unconscious) ไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีค่า และมีแนวโน้มจะใช้กลไกทางจิตกล่าวโทษตนเอง หรือระบายความโกรธเข้าสู่ตนเอง เมื่อเผชิญกับปัญหา หรือความไม่สบายใจต่างๆ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความเครียดจากการสูญเสียบิดา/มารดา ก่อนอายุ 11 ปี จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2547)

2. ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดจากกระบวนการคิดที่มีอยู่ในบุคคลนั้นเป็นไปในด้านลบ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การขาดเหตุผล มีกระบวนการคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ 3 ลักษณะ (Cognitive triad) ได้แก่ ความคิดด้านลบต่อตนเอง ความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม และความคิดด้านลบต่ออนาคต (Beck & Rush, 1995 cited in Varcarolis et al., 2006) ความคิดด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา เนื่องจากความบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ก็จะเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความสำนึกในคุณค่าของตนเองต่ำลง ส่งผลให้เกิดความซึมเศร้า ความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (negative view of world) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะรับรู้ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงของความสูญเสีย มองชีวิตาเติมไปด้วยอุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง มองโลกว่าเป็นสิ่งโหดร้าย ความคิดด้านลบต่ออนาคต (negative view of future) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มีแต่ความยากลำบาก และการสูญเสีย เมื่อสถานการณ์ปัจจุบันมีแต่ปัญหาและอุปสรรค ก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหา และไม่มี ความหวัง (ดวงเดือน นรสิงห์, 2546)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้ (APA, 2000)

1. ผู้ป่วยต้องมีอาการ 5 อาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไปจากแต่ก่อน โดยอาการดังกล่าวต้องมีอาการในข้อ 1 หรือ 2 รวมอยู่ด้วย
 - 1) มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน (ในเด็กและวัยรุ่นสามารถเป็นอารมณ์หงุดหงิดง่าย)
 - 2) ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน หรือแทบทุกวัน
 - 3) น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจจากการควบคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหาร หรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
 - 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน
 - 5) มีอาการกระสับส่าย หรือเคลื่อนไหวช้าแทบทุกวัน
 - 6) อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง

7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไป (อาจถึงขั้นหลงผิด) แทบทุกวัน

8) สมาธิ ความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน

9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ (มิใช่แค่กลัวว่าจะตาย) โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

2. อาการดังกล่าวไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยแบบผสม (Mixed episode)

3. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

4. อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น hypothyroidism)

5. อาการดังกล่าวไม่เข้ากับความโศกเศร้าเสียใจตามธรรมดา (Bereavement) ได้ดีกว่า ซึ่งได้แก่ มีอาการคงอยู่นานกว่า 2 เดือนหลังการสูญเสียผู้ที่ตนรัก หรือมีหน้าที่บกพร่องลงมาก หมกมุ่นกับความคิดว่าตนเองไร้ค่าอย่างผิดปกติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีอาการโรคจิต หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (psychomotor retardation)

ระดับของภาวะซึมเศร้า

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าปกติ (Normal depression) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) มีรายละเอียดดังนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เสาว ภา ศิริภูสิตโต, 2547; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1. ภาวะซึมเศร้าปกติ (Normal depression) เป็นสภาพอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ผิดหวัง หรือสะเทือนใจ เป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้า แต่มักจะหายไปได้เองเมื่อเวลาผ่านไปหรือปรับตัวได้ การแสดงออกทางร่างกาย อ่อนเพลียเล็กน้อย เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำอะไร (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

2. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส มีอารมณ์เศร้าชั่วคราว ความพึงพอใจในตนเองลดน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหวังไม่มีความสุข ร้องไห้ง่ายกว่าเดิม โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอดหรือไม่มีสาเหตุ มีพฤติกรรมถดถอย ความตั้งใจในการทำงานลดลง มีการแสดงออกทางร่างกาย เช่น มีอาการเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารมากขึ้น การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงจากเดิม อาจนอนไม่หลับ หรืออยากนอนมากขึ้น

3. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) อาการในระยะนี้จะมี ความรุนแรงขึ้น มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่

อาจจะไม่สมบูรณ์ อาการแสดงได้แก่ อารมณ์เศร้าหมอง ไม่มีความสุขในการทำงาน รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นคนไม่มีความสามารถ คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภูมิใจในตนเอง หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว กระบวนการคิดจะมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง ขาดสมาธิ มีความคิดลึกลับ อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย มีการแสดงออกทางร่างกาย เช่น อาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร บางรายอาจรับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มหรือลด ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกายและคำพูดช้าลง มีอาการย้ำคิดย้ำทำ พุดน้อย บางครั้งไม่พูด ความต้องการทางเพศลดลง ขาดความมั่นใจตนเอง การเข้าสังคมลดน้อยลง

4. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีอาการซึมเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น รู้สึกเศร้ามาก ไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว การเคลื่อนไหวลดลง พุดช้าลง เฝ้านซึม ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกของความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือมีความคิดพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากความคิดที่หลงผิด หรืออาการประสาทหลอนได้ อาการที่เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายได้แก่ ไม่อยากรับประทาน อาหาร มีน้ำหนักลดลง มีการนอนหลับยาก มีความเหนื่อยล้าต่อทุกสิ่งทุกอย่าง หดความต้องการทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับของภาวะซึมเศร้า พบว่ามีการแบ่งออกเป็น 4 ระดับ เพื่อช่วยให้มีแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบุคคลแต่การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าต้องอาศัยการวัดและการประเมินที่จะกล่าวต่อไป

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินด้วยตนเอง (Self report)

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self Rating Depression Scale) สร้างขึ้นโดยซุงในปีค.ศ.1965 เพื่อประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยเน้นการประเมินด้านอารมณ์ ด้านความคิดและความรู้สึก ด้านพฤติกรรมและด้านร่างกาย (ขวัญจิต มหากิตติคุณ, 2548) แบบประเมินประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยแบ่งข้อความด้านบวก และด้านลบเท่าๆกัน ในแต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น 0.73 แต่แบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ครอบคลุม(ดวงเดือน นรสิงห์, 2546)

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory (BDI)) สร้างขึ้นครั้งแรกโดยเบ็คและคณะ ในปีค.ศ.1961มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดพฤติกรรมที่แสดงออกในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ เพื่ออธิบายถึงสาเหตุและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในปีค.ศ.1978 ได้มี

การปรับปรุงแบบประเมินครั้งที่ 1 (First revision:BDI-IA) ซึ่งได้คัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก และปรับเปลี่ยนข้อคำถามบางข้อ ต่อมาในปี ค.ศ.1993 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่2 (Second revision: BDI-II) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการบำบัดทางปัญญา และในปี ค.ศ.1996 ได้มีการปรับปรุงครั้งที่ 3 และออกเป็นแบบประเมินฉบับใหม่โดยใช้ชื่อว่า (Beck Depression Inventory –II: BDI-II) ซึ่งเป็นการปรับปรุงตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่4 (DSM- IV) (ขวัญจิต มหาคิตติคุณ, 2548) แบบประเมินประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ เป็นแบบประเมินที่ใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในการคัดกรองและวินิจฉัยโรค แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น 0.93 (ดวงเดือน นรสิงห์, 2546)

3. แบบประเมินระดับวิทยาและภาวะซึมเศร้าในชุมชน (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES -D) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดย แรนดลอฟฟ์ (Randloff) เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยแห่ง Center for Epidemiologic Studiesที่National Institute of Mental Health ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจชุมชน ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบประเมินประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยแบ่งเป็นข้อความเชิงลบ 16 ข้อ และข้อความเชิงบวก 4 ข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ (อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 1997) แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.85 - 0.89 (เสาวภา ศรีภูสิตโต, 2547)

4. แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง สามารถใช้ในการสำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวช แบบคัดกรองประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ โดยกลุ่มอาการวิตกกังวลคิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด และกลุ่มซึมเศร้าคิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด ค่าคะแนนรวมในกลุ่มอาการใดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน บ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มนั้น (มานิช หล่อตระกูล, 2544)

การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวทางในการรักษาภาวะซึมเศร้ามี 3 รูปแบบ คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า รายละเอียดในการรักษาภาวะซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้

การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยยาจะใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ยาจะออกฤทธิ์ไปยับยั้งการดูดซึมสารสื่อประสาทกลับเข้าเซลล์ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาท จึงทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) เป็นยาที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า เช่น ยา Phenelzine, Tranylcypromine, Isocarboxazid และ Pargyline กลไกการออกฤทธิ์จะไปยับยั้งการผลิต enzyme monoamine oxidase เป็น enzyme ที่เผาผลาญ serotonin และ norepinephrine จึงทำให้ serotonin และ norepinephrine เพิ่มขึ้น (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า มีอาการง่วงนอน อ่อนเพลีย กระวนกระวาย นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเป็นตะคริว เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ท้องผูก และน้ำหนักเพิ่ม ยาในกลุ่มนี้อาจมีความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างกะทันหัน เนื่องจากยาไปมีปฏิกิริยาต่อสารพวก tyramine มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะมาก คอแข็ง เจ็บคอ หัวใจเต้นเร็ว มีเลือดออกจากรูม่านตาขยาย เจ็บหน้าอก ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และอาจเสียชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มนี้จะต้องควบคุมอาหารที่มีสาร tyramine ซึ่งพบมากในอาหารประเภทเนยแข็ง ดับไค ไรน์ เบียร์ ครีมี ช็อกโกแลต และโยเกิร์ต (Varcari et al., 2006) แต่ในปัจจุบันพบว่ายาในกลุ่มนี้ไม่ค่อยนิยมใช้เนื่องจากมีอาการข้างเคียงที่อันตราย (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

2. Tricyclic Antidepressant (TCAs) ยาในกลุ่มนี้ได้สังเคราะห์มาครั้งแรกเมื่อ 40 ปีที่ผ่านมา (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ได้แก่ ยา Imipramine, Amitriptyline, Nortriptyline, Desipramine, Clomipramine, Protriptyline, Trimipramine และ Doxepin ซึ่งยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อสมองและระบบประสาท โดยเพิ่มความเข้มข้นของ serotonin และ norepinephrine ที่ nerve synapses อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการในกลุ่ม Anticholinergic effects เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หรือถ้าใส่ไม่ทำงาน อาการในกลุ่ม Central nervous system effects เช่น มึนงง หงุดหงิด กระสับกระส่าย นิ่งไม่คิด หรือแสดงอาการทางจิต อาการในกลุ่ม Cardiovascular effects ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ และหัวใจเต้นผิดปกติ อาการในกลุ่ม Sexual side effects เช่น การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มีการหลั่งช้า และความสามารถทางเพศลดลง และอาการในกลุ่ม Antihistaminic effect มีอาการง่วงนอน น้ำหนักเพิ่ม (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

3. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs เป็นยาด้านเศร้ากลุ่มใหม่ที่มีการนำมาใช้ และได้รับการสังเคราะห์เมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs ได้แก่ Sertraline, Paroxetine, Fluoxetine, Fluvoxamine, Escitalopram และ Citalopram กลไกการออกฤทธิ์จะยับยั้งเฉพาะ reuptake ของ serotonin ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากอาการข้างเคียงน้อย (Varcari et al., 2006) สำหรับอาการข้างเคียงของยาในกลุ่ม SSRIs ได้แก่ ผลต่อสมอง โดยทำให้เกิดการง่วงนอน หรือนอน

ไม่หลับ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยทำให้ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือท้องเดิน และมีผลทางเพศ โดยทำให้เกิดอาการหลังเข้าเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และความต้องการทางเพศลดลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

การรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัด การรักษาด้วยกระบวนการจิตบำบัดจะทำเมื่อผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการทางจิต การรักษาในรูปแบบต่างๆดังนี้

1. จิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดมีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดและพฤติกรรมในทางลบ (Vancarolis et al., 2006) ไม่ตรงตามความเป็นจริง การรักษาแก้ไขแนวคิดให้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้นและปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

2. การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) การบำบัดมีพื้นฐานความเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ดวงใจ กษานติกุล, 2536; มานิช หล่อตระกูล, 2548; Vancarolis et al., 2006) เป้าหมายเพื่อบรรเทาอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง และปรับปรุงทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใน 4 ด้านต่อไปนี้ 1.อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย 2.ความขัดแย้งระหว่างบุคคล 3.การเปลี่ยนสถานะหรือบทบาท 4. การขาดทักษะสัมพันธภาพ (ดวงใจ กษานติกุล, 2536)

3. การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychodynamic psychotherapy) การบำบัดมีพื้นฐานความเชื่อว่ามี ความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกซึ่งเป็นต้นเหตุของปัญหา ความผิดหวัง หรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้มีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือผิดหวังที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (ดวงใจ กษานติกุล, 2536) เป้าหมายในการบำบัดเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า สืบค้นความขัดแย้งในจิตใจ และแก้ไขบุคลิกภาพบางส่วนที่เป็นปัญหา(มานิช หล่อตระกูล, 2548) ระยะเวลาจิตบำบัดระยะสั้น 16 – 20 ครั้ง (ดวงใจ กษานติกุล, 2536)

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยซึมเศร้า ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าคือ ผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เป็นวิธีที่ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (มานิช หล่อตระกูล, 2548) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน การรักษาด้วยไฟฟ้าจะช่วยปรับระดับของสารสื่อประสาทให้อยู่ในระดับปกติ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) แต่การรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ช่วยในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงควรให้ยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะซึมเศร้า จากการที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤต และอาจพิการหรือเสียชีวิตได้ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก็อาจเผชิญกับการสูญเสีย มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ในบางรายอาจต้องทำหน้าที่ หรือรับผิดชอบภาระในครอบครัวเพิ่มขึ้น เหตุผลดังกล่าวมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2549) อาจรู้สึกเหนื่อยหน่าย จิตใจหดหู่ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง และรู้สึกไร้ค่า (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2543) ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการกำลังใจและความเข้าใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ แสดงความสนใจต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดถึงสิ่งที่ปัญหาหรือระบายความรู้สึก เช่น ความรู้สึกผิด เศร้า กลัว และโกรธ โดยการรับฟัง (สุริรัตน์ เตี่ยอนุกุล และคณะ, 2549; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และใช้ทักษะการสื่อสารต่างๆ ให้ความเคารพ และให้เกียรติครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยการยอมรับ และให้กำลังใจ เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ให้คำปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยเน้นในเรื่องการปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ รวมถึงการดำเนินชีวิต (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน ประกอบด้วย
 - แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source)
 - คำสำคัญในการสืบค้น (Key Word)
 - การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study Evaluation)
 - การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อการทบทวน

1.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ระยะเวลาในการสืบค้นตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2550 โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการภายในประเทศจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (<http://library.car.chula>) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (<http://lib.cmu>) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (<http://lib.swu>) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (<http://lib.buu>)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED , CINAHL, OVID, Seienccdirect และ Blackwell Synergy

3) สืบค้นข้อมูลจากระบบการสืบค้นโดยอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของหลักฐานอ้างอิงและเลือกงานวิจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องนำไปค้น Full text จาก เอกสารอ้างอิง (Reference list) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูล

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- Anxiety, Post traumatic stress disorder, Depression, Intensive care unit and Family

1.3 เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเข้าศึกษามีดังนี้

1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้า และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้า

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

3) เป็นงานวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับเต็ม (full text) และวิทยานิพนธ์ โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ ดังจะแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน	จำนวน
		การศึกษา วิจัยที่ สืบค้นได้	การศึกษา วิจัยที่ เลือกใช้
1.Mulinet	-Anxiety and intensive care unit and Family	20	1
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	4	-
	-Depression and intensive care unit and family	13	-
2.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	-Anxiety and intensive care unit and Family	3	5
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	1	-
	-Depression and intensive care unit and family	52	-
3.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	-Anxiety and intensive care unit and Family	2	-
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	-	-
	-Depression and intensive care unit and family	-	-
4.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	-Anxiety and intensive care unit and Family	16	4
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	1	-
	-Depression and intensive care unit and family	13	-
5.มหาวิทยาลัยบูรพา	-Anxiety and intensive care unit and Family	-	-
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	-	-
	-Depression and intensive care unit and family	-	-

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา วิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา วิจัยที่ เลือกใช้
6.Pubmed	-Anxiety and intensive care unit and Family	210	5
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	30	4
	-Depression and intensive care unit and family	90	6
7.Ovid	-Anxiety and intensive care unit and Family	174	1
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	575	1
	-Depression and intensive care unit and family	511	1
8.CINAHL	-Anxiety and intensive care unit and Family	11	1
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	1	1
	-Depression and intensive care unit and family	22	3
9.Science direct	-Anxiety and intensive care unit and Family	33	3
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	664	1
	-Depression and intensive care unit and family	18	2
10.Blackwell Synergy	-Anxiety and intensive care unit and Family	169	-
	-Post traumatic stress disorder and intensive care unit and family	216	-
	-Depression and intensive care unit and family	60	-
รวม		2,909	39

จากคำสำคัญที่กำหนดสามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้จำนวน 39 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือก และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูล มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 16 เรื่อง

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิต ใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 16 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence)

นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งการแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิง 4 ระดับดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
1. Risk of Post traumatic stress symptom in family members of intensive care unit patient	Azoulay, Pochard, Barnes, Chevret, Aboab, Adrie et al., / 2005	C
2. Effects of a needs-bases education program for family cauers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study	Chien, Chiu, Lam, & Ip / 2006	B
3. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care	Jones, Skirrow, Griffiths, Humphris, Ingleby, Eddleston et al., / 2004	A
4. Effects of support groups on anxietyof family members during critical	Halm / 1990	B
5. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients	Paparrigopoulos, Melissaki, Efthymiou, Tsekou, Vadala, Kribeni et al., / 2005	C
6. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity	Pochard, Azoulay, Chevret, Lemaire, Hubert, Canoui et al., / 2001	C

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
7. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death	Pochard, Darmon, Fassier, Bollaert, Cheval, Coloigner et al., / 2005	C
8. Wives' Responses to Counselling Darly After Myocardial Infarction	Thompwon & Meddis / 1990	B
9. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต	แก้ว ไอมิน / 2542	B
10. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย	คณินันต์ บุรีเทศ / 2540	B
11. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล	พิกุล ตันติธรรม / 2533	A
12. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	นาฏยา เอื่องไพโรจน์ / 2535	B

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพพระคัมภีร์งานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
13. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน	รัตนา อยู่เปล่า / 2543	B
14. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมโยงอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก	สุทธินิ วัฒนกุล / 2547	B
15. ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบ	สุวิทย์ จันทระเชษฐา / 2547	B
16. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่	อรัญญา ศรีคำขาว / 2547	B

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย

ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 16 เรื่องครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะกลั่นกรองออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)

- 2) แบบการวิจัย (research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 6) วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)
- 7) ผลการวิจัย (finding/result)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (implication/implementation)

โดยผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบ จะนำเสนอในตารางบันทึกผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษในบทต่อไป



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต นำเสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 16 เรื่อง ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะแสดงไว้ในตารางที่ 5 ในภาคผนวก

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปตามประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 คุณภาพของงานวิจัย

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์พบว่าม้งานวิจัย 4 เรื่อง (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005; Pochard et al., 2005; Pochard et al., 2001) ใน 16 เรื่อง

2.3 รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดแต่ละรูปแบบ จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์พบว่ามี 4 รูปแบบได้แก่

2.3.1 การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (จำนวน 1 เรื่อง)

2.3.2 การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (จำนวน 1 เรื่อง)

2.3.3 การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง (จำนวน 1 เรื่อง)

2.3.4 การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน (จำนวน 9 เรื่อง)

1. ผลการวิเคราะห์ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 16 เรื่อง ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5 ในภาคผนวก ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ เป็นงานวิจัยที่นำเผยแพร่ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2533 – 2549

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 16 เรื่อง ผู้ศึกษาจะนำเสนอผลตามประเด็นต่อไปนี้

2.1 คุณภาพงานวิจัย

จากการวิเคราะห์ งานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 1 เรื่อง และศึกษาในต่างประเทศ 1 เรื่อง เป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 7 เรื่อง และศึกษาในต่างประเทศ 3 เรื่อง และเป็น Descriptive research อยู่ในระดับ C จำนวน 4 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า มีงานวิจัย 4 เรื่อง ใน 16 เรื่อง ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และ/หรือภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และ/หรือภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005; Pochard et al., 2005; Pochard et al., 2001) เป็นระดับ C ทั้ง 4 เรื่อง ซึ่งสรุปผลการวิเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าได้ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล มีงานวิจัยทั้งหมด 2 เรื่อง ใน 4 เรื่อง (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลได้มีการศึกษาตัวแปรต้นแบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ตัวแปรตามได้แก่ อาการวิตกกังวล

ตัวแปรต้น

- ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ได้แก่ จำนวนเตียง จำนวนห้องที่มีเตียงผู้ป่วย 2 เตียงหรือมากกว่า จำนวนแพทย์อาวุโส สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย การมีห้องพักรอ การมีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ความถี่ที่แพทย์และพยาบาลมีให้กับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อการประชุมปรึกษาเรื่องผู้ป่วย (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) กิจกรรมที่หน่วยงานทำร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมต่อวัน การจัดให้แพทย์คนเดิมในการให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แนวทางการประสานงานติดต่อให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของหน่วยบำบัดพิเศษ การเตรียมเอกสารให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Pochard et al., 2005) รวบรวมข้อมูลโดยสร้างแบบบันทึกข้อมูล

- ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ เหตุผลที่เข้าหน่วยบำบัดพิเศษ สภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษโดยประเมินจาก Simplified Acute Physiology Score II (SAPS) ภายใน 24 ชั่วโมง ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) ภูมิฐานะ สถานภาพสมรส อาชีพ (Pochard et al., 2001) ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ ระดับสัญญาณชีพเมื่อจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2005) รวบรวมข้อมูลโดยสร้างแบบบันทึกข้อมูล

- ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) เชื้อชาติ ประเทศที่เกิด ประสบการณ์เกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษจากการเคยเป็นผู้ป่วยหรือเป็นญาติ จำนวนเวลาที่ต้องการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมผู้รักษา และเวลาที่ได้รับจริง (Pochard et al., 2005) การได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ และความต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา (Pochard et al., 2001) รวบรวมข้อมูลโดยสร้างแบบบันทึกข้อมูล

ตัวแปรตาม อาการวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and depression Scale ทั้ง 2 งานวิจัย (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005)

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 3 ถึงวันที่ 5 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2001) และหลังจาก 5 วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2005)

ผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัย

ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ

- ความถี่ที่แพทย์และพยาบาลมีให้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการพบแพทย์และพยาบาลอย่างไม่สม่ำเสมอทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสมีความวิตกกังวลถึง 1.36 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001)

- การมีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการที่ไม่มีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการวิตกกังวลถึง 1.80 เท่า ($p = 0.01$) (Pochard et al., 2001)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- เหตุผลที่ต้องเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังเมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ จะทำให้คนในครอบครัวมีโอกาสมีอาการวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังถึง 1.52 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001)

- สภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ โดยแบบประเมิน Simplified Acute Physiology (SAPS) พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนการประเมินสภาพอาการแรกเข้าที่มากขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้น 1.017 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2005)

- อายุของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยลง 1 ปี เมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้น 0.984 เท่า ($p = 0.01$) (Pochard et al., 2005)

ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าการเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าความสัมพันธ์อื่นเช่น บุตร พ่อ แม่ พี่ และน้อง ถึง 2.8 เท่า ($p = 0.0001$) (Pochard et al., 2001) และ 2.085 เท่า ($p = 0.004$) (Pochard et al., 2005)

- เพศ พบว่าการเป็นเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าเพศชายถึง 2.42 เท่า ($p = 0.0001$) (Pochard et al., 2001)

- ความต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยามีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลถึง 1.62 เท่า ($p = 0.01$) (Pochard et al., 2001)

- การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลถึง 1.55 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001)

2.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ PTSD มีการศึกษาทั้งหมด 2 เรื่อง ใน 4 เรื่อง (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD และปัจจัยที่ทำนาย PTSD ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สรุปได้ดังนี้

ปัจจัยที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ได้มีการศึกษาตัวแปรต้นแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ตัวแปรตาม ได้แก่ อาการความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (PTSD)

ตัวแปรต้น

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิก

- ข้อมูลส่วนบุคคล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005) สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา (Paparrigopoulos et al., 2005) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย และการรวบรวมจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาในอดีต การใช้ยา และความผิดปกติทางจิต (Paparrigopoulos et al., 2005) สถานการณ์เจ็บป่วย การมีโรคร่วม (Comorbidities) (โรคปอดอุดตันเรื้อรัง หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เนื้องอกหรือมะเร็ง โรคระบบประสาท โรคทางจิตเวช) คะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ โดยแบบประเมิน Simplified Acute Physiology Score II score การตัดสินใจวาระสุดท้าย (End-of-life decisions) และการเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ (Azoulay et al., 2005)

ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย โดยการรวบรวมจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ได้แก่ สาเหตุที่ต้องรับไว้รักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด (ถ้ามี) APACHE II score การประเมินอัตราเสียชีวิตเมื่อแรกรับ ระยะเวลาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ และผลลัพธ์การรักษา (Paparrigopoulos et al., 2005)

ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005) สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Paparrigopoulos et al., 2005) ประสิทธิภาพของการได้รับข้อมูล ข่าวสาร การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกวัน (ไม่นับรวมวาระสุดท้ายของผู้ป่วย) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวาระสุดท้าย (Azoulay et al., 2005) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ STAI-Trait score โดยใช้แบบประเมิน Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (Paparrigopoulos et al., 2005)

ตัวแปรตาม อาการความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Posttraumatic stress symptom) โดยใช้แบบประเมิน Impact of Event Scale ทั้ง 2 งานวิจัย (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005)

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประเมินเมื่อ 1 สัปดาห์ $\pm$ 1 วันหลังจากที่ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ และ 3 ± 2 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ (Paparrigopoulos et al., 2005) อีก 1 เรื่อง ประเมินหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายหรือเสียชีวิตจาก หน่วยบำบัดพิเศษ 90 วัน (Azoulay et al., 2005)

ผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- การมีโรคร่วม พบว่าการที่ผู้ป่วยเป็น โรคอะไรก็จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0034$) (Azoulay et al., 2005)

- คะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ โดยแบบประเมิน Simplified Acute Physiology พบว่าการมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ ระดับสูงจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0003$) (Azoulay et al., 2005)

- การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) (Azoulay et al., 2005)

ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย

- เพศ พบว่าการเป็นเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD มากกว่า เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) (Azoulay et al., 2005) ($p < 0.0009$) (Paparrigopoulos et al., 2005)

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าการเป็นบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD มากกว่าความสัมพันธ์อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) (Azoulay et al., 2005)

- ประสิทธิภาพของการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าการที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0026$) (Azoulay et al., 2005)

- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกวัน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0006$) (Azoulay et al., 2005)

- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจครั้งสุดท้าย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0099$) (Azoulay et al., 2005)

- ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นตัวทำนายการพัฒนาไปสู่กลุ่มอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) (Paparrigopoulos et al., 2005)

- ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) เป็นตัวทำนายของการพัฒนาไปสู่กลุ่มอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) (Paparrigopoulos et al., 2005)

2.2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า มีงานวิจัยทั้งหมด 3 เรื่อง ใน 4 เรื่อง (Paparrigopoulos et al., 2005; Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ได้มีการศึกษาตัวแปรต้นแบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ตัวแปรตามได้แก่ อาการซึมเศร้า

ตัวแปรต้น

- ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ได้แก่ จำนวนเตียง จำนวนห้องที่มีเตียงผู้ป่วยมากกว่า 2 เตียงหรือมากกว่า จำนวนแพทย์อาวุโส สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย การมีห้องพัก การมีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ความถี่ของการประชุมปรึกษาระหว่างแพทย์ พยาบาล และครอบครัว (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) กิจกรรมที่หน่วยงานทำร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมต่อวัน การจัดให้แพทย์คนเดิมในการให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วย แนวทางการประสานงานติดต่อให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของหน่วยบำบัดพิเศษ การเตรียมเอกสารให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Pochard et al., 2005) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

- ปัจจัยด้านผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ เหตุผลที่เข้าหน่วยบำบัดพิเศษ คะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษโดยประเมินจาก Simplified Acute Physiology Score II (SAPS) ภายใน 24 ชั่วโมง ที่เข้ามาในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) สถานภาพสมรส อาชีพ (Paparrigopoulos et al., 2005; Pochard et al., 2001) จำนวนบุตร สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Paparrigopoulos et al., 2005) ภูมิลำเนา (Pochard et al., 2001) ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ สถานภาพเมื่อจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2005) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

- ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ (Paparrigopoulos et al., 2005; Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Paparrigopoulos et al., 2005) เชื้อชาติ ประเทศที่เกิด ประสบการณ์เกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษจากการเคยเป็นผู้ป่วยหรือเป็นญาติ จำนวนเวลาที่ต้องการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมผู้รักษา และเวลาที่ได้รับจริง (Pochard et al., 2005) การได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ความต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา (Pochard et al., 2001) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ STAI-Trait score โดยใช้แบบประเมิน Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (Paparrigopoulos et al., 2005)

ตัวแปรตาม อาการซึมเศร้า มี 2 งานวิจัย ใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and depression Scale (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) และมี 1 งานวิจัย ใช้แบบประเมิน Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Paparrigopoulos et al., 2005)

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ประเมินในระหว่างวันที่ 3 ถึงวันที่ 5 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2001) และหลังจาก 5 วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2005) อีก 1 เรื่อง ประเมินเมื่อ 1 สัปดาห์ $\pm$ 1 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ และ 3 $\pm$ 2 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ (Paparrigopoulos et al., 2005)

ผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัย

ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ

- การมีห้องพักรอ พบว่าการที่ไม่มีห้องพักรอ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสมีอาการซึมเศร้าถึง 2.5 เท่า ($p = 0.003$) (Pochard et al., 2001)

- จำนวนห้องที่มีเตียงผู้ป่วย 2 เตียงหรือมากกว่า พบว่าการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องที่มีมากกว่า 1 เตียง ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสมีการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่นอนในห้องที่มี 1 เตียงถึง 1.539 เท่า ($p = 0.047$) (Pochard et al., 2005)

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- อายุ พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสมีการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากถึง 0.79 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001) และอายุของผู้ป่วยที่น้อยลง 1 ปี เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสมีการซึมเศร้ามากขึ้นถึง 0.981 เท่า ($p = 0.04$) (Pochard et al., 2005)

- คะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ โดยประเมินจาก Simplified Acute Physiology Score II พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนสภาพอาการแรกเข้า ที่มากขึ้น 1 คะแนน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสมีการซึมเศร้ามากขึ้นถึง 1.015 เท่า ($p = 0.015$) (Pochard et al., 2005)

- สถานภาพเมื่อจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่าการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสมีการซึมเศร้ามากขึ้นถึง 2.092 เท่า ($p = 0.011$) (Pochard et al., 2005)

ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าการเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย มีโอกาสมีการซึมเศร้ามากกว่าความสัมพันธ์อื่น เช่น บุตร พ่อ แม่ พี่ และน้อง ถึง 2.1 เท่า ($p = 0.0001$) (Pochard et al., 2001)

- เพศ พบว่าการเป็นเพศหญิงมีโอกาสมีการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ถึง 2 เท่า ($p = 0.0001$) (Pochard et al., 2001)

- เชื้อชาติ งานวิจัยศึกษาในประเทศฝรั่งเศส พบว่าการที่ไม่ใช่คนฝรั่งเศส แท้มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าคนฝรั่งเศสแท้ถึง 1.9 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001)

- การที่ได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัว ผู้ป่วยมีโอกาสมีการซึมเศร้าถึง 1.67 เท่า ($p = 0.04$) (Pochard et al., 2001)

- ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นตัวทำนายระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($p < 0.001$) (Paparrigopoulos et al., 2005)

2.3 รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดแต่ละรูปแบบ จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย 12 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด สามารถจำแนกออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน แต่ละรูปแบบมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (Counseling) มีงานวิจัย 1 เรื่อง ใน 12 เรื่อง (Thompson & Meddis, 1990) ที่ศึกษาการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ป่วยครั้งแรกและภรรยา (ระดับ B) สรุปได้ดังนี้

ประเภทของการบำบัด เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล

ระยะเวลาในการบำบัด การวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง คือ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 5 วัน หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ พบครั้งละ 30 นาที

วิธีการบำบัด เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา ใช้ระยะเวลาการบำบัด 4 ครั้ง แต่งานวิจัยนี้ได้กล่าวถึงรายละเอียดในการบำบัดแต่ละครั้ง

- การให้ความรู้จะให้ความรู้ตามมาตรฐานที่ครอบคลุมเรื่องทั่วไปของการมีอาการของโรคหัวใจ และการจัดการที่ตามมา ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดที่หัวใจ ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และวิธีการที่จำเป็นในการแก้ไข และผลกระทบจากการมีอาการของโรคหัวใจในเรื่องทางเพศสัมพันธ์ การทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และการใช้เวลาว่าง

- การให้คำปรึกษาจะเน้นที่ปฏิกิริยาตอบสนองของสามีและภรรยาในเรื่องความรู้สึกที่มีต่อการมีอาการของโรคหัวใจ การส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การช่วยให้เกิดความมั่นใจ และการช่วยเหลือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดำเนินกิจกรรมภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และการช่วยแก้ไขปัญหาย่างทันต่วงที

หลักการโดยทั่วไปของโปรแกรมการบำบัด มีอยู่ 5 หัวข้อดังนี้

1. ลดความรู้สึกไม่แน่นอนและความกลัวโดยการให้ข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทีมผู้รักษา เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา การดูแลและสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปในหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ และความคาดหวังของทีมผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย

2. กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางบวกตามความเป็นจริง ตามการฟื้นฟูหายกับภรรยาและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและเกิดความคาดหวังต่อการตอบสนองที่เป็นไปได้ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจที่มีต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. การทำให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นการไว้วางใจหรือศรัทธาจนเกิดความยินยอมที่จะฟังหรือตอบคำถาม การให้ข้อมูลตามความเป็นจริง แก้ไขความคิดที่บิดเบือน และกำจัดความกลัวอันมาจากความเชื่อที่ผิด คำถามใดๆที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมทางคลินิกให้ส่งต่อไปหาแพทย์ด้านหัวใจ

4. การทำให้สามารถสะท้อนในเรื่องความรู้สึกสูญเสีย และช่วยค้นหากลไกการจัดการในเชิงบวก ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นเรื่องความวิตกกังวลและซึมเศร้าต้องนำมาพูดคุยกัน ผู้ป่วยต้องได้รับความมั่นใจว่าปฏิกิริยาเหล่านี้เป็นเรื่องธรรมดาและสามารถพูดคุยปรึกษาหารือกันได้

5. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยผ่านทางพูดคุย โดยให้โอกาสในการตัดสินใจต่างๆด้านการดูแล

ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ป่วยครั้งแรกและภรรยา

ผู้บำบัด พยาบาลวิชาชีพที่ประจำหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดยการให้คำปรึกษา

ความวิตกกังวล ประเมินภรรยาของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ 24 ชั่วโมง 5 วัน 1, 3, และ 6 เดือน พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความ วิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 5 วัน ($p = .01$) 1, 3 และ 6 เดือน ($p = .05$) จากแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

ภาวะซึมเศร้า ประเมินภรรยาของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ 24 ชั่วโมง 5 วัน 1, 3, และ 6 เดือน พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดทุกรอบของการประเมิน

แหล่งของความวิตกกังวล (Measure specific sources) ประเมินภรรยาของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 24, 48 และ 72 ชั่วโมง 5 วัน 1, 3, และ 6 เดือน จากแบบประเมิน Eight visual analogue scales มีทั้งหมด 8 ด้าน

- ความวิตกกังวลด้านภาวะสุขภาพ พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 5 วัน, 1 เดือน, 3 เดือน ($p < 0.05$) และ 6 เดือน ($p < 0.01$)

- ความวิตกกังวลด้านกิจกรรมยามว่าง พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 5 วัน, 3 เดือน, 6 เดือน ($p < 0.01$) และ 1 เดือน ($p < 0.05$)

- ความวิตกกังวลด้านกิจกรรมทางเพศ พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 72 ชั่วโมง, 1 เดือน ($p < 0.05$) 5 วัน, 6 เดือน ($p < 0.01$) และ 3 เดือน ($p < 0.001$)
- ความวิตกกังวลด้านการคาดการณ์อนาคต พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 5 วัน และ 6 เดือน ($p < 0.01$) 1 และ 3 เดือน ($p < 0.05$)
- ความวิตกกังวลด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 72 ชั่วโมง 5 วัน และ 6 เดือน ($p < 0.05$)
- ความวิตกกังวลด้านความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 72 ชั่วโมง, 5 วัน ($p < 0.05$) 1 เดือน, 3 เดือน ($p < 0.001$) และ 6 เดือน ($p < 0.01$)
- ความวิตกกังวลด้านการมีอาการของโรคหัวใจอื่นๆ (Heart attack) ของผู้ป่วย พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 5 วัน, 1 เดือน, 6 เดือน ($p < 0.05$) และ 3 เดือน ($p < 0.01$)
- ความวิตกกังวลด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 48 ชั่วโมง, 72 ชั่วโมง, 1 เดือน, 3 เดือน ($p < 0.05$) และ 5 วัน ($p < 0.01$)

2.3.2 การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support group) มีงานวิจัย 1 เรื่อง ใน 12 เรื่อง (Halm, 1990) ที่มีการบำบัดโดยการทำกลุ่มช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อลดความวิตกกังวล (ระดับ B) สรุปได้ดังนี้

ประเภทของการบำบัด เป็นการบำบัดรายกลุ่ม

ระยะเวลาในการบำบัด การวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาการบำบัดในการทำกลุ่มช่วยเหลือจำนวน 2 ครั้งโดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 90 นาที การทำกลุ่มช่วยเหลือครั้งที่ 1 จะทำในวันถัดไปหลังจากเข้ากลุ่มสังเกตการณ์ และระยะห่างการทำกลุ่มช่วยเหลือครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ผู้นำกลุ่มจะนัดหมายวัน และเวลาตามข้อตกลงของสมาชิกในกลุ่ม

วิธีการบำบัด วิธีการบำบัดจะได้รับการดูแลแบบปกติ และเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ สมาชิกในกลุ่มจะมีประมาณ 4 - 6 คน โดยเฉลี่ยคือ 5 คน

กระบวนการกลุ่ม

ระยะเริ่มต้น ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของกลุ่มให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทราบ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต กฎของกลุ่ม การรักษาความลับ การมีส่วนร่วมในการพูดคุยระหว่างอยู่ในกลุ่ม

ระยะกลาง ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง และเล่าเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้นำกลุ่ม จะแนะนำเกี่ยวกับโครงสร้าง สิ่งที่จะพูดคุย และอธิบายในแต่ละประเด็นภายใต้หัวข้อดังนี้ การได้รับข้อมูลด้านการพยาบาล กลไกการเผชิญกับปัญหา และการหาแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งในแต่ละประเด็นผู้นำกลุ่มจะพูดสั้นๆ ให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ระยะปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะสรุปประเด็นหลักๆ ที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อภิปราย กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึก สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม นัดหมายวันครั้งที่ 2 ต่อไป และผู้นำกลุ่มกระตุ้นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับการมาเข้ากลุ่ม การที่ผู้ป่วยออกจากหน่วยบำบัดพิเศษไปแล้ว ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถมาร่วมกลุ่มได้

ผู้รับการบำบัด เป็นครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยกรรม หลังจากการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมสมอง หรือศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ต้องระบุว่าเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาอังกฤษ มีอายุน้อยที่สุด 18 ปีขึ้นไป และอนุญาตให้ญาติอย่างมากที่สุด 2 คน เข้าร่วมการวิจัย

ผู้บำบัด พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และประสบการณ์การพยาบาลทางจิตเวช

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดยการทำกลุ่มช่วยเหลือ

- ความวิตกกังวล ประเมินครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือครั้งที่ 1 ประมาณ 12 – 18 ชั่วโมง พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) แต่ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือไม่แตกต่างกัน จากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983)

- เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งได้จากรายงานคำถามปลายเปิดของการทำกลุ่ม

- เหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้ย้ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเชื่อเรื่องจิต

วิญญานในเรื่องความหวังสำหรับอนาคต มีบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือ และมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ในการดูแลด้านสุขภาพ อารมณ์ และจิตใจ

- เหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ร่างกายของผู้ป่วยมีความเสื่อมสภาพ และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความกลัวสิ่งที่ไม่รู้

การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ

- ประโยชน์ของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ ซึ่งได้จากรายงานคำถามปลายเปิดของการทำกลุ่ม มีดังนี้ ทำให้ระลึกเสมอว่าไม่ได้โดดเดี่ยว ได้แบ่งปันความรู้สึกกับคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เรียนรู้ว่าปัญหาของคนอื่นอาจเลวร้ายกว่าที่เราประสบ มีความหวัง ลดความวิตกกังวล เรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับปัญหาในรูปแบบใหม่ มีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และขั้นตอนการดูแลรักษา

2.3.3 การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง (Rehabilitation Manual) มีงานวิจัย 1 เรื่อง ใน 12 เรื่อง (Jones et al., 2004) ที่มีการใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง (ระดับ A) สรุปได้ดังนี้

ประเภทของการบำบัด เป็นการบำบัดรายบุคคล

ระยะเวลาในการบำบัด การวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 6 สัปดาห์ โดยให้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง หลังออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ 1 สัปดาห์

วิธีการบำบัด

การพัฒนาเครื่องมือ ซึ่งคู่มือได้ถูกพัฒนามาจากผลการวิเคราะห์ ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย 8 คู่ และคู่มือได้ใช้ทดสอบในผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย 20 คู่ วิธีการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยจะได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง มีการทำเป็นขั้นตอน

คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองมีเนื้อหา ดังนี้ เกี่ยวกับความวิตกกังวล การประเมินวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกาย ความรู้สึกที่ไม่ค่อยสบายใจ อาหาร การทำให้ตนเองเข้มแข็ง การระบายความรู้สึก การได้รับข้อมูลหลังจากออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ การอยู่โดดเดี่ยว ยา การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ฝันร้าย การทำงานหนัก กลัวการมีอาการของโรค ความหวาดกลัว การผ่อนคลาย เพศสัมพันธ์ หลังการเจ็บป่วยที่รุนแรง การนอนหลับ การสูบบุหรี่ ความเครียดของคู่สมรส ความเหนื่อย การวางแผนจะทำอะไรต่อไปและจะเริ่มอย่างไร ความรู้สึกที่กังวล และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดจะมีโทรศัพท์ที่บ้าน 3 ครั้ง ในทุก 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายเพื่อดูว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่

ผู้รับการบำบัด ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ ที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษมากกว่า 48 ชั่วโมง และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน (Emergency admissions)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง

- ความวิตกกังวล ติดตามผลญาติของผู้ป่วยเมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 เวลา จากแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Spielberger, 1970)
- ภาวะซึมเศร้า ติดตามผลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 เวลา จากแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Spielberger, 1970)
- อาการ PTSD ติดตามผลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 เวลา จากแบบประเมิน The Impact of Events Scale (IES)

2.3.4 การใช้การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน มีงานวิจัย 9 เรื่อง ใน 12 เรื่อง (กัว ไอมิน, 2542; คินีนิต บุรีเทศ, 2540; นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535; พิกุล ต้นดิษฐม, 2533; รัตนา อยู่ปล้ำ, 2543; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; สุวพรี จันทระเจษฎา, 2547; อรัญญา ศรีคำชา, 2547; Chien et al., 2006) ที่ศึกษาการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน ในการลดความวิตกกังวล (ระดับ A 1 เรื่อง และระดับ B 8 เรื่อง) สรุปได้ดังนี้

ประเภทของการบำบัด เป็นการบำบัดรายบุคคลทั้งหมด

ระยะเวลาในการบำบัด ระยะเวลาการบำบัด 1 วัน มี 1 เรื่อง (พิกุล ต้นดิษฐม, 2533) เป็นการบำบัดรายบุคคลใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 10 นาทีก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก

- ระยะเวลาการบำบัด 2 วัน มี 3 เรื่อง (คินีนิต บุรีเทศ, 2540; นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535; Chien et al., 2006) มี 2 เรื่อง (คินีนิต บุรีเทศ, 2540 ; นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535) ให้การบำบัดในวันที่ 1 และ 2 ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละ 30 นาที ทั้ง 2 วัน มี 1 เรื่อง (นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535) และใช้ระยะเวลาในการบำบัดวันที่ 1 ประมาณ 35 -50 นาที ในวันที่ 2 ประมาณ 50 - 70 นาที 1 เรื่อง (คินีนิต บุรีเทศ, 2540) ส่วนอีก 1

เรื่องให้การบำบัดในวันที่ 2 และ 3 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยใช้ระยะเวลาให้การบำบัดครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง (Chien et al., 2006)

- ระยะเวลาการบำบัด 3 วัน มี 5 เรื่อง (กัว โอมิน, 2542; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; สุวพรี จันทระเจษฎา, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) มี 4 เรื่องให้การบำบัดในวันที่ 1, 2 และ 3 ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดวันที่ 1 ประมาณ 25 นาที วันที่ 2 ประมาณ 15 นาที และวันที่ 3 ไม่ได้ระบุระยะเวลา 1 เรื่อง (กัว โอมิน, 2542) ใช้ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที ทั้ง 3 วัน 1 เรื่อง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) อีก 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัดวันที่ 1 ประมาณ 35 - 45 นาที วันที่ 2 ประมาณ 10 - 15 นาที และวันที่ 3 ประมาณ 10 นาที ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละวัน (สุวพรี จันทระเจษฎา, 2547) มีงานวิจัย 1 เรื่องมิได้บอกรายละเอียดของระยะเวลาแต่ละครั้งในการบำบัด (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ส่วนอีก 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาการบำบัด 3 วัน ภายใน 5 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะ ในระยะที่ 1 ภายใน 24-48 ชั่วโมง ระยะที่ 2 ภายใน 48 - 72 ชั่วโมง และระยะที่ 3 ช่วง 72 ชั่วโมง - 5 วัน หลังเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 15 - 20 นาที ทั้ง 3 ระยะ (อรัญญา ศรีคำขาว, 2547)

วิธีการบำบัด โดยแบ่งตามระยะเวลาการบำบัด

วิธีการบำบัดของงานวิจัยที่มีระยะเวลาการบำบัด 1 วัน มี 1 เรื่อง มีวิธีการบำบัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ซึ่งรายละเอียดของข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม และเปิดโอกาสให้ซักถาม (พิกุล ดันดิธรรม, 2533)

วิธีการบำบัดของงานวิจัยที่มีระยะเวลาการบำบัด 2 วัน มี 3 เรื่อง มีจำนวน 2 เรื่องให้การให้ข้อมูล (นาฎยา เอื่องไพโรจน์, 2535; Chien, et al., 2006) และ 1 เรื่องให้การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน (คณิงนิต บุรีเทศ, 2540)

- วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูล วันที่ 1 การให้ข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษ สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม พาไปเยี่ยมผู้ป่วยและอยู่ใกล้ๆ เปิดโอกาสให้ซักถาม วันที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกต่างๆ พาไปเยี่ยมผู้ป่วยและอยู่ใกล้ๆ (นาฎยา เอื่องไพโรจน์, 2535)

- วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลโดยนำเนื้อหาที่รวบรวมจากความต้องการพื้นฐานของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้ประเมินตอนทำ Pretest (Chien et al., 2006)

- วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัว (คณินิต บุรีเทศ, 2540) วิธีการบำบัดในวันที่ 1และ2 มีเนื้อหาที่เหมือนกันดังนี้

1. ด้านการได้รับข้อมูล เกี่ยวกับสภาพ แวดล้อมภายในหน่วยบำบัดพิเศษ บุคคลากรที่ให้การดูแล อาการ การวินิจฉัย และการรักษา การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในหน่วยบำบัดพิเศษผู้ป่วย และการปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยม

2. ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย

3. ด้านการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านร่างกายในการดูแล เรื่องการเช็ดหน้า หวีผม และการออกกำลังกายมือและเท้า ด้านจิตใจ การใช้มือสัมผัส การกุมมือ และบีบมือเบาๆ การพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ พยายามให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ

4. กำลังใจและระบายความรู้สึกเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัย ระบายความรู้สึก สอบถามถึงกลไกการแก้ปัญหา และช่วยครอบครัวในการค้นหาทางแก้ปัญหา มีคู่มือเกี่ยวกับหอผู้ป่วยและการปฏิบัติตน

วิธีการบำบัดของงานวิจัยที่มีระยะเวลาการบำบัด 3 วัน มี 5 เรื่อง

- วิธีการบำบัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่มีระยะเวลาการบำบัด 3 วัน (แก้ว ไอมิน, 2542; รัตนา อยู่เปล่า, 2543) วันที่ 1 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ เตรียมครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนการเข้าเยี่ยม ซึ่งรายละเอียดของข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษ สภาพแวดล้อม การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ การผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม สิ่งอำนวยความสะดวก พาครอบครัวไปเยี่ยมผู้ป่วยและอยู่ใกล้ๆ เปิดโอกาสให้ซักถาม (แก้ว ไอมิน, 2542; รัตนา อยู่เปล่า, 2543) เพิ่มการแจกเอกสารเกี่ยวกับกฎระเบียบ (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) วันที่ 2 และวันที่ 3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย อาการ และการรักษา ให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ให้กำลังใจ พาครอบครัวไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ข้างเตียง เปิดโอกาสให้ซักถาม รับฟังการระบายความรู้สึก และตอบคำถาม (แก้ว ไอมิน, 2542; รัตนา อยู่เปล่า, 2543)

- วิธีการบำบัดที่ใช้การให้ข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจาก ข้อมูลส่วนบุคคล และการประเมินระดับความวิตกกังวลนำมาวางแผนและปฏิบัติกรให้ข้อมูล มีการให้ดูวิดีโอ การให้ข้อมูลมีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (สุวิทย์ จันทระเจษฎา, 2547)

ด้านร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาของแพทย์ อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาล และเหตุผลของการให้ การพยาบาล

ด้านจิตใจ การให้เวลา และรับฟัง พูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลอย่างน้อยวันละครั้ง

ด้านสิ่งแวดล้อม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการรักษาความสะอาดหน่วยบำบัดพิเศษ การปฏิบัติตัวก่อนการเข้าเยี่ยม เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย

ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม แนะนำเรื่องสิทธิการรักษา เปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมได้เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลา และยอมรับในเรื่องความเชื่อของครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลที่สงสัย และรับฟังปัญหา

- วิธีการบำบัดที่ใช้การให้ข้อมูลที่มีระยะเวลาการบำบัด 3 วัน ใน 5 วัน (อรัญญา ศรีคำชาว, 2547)

ระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรก มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะสภาพแวดล้อมสภาพของหน่วยบำบัดพิเศษ ลักษณะการให้บริการ เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษา และการพยาบาลที่ได้รับ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย พาครอบครัวผู้ป่วยไปเยี่ยมข้างเตียงผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ซักถาม และระบายความรู้สึก

ระยะ 48 - 72 ชั่วโมง การให้ข้อมูลจะเป็นการทบทวนการให้ข้อมูลในครั้งก่อนเพิ่มเติมอีกเล็กน้อย สภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน การพยากรณ์โรค ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องรวมทั้งสิทธิในการรักษา และเปิดโอกาสให้ซักถาม

ระยะ 3 - 5 วัน ข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ในภาวะที่มีการเจ็บป่วยอยู่ การส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสภาพร่างกาย การตรวจรักษาที่ต่อเนื่อง ระยะเวลาและกิจกรรมที่ต้องจำคิด คำแนะนำเรื่องการใช้ยา การควบคุมอาการและสังเกตอาการผิดปกติ เปิดโอกาสให้ซักถาม

- วิธีการบำบัดที่ใช้การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน (สุทธินี วัฒนกุล, 2547) คูสไลด์มัลติมีเดีย เรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านการให้ข้อมูลครอบคลุมเรื่อง สภาพแวดล้อม เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ พร้อมคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านการได้อยู่ใกล้ชิด พาครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียง รับสิทธิในการเยี่ยมนอกเวลาปกติที่ทางหน่วยบำบัดพิเศษกำหนด ด้านการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย การสัมผัสผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเช็ดหน้า หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า แนะนำการเรียก และการพูดให้กำลังใจ ด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบายความรู้สึกไม่

สบายใจ ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหา ช่วยชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหาแหล่งสนับสนุน และแหล่งประโยชน์

ผู้รับการบำบัด เป็นสามี/ภรรยา (นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535; สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547; Chien et al., 2006) ญาติรวมสายเลือดเดียวกับผู้ป่วย (คณินิต บุรีเทศ, 2540; สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547; Chien et al., 2006) หรือโดยทางกฎหมายหรืออยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย (แก้ว ไอมิน, 2542; คณินิต บุรีเทศ, 2540; สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547) เป็นญาติของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความรู้สึกรู้ตัว GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย (สุทธินิ วัฒนกุล, 2547) มาเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการนอนรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษโรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่ ได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 – 5 วัน (อรัญญา ศรีคำขาว, 2547)

- มีอายุ 18 ปี (พิกุล ตันติธรรม, 2533; Chien et al., 2006) หรือ 18 ปีขึ้นไป (แก้ว ไอมิน, 2542; คณินิต บุรีเทศ, 2540; พิกุล ตันติธรรม, 2533; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547; Chien et al., 2006) อายุ 18-59 ปี (สุทธินิ วัฒนกุล, 2547) และอายุ 18 - 65 ปี (นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535)

- ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถฟังภาษาไทย รู้เรื่องและเข้าใจ (คณินิต บุรีเทศ, 2540; นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535; พิกุล ตันติธรรม, 2533; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุทธินิ วัฒนกุล, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) สามารถที่จะตอบแบบสอบถามได้ (สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547) สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาจีน (แก้ว ไอมิน, 2542; Chien et al., 2006)

- ไม่เป็นโรคจิตโรคประสาท (คณินิต บุรีเทศ, 2540; พิกุล ตันติธรรม, 2533; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุทธินิ วัฒนกุล, 2547)

- เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรกในวันแรกหลังผ่าตัด และไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีญาติสายตรงเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน (นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535)

- สามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ และไม่ใช่ผู้ที่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็นได้ชัดว่าจะไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือรับฟังข้อมูล (พิกุล ตันติธรรม, 2533)

- มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกหรือก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับหรือมากกว่า 40 คะแนนขึ้นไป (สุทธินิ วัฒนกุล, 2547)

ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ (แก้ว ไอมิน, 2542; คณินนิต บุรีเทศ, 2540; นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535; พิกุล ดันติธรรม, 2533; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; สุวพีร์ จันทระ-เจษฎา, 2547; อริญญา ศรีคำขาว, 2547; Chien et al., 2006)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 1 วัน ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แต่กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (พิกุล ดันติธรรม, 2533) ติดตามผลหลังจากจบการให้ข้อมูลหลังจาก Pretest ไม่น้อยกว่า 30 นาที และไม่เกินกว่า 24 ชั่วโมง จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970)

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 2 วัน

ความวิตกกังวล พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แต่ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน (นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535) เมื่อติดตามผลครั้งที่ 1 หลังจาก Pretest ไม่น้อยกว่า 30 นาที ไม่เกิน 1 ชั่วโมง และติดตามผลครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970)

ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) (Chien et al., 2006) ติดตามผลในวันที่ 4 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ จากแบบประเมิน The Chinese version of The State - Trait Anxiety Inventory (พัฒนาโดย Spielberger et al., 1970) (Chien et al., 2006)

ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลและการพยาบาลสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) (คณินนิต บุรีเทศ, 2540) จากการติดตามผลหลังการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนวันที่ 2 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970)

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 3 วัน

ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ($p = 0.05$)

(อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ($p = 0.05$) (อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) ติดตามผลหลังจากจบการให้ข้อมูลในวันที่ 3 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983) (รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ติดตามผลหลังจบการให้ข้อมูลในระยะที่ 3 ช่วง 3 - 5 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1972) (อรัญญา ศรีคำขาว, 2547)

ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) (กัว ไอมิน, 2542) ($p = 0.01$) (สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547) แต่กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (กัว ไอมิน, 2542 ; สุวพีร์ จันทรเจษฎา, 2547) ติดตามผลหลังจากจบการให้ข้อมูลในวันที่ 3 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983) ทั้ง 2 งานวิจัย

ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลและการพยาบาลสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ติดตามผลหลังจบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนในวันที่ 1, 2 และ 3 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล อาการ PTSD และการซึมเศร้า

	อาการวิตกกังวล	อาการ PTSD	อาการซึมเศร้า
ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ			
- ความถี่ที่แพทย์และพยาบาล มีให้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ไม่สม่ำเสมอ	p = 0.02		
- การไม่มีห้องประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	p = 0.01		
- การไม่มีห้องพักรอ			P = 0.03
- จำนวนห้องที่มีเตียงผู้ป่วย 2 เตียง หรือ 2 เตียงขึ้นไป			P = 0.047
ปัจจัยด้านผู้ป่วย			
- การมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษระดับสูง	P = 0.02	P = 0.0003	P = 0.015
- ผู้ป่วยที่อายุน้อย	P = 0.01		p = 0.04
- ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรัง	P = 0.02		
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคเมร็งร่วมด้วย		P = 0.0034	
- การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ		P = 0.0001	p = 0.011

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล อาการ PTSD และอาการซึมเศร้า (ต่อ)

	อาการวิตกกังวล	อาการ PTSD	อาการซึมเศร้า
ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย			
- การที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา	$p = 0.0001, p = 0.004$		$p = 0.0001$
- การที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร		$P = 0.0001$	
- การที่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นเพศหญิง	$p = 0.0001$	$P = 0.0001, p < 0.0009$	$p = 0.0001$
- การที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา	$p = 0.01$		
- การต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์	$p = 0.02$		
- ประสิทธิภาพของการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์		$p = 0.0026$	
- การได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกัน			$P = 0.04$
- การที่ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอัน		$p = 0.0006$	
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการสุดท้าย		$p = 0.0099$	

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล อาการ PTSD และการซึมเศร้า (ต่อ)

	อาการวิตกกังวล	อาการ PTSD	อาการซึมเศร้า
ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย (ต่อ)			
- การมีเชื้อชาติแตกต่างจากบุคคลใน ประเทศนั้น			P = 0.02
- ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety)		P < 0.000	p < 0.001
- เป็นตัวทำนายระดับความรุนแรง		P < 0.03	
- ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) เป็นตัวทำนายระดับความรุนแรง			

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
การให้คำปรึกษา รายบุคคล (1 เรื่อง) ระดับ B	ภรรยาของผู้ป่วย กลุ้มเนื้อหัวใจ ตายที่ป่วยครั้งแรก	4 ครั้ง (24, 48, 72 และ 120 ชั่วโมง) ครั้งละ 30 นาที	พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบำบัด พิเศษและได้รับการ ฝึกการให้ คำปรึกษา รายบุคคล	โปรแกรมแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยว กับโรคหัวใจ และการให้ คำปรึกษาที่เน้นปฏิบัติการ ตอบสนองในเรื่องความ รู้สึกที่มีต่อการของ โรคหัวใจ	- ความวิตกกังวล ภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 5 วัน ($p = .01$) 1, 3 และ 6 เดือน ($p = .05$) -ภาวะซึมเศร้า ภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดทุกรอบของการประเมิน - แหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านกิจกรรมยามว่าง

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
การบำบัดที่ใช้ กลุ่มช่วยเหลือ (1 เรื่อง)	ครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตที่เข้ารับการ รักษาในหน่วย	ทำกลุ่มช่วยเหลือ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ระยะห่าง ของครั้งที่ 1 และ 2 ตาม	พยาบาล วิชาชีพที่มี ประสบการณ์	กลุ่มช่วยเหลือมีกระบวนการ กลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และ	ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ด้านความสามารถของผู้ป่วยใน การทำงาน ด้านการมีอายุ ของโรคหัวใจ และด้านภาวะ แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าแหล่งของความวิตก กังวล ทั้ง 8 ด้าน ลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ
					1. ความวิตกกังวล ครอบครัว ผู้ป่วยที่ได้รับการทำกลุ่ม ช่วยเหลือหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
ระดับ B	บำบัดพิเศษด้วย กรรม หลังจาก การผ่าตัด อายุ 18 ปี และมากกว่า สามารถพูดอ่าน และเข้าใจ ภาษาอังกฤษ	สมาชิกกลุ่มตกลงกัน กลุ่มละ 4 – 6 คน	ในการดูแล ผู้ป่วยวิกฤต วิกฤต และ ประสานการ การพยาบาล ทางจิตเวช	ระยะปิดกลุ่ม โดยที่สมาชิก กลุ่มอภิปรายประเด็นภายใต้ หัวข้อดังนี้ การได้รับข้อมูล ด้านการพยาบาล กลไกการ เผชิญกับปัญหา และการหา แหล่งช่วยเหลือ	ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่าง นัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) แต่ความวิตกกังวลของครอบครัว ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการทำ กลุ่มช่วยเหลือ และกลุ่มที่ไม่ได้ รับการทำการช่วยเหลือไม่ แตกต่างกัน ติดตามหลังเข้า กลุ่มช่วยเหลือครั้งที่ 1 ประมาณ 12 – 18 ชั่วโมง 2. ผลลัพธ์จากคำถามปลายเปิด ของการทำกลุ่ม เหตุการณ์ที่ทำให้มีความวิตก กังวลลดลง ได้แก่ - ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น - ผู้ป่วยได้ย้ายออกจากหน่วย

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
					บำบัดพิเศษ - ครอบครัวยุติการก่อเหตุ - เรื่องจิตวิญญาณในเรื่องความหวัง - การที่มีบุคคลอื่นให้ความช่วยเหลือ - มีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในการดูแลด้านสุขภาพอารมณ์ และจิตใจ - เหตุการณ์ที่ทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ได้แก่ - ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น - การที่ร่างกายของผู้ป่วยมีความเสื่อมสภาพ

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
					- ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมี - ความกลัวถึงที่ไม่รู้ 3. การรับรู้ประโยชน์ของการ - เข้ากลุ่ม - ทำให้รู้สึกว่าได้โดดเด่น - ได้แบ่งปันความรู้สึกกับคนที่ - อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน - เรียนรู้ปัญหาของคนอื่น - อาจเร็วกว่าที่เราประสบ - มีความหวัง ลดความวิตก - กังวล เรียนรู้วิธีการที่จะจัด - การแก้ปัญหาในรูปแบบใหม่ - มีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับ - ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และ - ขั้นตอนการดูแลรักษา

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
การใช้คู่มือ	เป็นญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วย	ปฏิบัติตามคู่มือ 6 สัปดาห์	ทีมผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาคู่มือ	ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และจะมีโทรศัพท์ไปที่บ้าน 3 ครั้ง ในทุก 2 สัปดาห์	- ติดตามผลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษ
แนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง	บำบัดพิเศษ ที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในหน่วย	บำบัดพิเศษ 1 สัปดาห์		หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหาอะไรหรือไม่	- ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 เวลา
(Rehabilitation Manual) มี 1 เรื่อง					- ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วย
ระดับ A	นุกเก็น				

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
การที่ใช้การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน	- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย : เป็นสามี/ภรรยา	- 1 วัน (1 เรื่อง) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	เป็นพยาบาลวิชาชีพ	- วิธีการให้ข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษ สภาพแวดล้อมการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรักษาและการพยาบาล	- อากา PTSD ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 เวลา - อากา PTSD ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 เวลา

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
มี 9 เรื่อง (ระดับ A 1 เรื่อง; ระดับ B 8 เรื่อง)	: ญาติสายเลือดเดียวกันกับผู้ป่วย : อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย	- 2 วัน (มี 3 เรื่อง) : ทำวันที่ 1 และ 2 ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที (1 เรื่อง) ใช้เวลา 35 - 50 นาที ในวันแรก และ 50 - 70 นาที วันที่ 2 (1 เรื่อง) : วันที่ 2 และ 3 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที (1 เรื่อง) ซึ่งทั้ง 3 เรื่องใช้ระยะเวลาประมาณ 30-70 นาที		เครื่องมือ กระดาษเปิดโอกาสให้ซักถาม ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจ - ส่วนการให้ข้อมูลร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุน จะมีเนื้อหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านร่างกายในการดูแลเรื่องการเรื้อรังหน้า หวิม และการออกกำลังกายและทำด้านจิตใจ การใช้มือสัมผัส การกุมมือและบีบมือเบาๆ การพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ พูดคุยให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจ	สถิติ ($p = 0.01$) แต่ละกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ติดตามผลระยะสั้น 30 นาที - 24 ชั่วโมง หลังให้การบำบัด (1 เรื่อง) แบบ 2 วัน - ความวิตกกังวล หลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แต่ความวิตก

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
	- เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันแรกหลังผ่าตัด และไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษา	- 3 วัน (5 เรื่อง) : ทำวันที่ 1, 2 และ 3 ก่อนการเข้าเยี่ยมในแต่ละวัน ให้การบำบัดครั้งละประมาณ			กังวลหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน เมื่อติดตามผลครั้งที่ 1 หลังจาก Pretest ไม่น้อยกว่า 30 นาที ไม่เกิน 1 ชั่วโมง และติดตามผลครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 (1 เรื่อง)
	ญาติเข้ารับการบำบัดพิเศษในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน (1 เรื่อง)	วันที่ 1 ~ 25 - 60 นาที วันที่ 2 ~ 15 - 60 นาที วันที่ 3 ~ 10 - 60 นาที			- ความวิตกกังวลกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
	- เป็นผู้ที่ไม่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็นได้ชัดว่าไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือรับฟังข้อมูล (1 เรื่อง)	: ทำการให้ข้อมูล 3 วัน ภายใน 5 วัน แบ่งเป็น ระยะที่ 1 ให้ข้อมูล ภายในวันที่ 1 - 2 ระยะที่ 2 ให้ข้อมูล ภายในวันที่ 2 - 3			ข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) ติดตามผลในวันที่ 4 หลังจากที่ได้รับเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ (1 เรื่อง)

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
	ก่อนเข้าเยี่ยมครั้งแรก หรือก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ หรือมากกว่า 40 คะแนนขึ้นไป (1 เรื่อง)	ระยะที่ 3 ให้ข้อมูล ภายในวันที่ 3 – 5 โดยให้ข้อมูลหลังเข้ารับ การศึกษาในหน่วยบำบัด พิเศษ ทั้ง 3 ระยะ ทำครั้ง ละประมาณ 15 – 20 นาที			- ความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง หลังได้รับข้อมูลและการ พยาบาลระบบสนับสนุนต่ำ กว่าก่อนการได้รับข้อมูลและ การพยาบาลสนับสนุนอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตก กังวลหลังการทดลองต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = 0.05$) ติดตาม ผลหลังการให้ข้อมูลและการ พยาบาลระบบสนับสนุน วันที่ 2 (1 เรื่อง)

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
					แบบ 3 วัน
					- ความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง หลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$; $p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$; $p = 0.05$) ติดตามผลหลังจากการให้ข้อมูลในวันที่ 3 (1 เรื่อง) และติดตามผลหลังจบการให้ข้อมูลในระยะเวลาที่ 3 ช่วง 3-5 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
					ในหน่วยบำบัดพิเศษ(1 เรื่อง) - ความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$; $p = 0.01$) แต่กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ติดตามผลหลังจากจบการให้ข้อมูลในวันที่ 3 (2 เรื่อง) - ความวิตกกังวลกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนต่ำ

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ (ต่อ)

รูปแบบ	ผู้รับการบำบัด	ระยะเวลาการบำบัด	ผู้บำบัด	วิธีการบำบัด	ผลลัพธ์
					กว่าก่อนการได้รับข้อมูลและการพยาบาลสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ติดตามผลหลังจบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนในวันที่ 1, 2 และ 3 (1 เรื่อง)

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ที่เกี่ยวกับปัจจัยและการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นงานวิจัยที่นำมาเผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 - 2549 สำหรับการอภิปรายผลการศึกษา ผู้ศึกษาแบ่งการอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการ
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
3. รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย และหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รวมทั้งหมด 16 เรื่อง จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลทั้งหมด 2,909 เรื่อง จะเห็นได้ว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย และการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ ค่อนข้างน้อย เมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 1 เรื่อง และศึกษาในต่างประเทศ 1 เรื่อง เป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 7 เรื่อง และศึกษาในต่างประเทศ 3 เรื่อง และเป็น Descriptive research อยู่ในระดับ C จำนวน 4 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่นำมาศึกษา มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นองค์ความรู้ทั้ง 16 เรื่อง ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD

และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนั้น ถือว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

2. องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 4 เรื่อง เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้มีการศึกษาใน 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ได้มีการศึกษาใน 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ระยะเวลาการประเมินปัจจัย ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับการประเมินอยู่ในช่วง 3–5 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2001) ประเมินหลังจาก 5 วัน หลังรับไว้ในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2005) ประเมิน 1 สัปดาห์ ± 1 วันหลังรับไว้ในหน่วยบำบัดพิเศษ และ 3 วัน ± 2 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ (Paparrigopoulos et al., 2005) ประเมินหลังจำหน่ายหรือเสียชีวิต 90 วันจากหน่วยบำบัดพิเศษ (Azoulay et al., 2005) จะเห็นได้ว่าการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 3 ปัจจัยหลัก ดังกล่าว จะเริ่มมีการประเมินในช่วงระยะภายใน 7 วัน หลังรับไว้ในหน่วยบำบัดพิเศษ ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้เร็วขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยแบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1) ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ได้แก่การที่ได้พบแพทย์และพยาบาลอย่างไม่สม่ำเสมอ และการที่ไม่มีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย (Pochard et al., 2001) 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ได้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรัง (Pochard et al., 2001) การมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษที่มากขึ้น 1 คะแนน และผู้ป่วยที่อายุน้อยลง 1 ปี (Pochard et al., 2005) 3) ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ได้แก่การที่มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าความสัมพันธ์อื่น (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) การที่

ครอบครัวผู้ป่วยเป็นเพศหญิง การที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา และการที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ (Pochard et al., 2001)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD โดยแบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ได้แก่การที่ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง การมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษระดับสูง และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ (Azoulay et al., 2005) 2) ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ได้แก่การที่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นเพศหญิง (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005) การเป็นบุตรของผู้ป่วย การที่ครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกวัน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจครั้งสุดท้าย (Azoulay et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) เป็นตัวทำนายการพัฒนาไปสู่กลุ่มอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paparrigopoulos et al., 2005)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่การที่ไม่มีห้องพักรอเยี่ยม (Pochard et al., 2001) และการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องที่มีจำนวน 1 เตียงขึ้นไป (Pochard et al., 2005) 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ผู้ป่วยที่อายุน้อย (Pochard et al., 2001) ผู้ป่วยที่อายุน้อยลง 1 ปีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่น ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษที่มากขึ้น 1 คะแนน และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ (Pochard et al., 2005) 3) ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่การมีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าความสัมพันธ์อื่น การที่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา ศรีภูสิตโต (2547) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย จากงานวิจัยศึกษาในประเทศฝรั่งเศส พบว่าการที่ไม่ใช่คนฝรั่งเศสแท้มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าคนฝรั่งเศสแท้ และการที่ได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันของครอบครัวผู้ป่วย (Pochard et al., 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นตัวทำนายระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($p < 0.001$) (Paparrigopoulos et al., 2005)

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า 1) ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งความวิตกกังวล

PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษที่มีคะแนนสูง และการที่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 2) ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับทั้งความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุน้อย การที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา 3) ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับ PTSD และภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเฉพาะความวิตกกังวล ได้แก่ การที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบแพทย์และพยาบาลไม่สม่ำเสมอ การไม่มีห้องประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การที่ผู้ป่วยไม่มีโรคเรื้อรัง และการที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา และบุคลากรทางการแพทย์ 5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเฉพาะ PTSD ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง การที่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์ การที่ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกวัน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย 6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเฉพาะภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การที่ไม่มีห้องพักรอเยี่ยม การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องที่มีจำนวน 1 เตียงขึ้นไป การที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกัน และการมีเชื้อชาติแตกต่างจากบุคคลในประเทศนั้น

ซึ่งจากปัจจัยเสี่ยงที่พบ กลุ่มครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการประเมินคัดกรองครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูง จะช่วยให้สามารถช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและตอบสนองความต้องการได้เร็วและเหมาะสมมากขึ้น ในการลดความวิตกกังวล เพื่อป้องกันการนำไปสู่การเกิด PTSD ภาวะซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจจะนำไปสู่การเกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจในระยะต่อไปได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

3. รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรูปแบบ

จากการวิเคราะห์งานวิจัย 12 เรื่อง ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ สามารถสรุปการบำบัดได้ 4 รูปแบบ คือ การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (Thompson & Meddis, 1990) การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Halm, 1990) การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง (Jones et al., 1990) และการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน (กัว ไอมิน, 2542; คณินิต บุรีเทศ, 2540; นาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2535; พิกุล ดันติธรรม, 2533; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; สุวิทย์ จันทรเจษฎา, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547; Chien et al., 2006) ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

3.1 การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (Counseling) พย 1 เรื่อง (Thompson & Meddis, 1990) เป็นการศึกษาในระดับ B การให้คำปรึกษารายบุคคล จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ พบว่าการบำบัดโดยการให้คำปรึกษาสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลลัพธ์คงอยู่ยาวนานถึง 6 เดือนหลังได้รับคำปรึกษา แต่ผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้าของภรรยาผู้ป่วย พบว่าไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนแหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านกิจกรรมยามว่าง ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการคาดการณ์อนาคต ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ด้านความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน ด้านการมีอาการของโรคหัวใจ และด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าความวิตกกังวลจากแหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้าน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี วงษ์แก้ว (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างรับเคมีบำบัด ร่วมกับรังสีรักษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับการบำบัดในการให้คำปรึกษา จะเป็นผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีญาติสายตรงเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน ซึ่งญาติที่มีความเครียดกับเหตุการณ์นี้ครั้งแรก

วิธีการให้คำปรึกษา มี 2 ส่วน คือการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา เนื้อหาการให้ความรู้ตามมาตรฐานเรื่องทั่วไปของการมีอาการของโรคหัวใจ และการจัดการที่ตามมาปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด วิธีการในการแก้ไข และผลกระทบของการมีอาการของโรคหัวใจ ส่วนการให้คำปรึกษาจะเน้นที่ปฏิริยาตอบสนองของสามีและภรรยาในเรื่องความรู้สึกที่มีต่อการมีอาการของโรคหัวใจ การส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ ความคิดความรู้สึก พฤติกรรมของผู้ป่วยและภรรยา การช่วยให้เกิดความมั่นใจ และการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ดำเนินกิจกรรมภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และการช่วยแก้ไขปัญห ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายที่ป่วยครั้งแรกและภรรยา ใช้ระยะเวลาในการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง คือ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 5 วันหลังเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำหน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ และได้รับการฝึกการให้คำปรึกษารายบุคคล

จากการสังเคราะห์การบำบัดโดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล มีรูปแบบ วิธีการ และเนื้อหาของการบำบัดที่มีความครอบคลุมในการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา เพิ่มทักษะในด้านต่างๆ ซึ่งช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจในสภาวะของตน มีแนวทางในการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อปัญหาที่เหมาะสม สำหรับผู้บำบัดนั้นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการปฏิบัติตัว รวมทั้งได้รับการฝึกอบรมเทคนิคในการให้

คำปรึกษา ซึ่งจะทำให้การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) พบ 1 เรื่อง (Halm, 1990)

เป็นการศึกษาระดับ B การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ การบำบัดกลุ่มช่วยเหลือ เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่าผลลัพธ์ด้านความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ แต่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือจะรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้ย้ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ ความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณในเรื่องความหวังสำหรับอนาคต มีบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือ และมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ในการดูแลด้านสุขภาพ อารมณ์ จิตใจ และเหตุการณ์ที่ทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ร่างกายของผู้ป่วยมีความเสื่อมสภาพ และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความกลัวสิ่งที่ไม่รู้

นอกจากนี้จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ ครอบครัวจะได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือดังนี้ ทำให้ระลึกเสมอว่า ไม่ได้โดดเดี่ยว ได้แบ่งปันความรู้สึกกับคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เรียนรู้ปัญหาของคนอื่นอาจเลวร้ายกว่าที่เราประสบ มีความหวัง ลดความวิตกกังวลเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับปัญหาในรูปแบบใหม่ มีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และขั้นตอนการดูแลรักษา

การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือมีกระบวนการกลุ่มอย่างเป็นระบบ วิธีการบำบัดแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น อธิบายวัตถุประสงค์ของกลุ่ม และกฎของกลุ่ม ระยะกลาง สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง และปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้นำกลุ่มแนะนำเกี่ยวกับโครงสร้าง และอธิบายในแต่ละประเด็นภายใต้หัวข้อดังนี้ การได้รับข้อมูลด้านการพยาบาล กลไกการเผชิญกับปัญหา และการหาแหล่งช่วยเหลือ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และระยะปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะสรุปประเด็นหลักๆที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อภิปราย ให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึก สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และนัดหมายวันครั้งต่อไป ผู้รับการบำบัดเป็นครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาอังกฤษ มีอายุน้อยที่สุด 18 ปีขึ้นไป ระยะเวลาในการบำบัด ทำการบำบัด 2 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 90 นาที ผู้บำบัด เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และประสบการณ์การพยาบาลทางจิตเวช

จากการสังเคราะห์การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ พบว่าการบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือมีประโยชน์ในการลดระดับความวิตกกังวล รวมทั้งสมาชิกกลุ่มได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดลง และสามารถรับรู้ถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือ ซึ่ง

เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้สึกในสภาวะการณ์เดียวกัน รวมทั้งเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับปัญหาในรูปแบบต่างๆ

3.3 การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง (Rehabilitation Manual) พย 1 เรื่อง (Jones et al., 2004) เป็นการศึกษาในระดับ A การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการบำบัดโดยใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่า ผลลัพธ์ด้านความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาการ PTSD ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จากการติดตามผลทั้งในระยะ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษ

วิธีการครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับคู่มือที่มีการทำเป็นขั้นตอน แต่ในงานวิจัยมิได้บอกรายละเอียดของวิธีการแต่ละขั้นตอนโดยมีเนื้อหาโดยรวมเกี่ยวกับความวิตกกังวล การประเมินวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกาย ความรู้สึกที่ไม่ค่อยสบายใจ อาหาร การทำให้ตนเองเข้มแข็ง การระบายความรู้สึก การได้รับข้อมูลหลังจากออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ การอยู่คนเดียว ยา การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ฝันร้าย การทำงานหนัก กลัวการมีอาการของโรค ความหวาดกลัว การผ่อนคลาย เพศสัมพันธ์หลังการเจ็บป่วยที่รุนแรง การนอนหลับ การสูบบุหรี่ ความเครียดของกลุ่มสมรส ความเหนื่อยหน่าย จะทำอะไรต่อไปและจะเริ่มกันอย่างไร ความรู้สึกที่กังวล และผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน 3 ครั้ง ในทุก 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายเพื่อดูว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่ ผู้รับการบำบัด เป็นญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ ใช้ระยะเวลาการใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง จำนวน 6 สัปดาห์ โดยเริ่มหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ 1 สัปดาห์

การสังเคราะห์การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง เป็นการบำบัดทำเป็นรายบุคคล ควบคู่กับการใช้หนังสือคู่มือ มีประโยชน์ในการลดความยุ่งยากของการปฏิบัติทางคลินิก และผู้รับการบำบัดมีความสะดวกจากการบำบัดในคู่มือ สามารถนำไปใช้ได้ต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน แต่วิธีการบำบัดจะต้องมีหนังสือคู่มือที่มีเนื้อหาที่ชัดเจน จากการบำบัดที่ใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง ในการลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาการ PTSD ในญาติใกล้ชิดผู้ป่วยยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความผิดปกติทางจิตใจในระดับสูง ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ จึงควรมีรูปแบบการบำบัดที่พัฒนาต่อไปในการช่วยลดปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติใกล้ชิด

3.4 การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน พยมี 9 เรื่อง (กัว โอมิน, 2542 ; คณินนิต บุรีเทศ, 2540 ; นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535 ; พิกุล ดันดิธรรม, 2533 ; รัตนา อยู่เปล่า, 2543 ; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547 ; สุวพิร จันทระเจษฎา, 2547 ; อริญญา ศรีคำชาว, 2547; Chien et al., 2006)

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการบำบัดในรูปแบบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนทั้ง 9 เรื่อง โดยแบ่งตามระยะเวลาของการบำบัด เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากระยะเวลาการบำบัด 1 วัน จากการได้รับข้อมูล ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ามีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิกุล ดันดิธรรม, 2533)

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 2 วัน จากการให้ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนได้รับข้อมูล กับหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 พบว่ามีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปรียบเทียบก่อนได้รับข้อมูล กับหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 2 พบว่ามีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน (นาฎยา เอื่องไพโรจน์, 2535) และจากการให้ข้อมูลตามความต้องการพื้นฐานของครอบครัว เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chien, et al., 2006) และการให้ข้อมูลร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุน เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คณินิต บุรีเทศ, 2540)

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 3 วัน จากการได้รับข้อมูล เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับการดูแลแบบปกติ แต่เมื่อเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (แก้ว ไอมิน, 2542; สุวพรี จันทระเจษฎา) การได้รับข้อมูล เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัตนา อยู่เปล่า, 2543; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) ส่วนการได้รับข้อมูลร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุน เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุทธินี วัฒนกุล, 2547)

แนวทางการบำบัดมีรายละเอียดดังนี้ วิธีการบำบัดที่ใช้การให้ข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษ สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ซักถาม ระบายความรู้สึกต่างๆ และสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งตามความต้องการ (แก้ว ไอมิน, 2542; นาฎยา เอื่องไพโรจน์, 2535; พิกุล ดันดิธรรม, 2533; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุวพรี จันทระเจษฎา, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547; Chien, et al., 2006) ส่วนวิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุน มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหน่วยบำบัดพิเศษ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบำบัดพิเศษ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาการ การวินิจฉัย

และการรักษาพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา แนะนำการเรียกผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจ การสัมผัสผู้ป่วยโดยการจับมือและบีบมือเบาๆ พร้อมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีการสาธิตและปฏิบัติไปพร้อมกันในการดูแลเรื่องการเช็ดหน้า หวีผม และการออกกกำลังกายมือและเท้า และครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งตามความต้องการ (คณินิต นุริเทศ, 2540; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547)

ผู้รับการบำบัด เป็นสามี/ภรรยา ญาติรวมสายเลือดเดียวกับผู้ป่วย หรือโดยทางกฎหมายหรืออยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีอายุ 18 ปี หรือ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ ไม่เป็นโรคจิตโรคประสาท ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีญาติสายตรงเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน สามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ และไม่เป็นผู้ที่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็นได้ชัดว่าจะไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือรับฟังข้อมูลได้ ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงาน และได้รับการฝึกในการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน

ระยะเวลาของการบำบัดจากการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า ระยะเวลาการบำบัด 1 วัน มีจำนวน 1 งานวิจัย (พิกุล ตันดิธรรม, 2533) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ระยะเวลาการบำบัด 2 วัน มีจำนวน 3 งานวิจัย (คณินิต นุริเทศ, 2540; นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535; Chien et al., 2006) โดยใช้เวลาประมาณครั้งละ 30 - 70 นาที ระยะเวลาการบำบัด 3 วันมีจำนวน 5 งานวิจัย (แก้ว ไอมิน, 2542; รัตน อยู่เปล่า, 2543; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; สุวพีร์ จันทระเจษฎา, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) โดยใช้เวลาประมาณครั้งละ 15 - 60 นาที

จากการสังเคราะห์การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนแก่ครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต พบว่าเป็นรูปแบบการบำบัดรายบุคคล ซึ่งในรูปแบบนี้จะมีการกำหนดเนื้อหาที่ชัดเจน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดระยะ 1- 3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ และการให้การบำบัดในวันที่ 2 และ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารับการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน จะมีประสิทธิภาพ และการให้ข้อมูล เปรียบเทียบการให้ข้อมูลร่วมกับการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน พบว่าการให้ข้อมูลร่วมกับการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี สมศรี (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤต การรับรู้ความสามารถของตนเองในการช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต จากการได้รับข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนที่ถูกต้อง

และเหมาะสมกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่วิกฤต และพบว่ารูปแบบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนนี้เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

สรุปการบำบัดเกี่ยวกับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ จากการศึกษาที่ได้รวบรวมและนำมาวิเคราะห์นั้น มี 4 รูปแบบ

รูปแบบการบำบัดการให้คำปรึกษา (Counseling) พบว่าคุณภาพงานวิจัยระดับ B เป็นการบำบัดรายบุคคล ระยะเวลาบำบัด 4 ครั้ง ภายในเวลา 5 วัน ส่วนผู้ให้การบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกการให้คำปรึกษารายบุคคล ผลลัพธ์การบำบัดช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง และแหล่งของความวิตกกังวลมีระดับลดลงด้วยเช่นกัน ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้เหมาะสำหรับลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

รูปแบบการบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) พบว่าคุณภาพงานวิจัยระดับ B เป็นการบำบัดรายกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 5 คน ระยะเวลาบำบัดจำนวน 2 ครั้ง โดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 90 นาที ผู้ให้การบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และประสบ การณ์การพยาบาลทางจิตเวช ผลลัพธ์ของการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลลดลง ได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดลง และรับรู้ถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือ

รูปแบบการใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง พบว่าคุณภาพงานวิจัยระดับ A เป็นการบำบัดรายบุคคล ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 6 สัปดาห์ โดยให้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง หลังออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ 1 สัปดาห์ ติดตามผลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน ผลลัพธ์ของการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง มีความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าลดลงเล็กน้อยไม่แตกต่างกับการได้รับการดูแลแบบปกติ

รูปแบบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน คุณภาพงานวิจัยระดับ A 1 เรื่อง และ ระดับ B 8 เรื่อง เป็นการบำบัดรายบุคคล ระยะเวลาการบำบัด 1 วัน ถึง 3 วัน ผู้ให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน ผลลัพธ์การบำบัดช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง

จากรูปแบบการบำบัดทั้ง 4 รูปแบบ งานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน ยังไม่เน้นทางด้านจิตใจ และผลลัพธ์ส่วนใหญ่เกี่ยวกับความวิตกกังวล แต่

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ PTSD และภาวะซึมเศร้ายังมีการศึกษาจำนวนน้อยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน และรูปแบบการบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) เหมาะกับการใช้ลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่วนรูปแบบการบำบัดการให้คำปรึกษา (Counseling) เหมาะกับการใช้ลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และรูปแบบการให้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง เหมาะกับการใช้ลดความวิตกกังวล ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต แต่รูปแบบการให้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับคู่มือเพื่อการป้องกันหรือลดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เพื่อพัฒนางานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใน หน่วยบำบัดพิเศษ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวคิด และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติ ทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ต่อการเกิดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้า รวมทั้ง รูปแบบการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (PTSD) และภาวะ ซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับ งานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้งานวิจัยมา ศึกษาทั้งหมด 16 เรื่อง เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัย ที่ศึกษาในประเทศไทย 1 เรื่อง และศึกษาในต่างประเทศ 1 เรื่อง เป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 10 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 7 เรื่อง และศึกษาใน ต่างประเทศ 3 เรื่อง และเป็น Descriptive research อยู่ในระดับ C จำนวน 4 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ ศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด ผลการศึกษางานวิจัยที่ได้นำวิเคราะห์และสังเคราะห์ในประเด็น ต่อไปนี้ คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้า รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใน แต่ละรูปแบบ โดยสรุปได้ดังนี้

1.1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ มี 3 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านหน่วยบำบัด พิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1.1.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านหน่วย บำบัด-พิเศษ ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ การพบแพทย์และพยาบาลอย่างไม่สม่ำเสมอ การที่ไม่มีห้องที่ใช้

ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีคะแนนการประเมินสภาพอาการแรกเข้าที่มากขึ้น 1 คะแนน ผู้ป่วยที่อายุน้อยลง 1 ปี และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย การเป็นเพศหญิง การที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา และครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

1.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าการที่ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง การมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษระดับสูง และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ และ 2) ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการเป็นเพศหญิง การเป็นบุตรของผู้ป่วย การที่ครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกวัน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) เป็นตัวทำนายของการพัฒนาไปสู่กลุ่มอาการ PTSD ได้

1.1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่าการที่ไม่มีห้องพักรอ การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องที่มีมากกว่า 1 เตียง 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย และอายุของผู้ป่วยที่น้อยลง 1 ปี เมื่อต้องเข้ารับการรักษามะเร็งในหน่วยบำบัดพิเศษ ผู้ป่วยที่มีคะแนนสภาพอาการแรกเข้าที่มากขึ้น 1 คะแนน และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย การเป็นเพศหญิง การที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกัน และจากงานวิจัยศึกษาในประเทศฝรั่งเศส พบว่าการที่ไม่ใช่คนฝรั่งเศสแท้มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นตัวทำนายระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

1.2 รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบของการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบของการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ สามารถแบ่งการบำบัดออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1.2.1 การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการบำบัดรายบุคคล เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา คือ ให้ความรู้ตามมาตรฐานที่ครอบคลุมเรื่องของการจัดการที่ตามมา ปัจจัยเสี่ยงของโรค วิธีการที่จำเป็นในการแก้ไข และผลกระทบจากการมีอาการของโรคเรื้อรังทางเพศสัมพันธ์ การทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และการใช้เวลาว่าง ส่วนการให้คำปรึกษาจะเน้นที่ปฏิกิริยาตอบสนองของสามีและภรรยาในเรื่องความรู้สึกที่มีต่อการมีอาการของโรค การส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ ความคิด ความรู้สึก และ

พฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย การช่วยให้เกิดความมั่นใจ และการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดำเนินกิจกรรมภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และการช่วยแก้ไขปัญหาย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อ 1) ลดความรู้สึกไม่แน่นอนและความกลัว 2) กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางบวกตามการฟื้นฟูที่เป็นจริงกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย 3) การทำให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นการไว้วางใจ เกิดความยินยอมที่จะฟังหรือตอบคำถาม การให้ข้อมูลตามความเป็นจริง แก้ไขความคิดที่บิดเบือนและกำจัดความกลัวอันมาจากความเชื่อที่ผิด 4) การทำให้สามารถสะท้อนในเรื่องความรู้สึกสูญเสีย และช่วยค้นหาหลักการจัดการในเชิงบวก และ 5) การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยการพูดคุย และให้โอกาสในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้านการดูแล ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง คือ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 5 วัน หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ครั้งละ 30 นาที

ผู้รับการบำบัด ผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายที่ป่วยครั้งแรกและภรรยา

ผู้บำบัด พยาบาลวิชาชีพที่ประจำที่หน่วยบำบัดพิเศษโรคหัวใจ ที่ได้รับการฝึกการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดยการให้คำปรึกษา

- ผลลัพธ์ทางด้านความวิตกกังวล ภรรยาของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง
- ผลลัพธ์ทางด้านภาวะซึมเศร้า ภรรยาของผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัด
- ผลลัพธ์ด้านแหล่งของความวิตกกังวล (Measure specific sources) ทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ความวิตกกังวล ด้านภาวะสุขภาพ ด้านกิจกรรมยามว่าง ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการคาดการณ์อนาคต ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ด้านความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน ด้านการมีอาการของโรคหัวใจ และด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าภรรยาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลด้านแหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้านลดลง

1.2.2 การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) เป็นการบำบัดรายกลุ่ม วิธีการบำบัดจะได้รับการดูแลแบบปกติ และเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ สมาชิกในกลุ่มจะมีประมาณ 4 - 6 คน ระยะเวลาในการบำบัด ใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มช่วยเหลือจำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งละ 90 นาที ครั้งที่ 1 จะทำในวันถัดไปหลังจากเข้ากลุ่มสังเกตการณ์ โดยมีกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

ระยะเริ่มต้น ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญ ในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต กฎของกลุ่มการรักษาความลับ การมีส่วนร่วมในการพูดคุยระหว่างอยู่ในกลุ่ม

ระยะกลาง ให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง และเล่าเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แนะนำเกี่ยวกับโครงสร้าง และประเด็นที่จะพูดคุย คือ การได้รับข้อมูลด้านการพยาบาล กลไกการเผชิญกับปัญหา และการหาแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งในแต่ละประเด็นผู้นำกลุ่มจะพูดสั้นๆ ให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ระยะปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะสรุปประเด็นหลักๆ ที่ครอบคลุมผู้ป่วยวิกฤตได้อภิปราย กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึกละเอียด สิ่งที่สังเกตเห็นในกลุ่ม นัดหมายวัน และเวลาครั้งที่ 2 ต่อไป ตามข้อตกลงของสมาชิกในกลุ่ม

ผู้รับการบำบัด เป็นครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม หลังจากการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมสมอง หรือศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ต้องระบุว่าเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาอังกฤษ มีอายุอย่างน้อยที่สุด 18 ปีขึ้นไป และอนุญาตให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างมากที่สุด 2 คน เข้าร่วมการวิจัย

ผู้บำบัด พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และประสบการณ์การพยาบาลทางจิตเวช

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดที่ใช้การทำกลุ่มช่วยเหลือ

- ผลลัพธ์ทางด้านความวิตกกังวล ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง

- เหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้ย้ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเชื่อเรื่องจิตวิญญาณในเรื่องความหวังสำหรับอนาคต มีบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือ และมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพ อารมณ์ จิตใจ และเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ร่างกายของผู้ป่วยมีอาการเสื่อมสภาพ และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความกลัวสิ่งที่ไม่รู้

- ผลลัพธ์ทางด้านการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ มีดังนี้ ทำให้รับรู้ได้ว่าไม่ได้โดดเดี่ยว ได้แบ่งปันความรู้สึกับคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เรียนรู้ปัญหาของผู้อื่นอาจเลวร้ายกว่าที่เราประสบ มีความหวัง ลดความวิตกกังวลเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับปัญหาในรูปแบบใหม่ มีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และขั้นตอนการดูแลรักษา

1.2.3 การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง เป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 6 สัปดาห์ โดยให้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง หลังออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ 1 สัปดาห์ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยจะได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง มีเนื้อหาดังนี้ เกี่ยวกับความวิตกกังวล การประเมินวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ที่

เปลี่ยนแปลงไป ภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกาย ความรู้สึกที่ไม่ค่อยสบายใจ อาหาร การทำให้ตนเองเข้มแข็งอีกครั้ง การระบายความรู้สึก การได้รับข้อมูลหลังจากออกจากหน่วยบำบัดพิเศษการอยู่โดดเดี่ยว ยา การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ฝันร้าย การทำงานหนัก กลัวการมีอาการของโรค ความหวาดกลัว การผ่อนคลาย เพศสัมพันธ์หลังการเจ็บป่วยที่รุนแรง การนอนหลับ การสูบบุหรี่ ความเครียดของกลุ่มสมรส ความเหนื่อย จะทำอะไรต่อไปและจะเริ่มกันอย่างไร ความรู้สึกที่กังวล และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ในทุก 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายเพื่อดูว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่

ผู้รับการบำบัด ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ ที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษมากกว่า 48 ชั่วโมง และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน (Emergency admissions)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง

- ผลลัพธ์ทางด้านความวิตกกังวล ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการบำบัดและไม่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน
- ผลลัพธ์ทางด้านภาวะซึมเศร้า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการบำบัดและไม่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน
- ผลลัพธ์ทางด้านอาการ PTSD ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการบำบัดและไม่ได้รับการบำบัดมีอาการ PTSD ไม่แตกต่างกัน

1.2.4 การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน เป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ระยะเวลาการบำบัด 1 วัน ถึง 3 วัน

วิธีการบำบัด โดยแบ่งตามระยะเวลาของการบำบัด ได้ดังนี้

- วิธีการบำบัดของงานวิจัยที่มีระยะเวลาการบำบัด 1 วัน มี 1 เรื่อง โดยเป็นการให้ข้อมูล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก (พิกุล ดันติธรรม, 2533)
- วิธีการบำบัดของงานวิจัยที่มีระยะเวลาการบำบัด 2 วัน มี 3 เรื่อง ซึ่งมีวิธีการบำบัด 2 รูปแบบ คือ วิธีการบำบัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล (นาฏยา เอื่องไพโรจน์, 2535; Chien et al., 2006) และวิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (คณินิต บุรีเทศ, 2540) มีดังนี้

วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูล ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับ

ผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก (นาฏยา เอื้องโพธิ์, 2535)

วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูล โดยนำเนื้อหาที่รวบรวมจากความต้องการพื้นฐานของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้ประเมินจากการทำ Pretest (Chien et al., 2006)

วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน (คณินิต บุรีเทศ, 2540) มีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) ด้านการได้รับข้อมูล เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหน่วยบำบัดพิเศษ บุคลากรที่ให้การดูแล อาการ การวินิจฉัย และการรักษา การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในหน่วยบำบัดพิเศษ และการปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยม 2) ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งตามความต้องการ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านร่างกายในการดูแลเรื่อง เช็ดหน้า หวีผม และการออกกำลังกายมือและเท้า ด้านจิตใจ การใช้มือสัมผัส การกุมมือและบีบมือเบาๆ การพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ พุดคุยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และ 4) กำลังใจและระบายความรู้สึกเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัย ระบายความรู้สึก สอบถามถึงกลไกการแก้ปัญหา และช่วยครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการค้นหาทางแก้ปัญหา มีคู่มือเกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษและการปฏิบัติตน

- วิธีการบำบัดของงานวิจัยที่มีระยะเวลาการบำบัด 3 วัน มี 5 เรื่อง ซึ่งมีวิธีการบำบัด 2 รูปแบบ คือ วิธีการบำบัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล (แก้ว ไอมิน, 2542; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุวพรี จันทระเจษฎา, 2547; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) และวิธีการบำบัด โดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน (สุทธินี วัฒนกุล, 2547) มีดังนี้

วิธีการบำบัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลซึ่งรายละเอียดของข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับ หอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก (แก้ว ไอมิน, 2542; รัตนา อยู่เปล่า)

วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจาก ข้อมูลส่วนบุคคล และการประเมินระดับความวิตกกังวลนำมาวางแผนและปฏิบัติการให้ข้อมูล มีการให้ดู วิดีโอ การให้ข้อมูลมีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน (สุวพรี จันทระเจษฎา, 2547)

- ด้านร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาของแพทย์ อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน กิจกรรมการพยาบาล

- ด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และอธิบายสิ่งที่ครอบครัวต้องการตามทราบความเหมาะสม แจ้งให้ทราบเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ติดต่อให้พุด คุยกับแพทย์ ผู้ดูแล

- ด้านสิ่งแวดล้อม แนะนำสภาพภายในหน่วยบำบัดพิเศษ แนะนำเวลาเยี่ยม การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย

- ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม แนะนำเรื่องสิทธิการรักษา เปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมได้เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมได้ตามเวลา และยอมรับในเรื่องความเชื่อของครอบครัว หลังดูวิดีโอ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ปัญหาและความไม่สบายใจ

วิธีการบำบัดของงานวิจัยที่มีระยะเวลาการบำบัด 3 วัน ภายใน 5 วัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ วิธีการบำบัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ซึ่งรายละเอียดของข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก (อรัญญา ศรีคำชา, 2547)

วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนโดยให้คู่มือเล่มเล็กวิธีขึ้นเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ครอบคลุมเรื่อง สภาพแวดล้อม เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ พร้อมคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย แนะนำการเรียก การพูดให้กำลังใจ และการสัมผัสผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเช็ดหน้า หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า การรับสิทธิในการเยี่ยมนอกเวลาปกติที่ทางหอผู้ป่วยกำหนด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจ ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ และช่วยชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา ชี้แนะแหล่งสนับสนุนและแหล่งประโยชน์ (สุทธินิ วัฒนกุล, 2547)

ผู้รับการบำบัด เป็นสามีหรือภรรยา ญาติร่วมสายเลือดเดียวกันกับผู้ป่วย หรือโดยทางกฎหมายหรืออยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีอายุ 18 - 65 ปี ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถฟังภาษารู้เรื่องและเข้าใจ และไม่เป็นโรคจิตโรคประสาท สามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ และไม่เป็นผู้ที่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็นได้ชัดว่าจะไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือรับฟังข้อมูล มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกหรือก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับหรือมากกว่า 40 คะแนนขึ้นไป

ผู้บำบัด ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการฝึกการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน

ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน

- ผลลัพธ์ทางด้านความวิตกกังวลที่ได้จากการบำบัด 1 วัน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง

- ผลลัพธ์ทางด้านการวิตกกังวลที่ได้จากการบำบัด 2 วัน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง

- ผลลัพธ์ทางด้านการวิตกกังวลที่ได้จากการบำบัด 3 วัน ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง

แบบประเมินเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา

แบบประเมิน / เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษา สำหรับการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และอาการซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 4 เรื่อง มีดังนี้ ประเมินอาการวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and depression Scale (Pochard et al., 2005; Pochard et al., 2001) ประเมินความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (PTSD) โดยใช้แบบประเมิน Impact of Event Scale (Azoulay et al., 2005 ; Paparrigopoulos et al., 2005) และประเมินอาการซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and depression Scale (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005) และแบบประเมิน Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Paparrigopoulos et al., 2005)

สำหรับการประเมินผลลัพธ์การบำบัดใน 4 รูปแบบ จำนวน 12 เรื่อง มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้คือ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน Depression Scale (HAD) ของ Spielberger (1970) (Jones et al., 1990) หรือแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Thompson & Meddis, 1990) ความวิตกกังวล ใช้แบบประเมินของ Spielberger (1983) คือ แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Halm, 1990; Jones et al., 1990; ก้าว ไอมิน, 2542; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สุวพีร์ จันทระเจษฎา, 2547) หรือแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory ที่พัฒนามาจาก Spielberger และคณะ (1970) (คณินิต บุรีเทศ, 2540; นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535; พิกุล ดันดิธรรม, 2533) และแบบประเมิน The Chinese version of The State - Trait Anxiety Inventory (พัฒนาโดย Spielberger et al., 1970) (Chien et al., 2006) และแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory ที่พัฒนามาจาก Spielberger และคณะ (1972) (อรัญญา ศรีคำชา, 2547)

ประเมินแหล่งของความวิตกกังวล ใช้แบบประเมิน Eight visual analogue scales มี 8 ด้าน (Thompson & Meddis, 1990)

ภาวะ PTSD การประเมินภาวะ PTSD ใช้แบบประเมิน The Impact of Events Scale (IES) (Jones et al., 1990)

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย 6 เดือน ใช้แบบประเมิน The Short Form 36 (SF-36) (Jones et al., 1990)

สรุปจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 16 งานวิจัย มี 4 งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และอาการซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มี 3 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ส่วนอีก 12 งานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนั้น มีแนวทางการบำบัดหลายรูปแบบที่มีประโยชน์ต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ดังผลลัพธ์พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง ความวิตกกังวลจากแหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้าน ลดลงได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านกิจกรรมยามว่าง ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการคาดการณ์อนาคต ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ด้านความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน ด้านการมีอาการของโรคหัวใจ และด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และรับรู้เหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหรือลดลง สำหรับผู้บำบัดนั้นเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และในบางรูปแบบการบำบัดผู้บำบัดต้องมีความรู้ประสบการณ์ทางด้านจิตเวชด้วย

2. ข้อจำกัดในการศึกษา

จากการสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า และการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งงานวิจัยต่างประเทศและในประเทศไทยพบมีจำนวน 16 เรื่อง ส่วนงานวิจัยของต่างประเทศที่นำมาศึกษา เป็นบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารซึ่งเนื้อหาเป็นการสรุปมาพอเป็นที่เข้าใจจึงไม่มีรายละเอียดของวิธีการบำบัดที่ชัดเจน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลประจำหน่วยบำบัดพิเศษต้องตระหนักและประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย การมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษระดับสูง ผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งร่วมด้วย และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ

ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย การที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา หรือบุตร การที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นเหตุหนึ่ง การที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา การต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ประสิทธิภาพของการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลที่ได้รับขัดแย้งกัน การที่ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกวัน หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวาระสุดท้าย

ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ การพบแพทย์และพยาบาลไม่สม่ำเสมอ การไม่มีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การที่ไม่มีห้องพักรอ และจำนวนห้องที่มีผู้ป่วย 2 เตียง หรือมากกว่า 2 เตียง

รูปแบบการบำบัดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 4 รูปแบบ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งในการนำรูปแบบแต่ละรูปแบบไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาถึง ข้อดี ข้อจำกัด และผลลัพธ์ ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรูปแบบดังนี้

1. รูปแบบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง ใช้ระยะเวลา 1-3 วัน ครั้งละ 10 - 60 นาที สำหรับพยาบาลที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยาบาล มีความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือ การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนมีประโยชน์เป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายในระยะแรก และรูปแบบนี้เหมาะสมสำหรับลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2. รูปแบบการบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง และแหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้านลดลงด้วย ผลลัพธ์คงอยู่ยาวนานถึง 6 เดือน ใช้ระยะเวลาการบำบัด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษารายบุคคล การบำบัดวิธีนี้เหมาะสมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีญาติเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน และการบำบัดรูปแบบนี้เหมาะสมสำหรับลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

3. การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) เป็นการบำบัดรายกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 5 คน ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง รับรู้ถึงเหตุการณ์ที่ทำให้มีความวิตกกังวลลดลง หรือเพิ่มขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีประสบการณ์ การพยาบาลจิตเวช แต่การใช้รูปแบบนี้สมาชิกในกลุ่มอาจจะไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ครบตามกำหนดเนื่องจากผู้ป่วยจำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษก่อน จึงทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่

กลับมาเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้เหมาะสำหรับลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต

4. การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง เป็นรายบุคคล มีประโยชน์ในการลดความยุ่งยากของการปฏิบัติทางคลินิก และผู้รับการบำบัดมีความสะดวกจากการใช้คู่มือสามารถนำไปใช้ได้ต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน แต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับคู่มือเพื่อการป้องกันหรือลดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง ภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษางานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันหรือลด ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง ภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันหรือลดภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลัง ภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

A LITERATURE REVIEW RELATED TO ANXIETY, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, AND DEPRESSION IN FAMILY MEMBERS OF INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

ปรารธนา ฉิมวงษ์ 4736746 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวขั้นรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงที่นำไปสู่ภาวะวิกฤตของคนในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อจิตใจของบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยได้ (Hickey, 1996; Meisel, 1991) เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน พึ่งพากันเพื่อตอบสนองความต้องการและคงความสมดุลภายในครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบเปิดเมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การเสียสมดุลในครอบครัว จากการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศฝรั่งเศสพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ 43 แห่ง จำนวน 36 คน มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 69.1 และ 35.4 ตามลำดับ (Pochard et al., 2001) และในประเทศกรีกพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ มีปัญหาทางด้านจิตใจในอัตราสูงโดย มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าร้อยละ 97 และมีอาการภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) ร้อยละ 81 และในจำนวนกลุ่มอาการดังกล่าว ร้อยละ 87 และร้อยละ 59 มีอาการเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้า และ PTSD (Paparrigopoulos et al., 2006) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัด

พิเศษมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง (อัญชลี โสภณ, 2545) แต่ภาวะซึมเศร้า และ PTSD ของครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษยังไม่พบการศึกษาข้อมูล

ผลกระทบด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอาจเป็นผลมาจาก ลักษณะของผู้ป่วย และลักษณะของหน่วยบำบัดพิเศษ สำหรับลักษณะของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษมักจะมี ความเจ็บป่วยรุนแรงเฉียบพลันเกิดขึ้นโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า ลักษณะการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็วที่อาจจะเพิ่มระดับความรุนแรงจนคุกคามถึงชีวิตได้ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ไม่แน่นอนในอาการของบุคคลที่ตนรัก และความไม่แน่นอนของอาการที่เปลี่ยนแปลงไป การที่ไม่ สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยวิกฤตได้ในรายที่ไม่รู้สึกตัว และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยภาวะ วิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษได้รับที่ต้องใช้เครื่องมือ และเทคโนโลยีต่างๆ เช่น การใส่ท่อหลอดลม และใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่สายเข้าสู่หลอดเลือดหลายแห่ง และการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังการ เปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ ส่วนลักษณะของหน่วยบำบัดพิเศษซึ่งเป็นหน่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยหนัก ที่มีเครื่องมือเทคโนโลยี ขั้นสูงในการรักษา มีเสียงดังจากการทำงานของเครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องเฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องปั๊มการไหลของสารน้ำ รวมทั้งภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ ของผู้ป่วยเตียงอื่น (จริยา ดันติธรรม, 2547) ประกอบกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ไม่คุ้นเคย การที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆในหน่วยบำบัดพิเศษ การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย การกลัวต่อความตายหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการถูกจำกัดให้รอคอย (Hickey, 1996; Leske, 1998; Leske, 2002) เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจเป็นอย่างมาก (Halm, 1990) เกิดความรู้สึกวิตกกังวลใน ระดับสูง มีโอกาสเกิดภาวะ PTSD (Paparrigopoulos et al., 2006) ซึ่งอาจจะพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า ต่อไปได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม (Jones et al., 2004)

เมื่อครอบครัวผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต จะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตในระยะแรกเป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลสูงมาก รู้สึกช็อก มี ความรู้สึกไม่เชื่อ ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ซึ่งระยะนี้อาจนานเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน ต่อมา ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกที่รุนแรง โกรธโดยพยายามตำหนิสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น เกิด ความรู้สึกขัดแย้ง รู้สึกสิ้นหวังเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึมเศร้า สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดง ความเศร้าโศกอย่างรุนแรง ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน ต่อมาครอบครัวผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับความ เป็นจริงที่เกิดขึ้น คาดหวังในสิ่งที่เป็นจริง พยายามหาทางแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ความคิดไม่ สับสน สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ และระยะ

สุดท้ายครอบครัวผู้ป่วยจะแก้ไขปัญหาปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ ได้อย่างเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้เวลาเป็นเดือน (Aquilera & Messick, 1982; Epperson, 1977 cited in นิตยา จรัสแสง, 2548)

ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการที่ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ความรู้สึก (Gouick & Gentleman, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย จึงต้องได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด่วงแพง, 2540 อ้างใน เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) ทำให้เสียสมดุลในครอบครัว เกิดความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และการทำกิจวัตรประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2002) และถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวจะส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความท้อแท้สิ้นหวังและก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Acorn & Roberts, 1992) ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและกิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย (Kreutzer et al., 2002) ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สมาชิกในครอบครัวบางรายแสดงออกทางร่างกายและพฤติกรรม เช่น นั่งหน้านิ่งก้มขมวด ร้องไห้ เอะอะ ประสิทธิภาพการนอนลดลง ทานอาหารน้อยลง สูบบุหรี่จัด ดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น เดินไปเดินมา ถามคำถามซ้ำๆ ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และต้องรับประทานยา (Halm et al., 1993; มารยาท วัชรเกียรติ, 2536) ซึ่งจากการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงของผู้ป่วยวิกฤต และต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Halm, 1990) มักจะอยู่ในอารมณ์ที่สับสน และมีอาการวิตกกังวลในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และมีภาวะซึมเศร้าได้ (Paparrigopoulos et al., 2006)

ความวิตกกังวลและปัญหาทางจิตใจสามารถเกิดขึ้นได้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะมีความสามารถในการปรับตัวที่แตกต่างกัน ถ้าสมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวหรือไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตามลำพัง เกิดความล้มเหลวในการปรับตัว จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความเสียสมดุลทางอารมณ์ (ทัศนา บุญทอง, 2532) ส่งผลให้ระบบครอบครัวล่มสลายได้ ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยจะต้องปรับตัวและแก้ไขภาวะวิกฤต เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) ในปัจจุบันการพยาบาล และการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเน้นที่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม ระบายความรู้สึก และให้กำลังใจช่วยเหลือประคับประคองครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งให้มีส่วนร่วมในการพิจารณาตัดสินใจในการแก้ปัญหา หรือได้รับคำแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่วนใหญ่มีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล แต่ยังไม่มีการพยาบาลเพื่อป้องกัน หรือลดปัญหาทางจิตเวช และ

สุขภาพจิต ที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งได้แก่ PTSD ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ควรพัฒนาแนวทางในการป้องกัน และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ ยังมีความต้องการการดูแลอย่างมาก เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้สูง และพบว่ามีรูปแบบการบำบัดที่ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ เพื่อลดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้า มีการให้การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (Counseling) การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน ซึ่งผลการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ (คณินิต บุรีเทศ, 2540; นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535; สุธินี วัฒนกุล, 2547; อรัญญา ศรีคำชาว, 2547; Chien et al., 2006; Halm, 1990; Thompson & Meddis, 1990) ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่พยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนด้านการปรับตัว หรือปรับพฤติกรรมและเสี่ยงต่อการมีปัญาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งพยาบาลต้องใช้ทักษะขั้นสูงในการช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตผ่านช่วงวิกฤตของชีวิต เข้าใจความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง สามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ และในที่สุดไม่เกิดปัญหาทางจิตเวช รวมทั้งมีบทบาทการประสานร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และนำงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล จึงทำให้ผู้ศึกษาตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้า จึงได้รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย และการบำบัดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ เพื่อได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ ตามประเด็นต่อไปนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อการเกิดความวิตกกังวล ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้า
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อการเกิดความวิตกกังวล ภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) และภาวะซึมเศร้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ ที่ชัดเจนและเชื่อถือได้

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาที่ซับซ้อนคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการการประเมินและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรหลายสาขาเพื่อให้อาการคงที่ รักษาสภาพให้ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด เป็นผู้รู้ปัญหาของผู้ป่วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลโดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือพี่น้องที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยวิกฤต

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกส่วนบุคคล ที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ ซึ่งเกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าก็ได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม แตกต่างกันไปตามระดับของความรู้สึกนั้น ซึ่งความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) และความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety)

ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคล หลังจากที่อยู่ภาวะกดดัน หรือเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจที่รุนแรง ที่เกี่ยวข้องกับ การเสียชีวิต หรือการบาดเจ็บสาหัส ความเครียดต่อสภาพร่างกายของตนเอง และบุคคลอื่น ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลประกอบด้วย ความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความ หวาดผวา (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล, 2540; APA, 2000) เช่น การที่สมาชิกใน ครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงกับบุตรหรือ คู่ครอง และการถูกข่มขืน เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นภาวะที่มีอารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เฉื่อยชา มีความคิดในทางลบ เช่น ดำหนิ ตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกหนี และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่อ อาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิม (ดวงใจ กษานดิกุล, 2536; Beck, 1967)

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษโดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อการทบทวน

1.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและ หลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) ระยะเวลา ในการสืบค้นตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2549 ถึงเดือนธันวาคม 2550 โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการภายในประเทศจาก ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (<http://library.car.chula>) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (<http://lib.cmu>) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (<http://lib.swu>) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (<http://lib.buu>)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, OVID, Sciencedirect และ Blackwell Synergy

3) สืบค้นข้อมูลจากระบบการสืบค้นโดยอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของหลักฐานอ้างอิงและเลือกงานวิจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องนำไปค้น Full text จาก เอกสารอ้างอิง (Reference list) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูล

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- Anxiety, Post traumatic stress disorder, Depression, Intensive care unit and Family

1.3 เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเข้าศึกษามีดังนี้

1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้า และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้า

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

3) เป็นงานวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับเต็ม (full text) และวิทยานิพนธ์

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 16 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งการแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิง 4 ระดับดังนี้

Level A หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย

Level D หมายถึงหลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย

ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 16 เรื่อง ครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะกลั่นกรองออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)
- 2) แบบการวิจัย (research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 6) วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)
- 7) ผลการวิจัย (finding/result)
- 8) ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (implication/implementation)

ผลการศึกษา

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ

จากการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รวมทั้งหมด 16 เรื่อง พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาเป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง เป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 10 เรื่อง และเป็น Descriptive research อยู่ในระดับ C จำนวน 4 เรื่อง ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่นำมาศึกษา มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ มี 3 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ มี 2 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

- ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ การพบแพทย์และพยาบาลอย่างไม่สม่ำเสมอทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีความวิตกกังวลถึง 1.36 เท่า ($p = 0.02$) การที่ไม่มีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการวิตกกังวลถึง 1.80 เท่า ($p = 0.01$) (Pochard et al., 2001)
- ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษจะทำให้คนในครอบครัวมีโอกาสมีอาการวิตกกังวลถึง 1.52 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีคะแนนการประเมินสภาพอาการแรกเข้า (SAPS) ที่มากขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้น 1.017 เท่า ($p = 0.02$) ผู้ป่วยที่อายุน้อยลง 1 ปี เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้น 0.984 เท่า ($p = 0.01$) (Pochard et al., 2005)
- ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าความสัมพันธ์อื่นถึง 2.8 เท่า ($p = 0.0001$) (Pochard et al., 2001) และ 2.085 เท่า ($p = 0.004$) (Pochard et al., 2005) การเป็นเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าเพศชายถึง 2.42 เท่า ($p = 0.0001$) ครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยามีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลถึง 1.62 เท่า ($p = 0.01$) ครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทั่วไปมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลถึง 1.55 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001)

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ PTSD

- ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าการที่ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0034$) การมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษระดับสูงจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0003$) การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) (Azoulay et al., 2005)
- ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการเป็นเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) (Azoulay et al., 2005) ($p < 0.0009$) (Paparrigopoulos et al., 2005) การเป็นบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD มากกว่าความสัมพันธ์อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) การที่ครอบครัวผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0026$)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกวัน ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0006$) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวาระสุดท้าย ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0099$) (Azoulay et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นตัวทำนายการพัฒนาไปสู่กลุ่มอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) และความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) เป็นตัวทำนายของการพัฒนาไปสู่กลุ่มอาการ PTSD ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) (Paparrigopoulos et al., 2005)

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

- ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่าการที่ไม่มีห้องพักรอ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้าถึง 2.5 เท่า ($p = 0.003$) (Pochard et al., 2001) การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องที่มีมากกว่า 1 เตียง ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่นอนในห้องที่มี 1 เตียงถึง 1.539 เท่า ($p = 0.047$) (Pochard et al., 2005)
- ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยเมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากถึง 0.79 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001) และอายุของผู้ป่วยที่น้อยลง 1 ปี เมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นถึง 0.981 เท่า ($p = 0.04$) ผู้ป่วยที่มีคะแนนสภาพอาการแรกเข้า (SASP) ที่มากขึ้น 1 คะแนน ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นถึง 1.015 เท่า ($p = 0.015$) การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นถึง 2.092 เท่า ($p = 0.011$) (Pochard et al., 2005)
- ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย พบว่าการเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย มีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากกว่าความสัมพันธ์อื่นถึง 2.1 เท่า ($p = 0.0001$) การเป็นเพศหญิงมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า ($p = 0.0001$) การที่ได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันของครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้าถึง 1.67 เท่า ($p = 0.04$) และจากงานวิจัยศึกษาในประเทศฝรั่งเศส พบว่าการที่ไม่ใช่คนฝรั่งเศสแท้มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าคนฝรั่งเศสแท้ถึง 1.9 เท่า ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นตัวทำนายระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($p < 0.001$) (Paparrigopoulos et al., 2005)

3. รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ รูปแบบการบำบัดและองค์ประกอบการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ สามารถแบ่งการบำบัดออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา (Counseling) มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายที่ป่วยครั้งแรก (Thompson & Meddis, 1990) ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ในเรื่องการจัดการที่ตามมาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค วิธีการที่จำเป็นในการแก้ไข และผลกระทบจากการมีอาการของโรค เรื่องทางเพศสัมพันธ์ การทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และการใช้เวลาว่าง โดยในการให้คำปรึกษาจะเน้นที่ปฏิกิริยาตอบสนองของสามีและภรรยา ในเรื่องความรู้สึกที่มีต่อการมีอาการของโรค การส่งเสริมให้มีการระบายความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ การช่วยให้เกิดความมั่นใจ และการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดำเนินกิจกรรมภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และการช่วยแก้ไขปัญหาย่างทันด่วนที่ ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายที่ป่วยครั้งแรกและภรรยา และผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประจำที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษา

ความวิตกกังวล: ประเมินภรรยาของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรง-พยาบาล 24 ชั่วโมง 5 วัน 1, 3, และ 6 เดือน พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 5 วัน ($p = 0.01$) 1, 3 และ 6 เดือน ($p = 0.05$) จากแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

ภาวะซึมเศร้า: ประเมินภรรยาของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง 5 วัน 1, 3, และ 6 เดือน พบว่าภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับภรรยาที่ไม่ได้รับการบำบัดทุกรอบของการประเมิน จากแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

แหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้าน พบว่าแหล่งของความวิตกกังวล ด้านภาวะสุขภาพ ด้านกิจกรรมยามว่าง ด้านกิจกรรมทางเพศ ด้านการคาดการณ์อนาคต ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ด้านความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน ด้านการมีอาการของโรคหัวใจ และด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่าความวิตกกังวลของแหล่งความวิตกกังวลทั้ง 8

ด้าน ของภรรยาผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษามีความวิตกกังวลต่ำกว่าภรรยาที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากแบบประเมิน Eight visual analogue scales

3.2 การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Halm, 1990) ที่มีการบำบัดที่ใช้การทำกลุ่มช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นการบำบัดรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่มช่วยเหลือจำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งละ 90 นาที สมาชิกในกลุ่มจะมีประมาณ 4 - 6 คน โดยมีกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องเผชิญ ในขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต กฎของกลุ่ม การรักษาความลับ การมีส่วนร่วมในการพูดคุยระหว่างอยู่ในกลุ่ม

ระยะกลาง ให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง และเล่าเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แนะนำเกี่ยวกับโครงสร้าง และประเด็นที่จะพูดคุย คือ การได้รับข้อมูลด้านการพยาบาล กลไกการเผชิญกับปัญหา และการหาแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งในแต่ละประเด็นผู้นำกลุ่มจะพูดสั้นๆ ให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ระยะปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะสรุปประเด็นหลักๆ ที่ครอบครัวผู้ป่วยได้อภิปราย กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึก สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม นัดหมายวันครั้งต่อไป วันที่ 2 และผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยที่ผู้ป่วยออกจากหน่วยบำบัดพิเศษไปแล้ว แต่ญาติสามารถมาร่วมกลุ่มได้

ผู้รับการบำบัด เป็นครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยกรรม หลังจากการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมสมอง หรือศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ต้องระบุว่าเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาอังกฤษ มีอายุน้อยที่สุด 18 ปีขึ้นไป และอนุญาตให้ญาติอย่างมากที่สุด 2 คน เข้าร่วมการวิจัย และผู้บำบัด เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และประสบการณ์การพยาบาลทางจิตเวช

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดยการทำกลุ่มช่วยเหลือ

ความวิตกกังวล: ประเมินครอบครัวผู้ป่วยหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือครั้งที่ 1 ประมาณ 12 - 18 ชั่วโมง พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) แต่ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือไม่แตกต่างกัน จากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983)

เหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้ย้ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ ญาติเชื่อเรื่องจิตวิญญาณในเรื่อง

ความหวังสำหรับอนาคต มีบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือ และมีการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ในเรื่องการดูแลสุขภาพ อารมณ์ จิตใจ และเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ร่างกายของผู้ป่วยมีความเสื่อมสภาพ และครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความกลัวสิ่งที่ไม่รู้

การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ มีดังนี้ ทำให้รับรู้ได้ว่าไม่ได้โดดเดี่ยว ได้แบ่งปันความรู้สึกกับคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เรียนรู้ปัญหาของผู้อื่นอาจเลวร้ายกว่าที่เราประสบ มีความหวัง ลดความวิตกกังวลเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับปัญหาในรูปแบบใหม่ มีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และขั้นตอนการดูแลรักษา

3.3 การบำบัดที่ใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง (Rehabilitation

Manual) มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Jones et al., 2004) ที่มีการบำบัดที่ใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 6 สัปดาห์ โดยให้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง หลังออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ 1 สัปดาห์ วิธีการบำบัด ญาติและผู้ป่วยจะได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง มีเนื้อหา ดังนี้ เกี่ยวกับความวิตกกังวล การประเมินวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกาย ความรู้สึกที่ไม่ค่อยสบายใจ อาหาร การทำให้ตนเองเข้มแข็งอีกครั้ง การระบายความรู้สึก การได้รับข้อมูลหลังออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ การอยู่โดดเดี่ยว ยา การเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ผื่นร้าย การทำงานหนัก กลัวการมีอาการของโรค ความหวาดกลัว การผ่อนคลาย เพศสัมพันธ์หลังการเจ็บป่วยที่รุนแรง การนอนหลับ การสูบบุหรี่ ความเครียดของกลุ่มสมรส ความเหนื่อย จะทำอะไรต่อไปและจะเริ่มกันอย่างไร ความรู้สึกที่กังวล และมีการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ในทุก 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายเพื่อดูว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่ ผู้รับการบำบัด เป็นญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ ที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษมากกว่า 48 ชั่วโมง และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน (Emergency admissions)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดยคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง

ความวิตกกังวล: ติดตามผลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 เวลา จากแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Spielberger, 1970)

ภาวะซึมเศร้า: ติดตามผลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ

คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 เวลา จากแบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Spielberger, 1970)

อาการ PTSD: ติดตามผลกระทบผู้ป่วยวิกฤตเมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง และครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 เวลา จากแบบประเมิน The Impact of Events Scale (IES)

3.4 การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน มีงานวิจัย 9 เรื่อง (กัว โอมิน, 2542 ; คณินิต บุรีเทศ, 2540 ; นาฎยา เอื่องไพโรจน์, 2535 ; พิกุล ตันติธรรม, 2533 ; รัตนา อยู่เปล่า, 2543 ; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547 ; สุวิทย์ จันทระเจษฎา, 2547 ; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547; Chien et al., 2006) ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคลทั้ง 9 เรื่อง วิธีการบำบัดมีจำนวน 7 เรื่อง เป็นการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว และมีจำนวน 2 เรื่อง เป็นการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน สรุปได้ดังนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีแนวทางการบำบัดดังนี้ วิธีการบำบัดที่ใช้การให้ข้อมูลมีเนื้อหาเกี่ยวกับหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม อาการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลที่ได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย กฎระเบียบข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม เปิดโอกาสให้ซักถาม และระบายความรู้สึกต่างๆ (กัว โอมิน, 2542 ; นาฎยา เอื่องไพโรจน์, 2535 ; พิกุล ตันติธรรม, 2533 ; รัตนา อยู่เปล่า, 2543 ; สุวิทย์ จันทระเจษฎา, 2547 ; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547; Chien et al., 2006)

วิธีการบำบัดโดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน โดยการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาการ การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา แนะนำการเรียกผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจ การสัมผัสผู้ป่วยโดยการจับมือและบีบมือเบาๆ พร้อมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีการสาธิตและปฏิบัติไปพร้อมกันในการดูแลเรื่องการเช็ดหน้า หวีผม และการออกกกำลังกายมือและเท้า และครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งตามความต้องการ (คณินิต บุรีเทศ, 2540 ; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547)

ระยะเวลาในการให้การบำบัด 1 วัน (พิกุล ตันติธรรม, 2533) ระยะเวลาการบำบัด 2 วัน (คณินิต บุรีเทศ, 2540 ; นาฎยา เอื่องไพโรจน์, 2535; Chien et al., 2006) และระยะเวลาการบำบัด 3 วัน (กัว โอมิน, 2542 ; รัตนา อยู่เปล่า, 2543 ; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547 ; สุวิทย์ จันทระเจษฎา, 2547 ; อรัญญา ศรีคำขาว, 2547) ติดตามผลหลังจบการบำบัด ผู้รับการบำบัดเป็นสามี/ภรรยา ญาติร่วมสายเลือดเดียวกับผู้ป่วยหรือโดยทางกฎหมายหรืออยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ช่วงอายุ 18 - 65

ปี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีญาติสายตรงเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ มาก่อน สามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ และไม่เป็นผู้ที่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็นได้ชัดว่าไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือรับฟังข้อมูลได้ ผู้บำบัดเป็นพยาบาล ทั้ง 9 งานวิจัย

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดโดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 1 วัน การศึกษาของ พิกุล ดันดิธรรม (2533) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แต่กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูล ไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ติดตามผล หลังจากจบการให้ข้อมูล และหลังจาก Pretest ไม่น้อยกว่า 30 นาที และไม่เกินกว่า 24 ชั่วโมง จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970)

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 2 วัน การศึกษาของ นาฎยา เอื่องไพโรจน์ (2535) พบว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แต่ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน เมื่อติดตามผลครั้งที่ 1 หลังจาก Pretest ไม่น้อยกว่า 30 นาที และไม่เกิน 1 ชั่วโมง และติดตามผลครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventor (Spielberger et al., 1970) การศึกษาของ เซน และคณะ (Chien et al., 2006) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) ติดตามผลในวันที่ 4 หลังจากที่ได้รับข้อมูลและได้รับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ จากแบบประเมิน The Chinese version of The State -Trait Anxiety Inventory (พัฒนาโดย Spielberger et al., 1970) และการศึกษาของ คณินิต บุรีเทศ (2540) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลและการพยาบาลสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) จากการติดตามผลหลังจบการบำบัดวันที่ 2 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970)

- ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด 3 วัน การศึกษาของ อรัญญา ศรีคำชาว (2547) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ติดตามผลหลังจบการบำบัดวันที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมในระยะที่ 3 ช่วง 3 - 5 วัน ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ จากแบบประเมิน State Trait

Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1972) การศึกษาของ ก้าว ไอมิน (2542) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แต่กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ติดตามผลหลังจากจบการบำบัดในวันที่ 3 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983) การศึกษาของ รัตนา อยู่เปล่า (2543) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ติดตามผลหลังจากจบการบำบัดในวันที่ 3 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983) การศึกษาของ สุวพีร์ จันทรเจษฎา (2547) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) แต่กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ติดตามผลหลังจากจบการบำบัดในวันที่ 3 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983) และจากการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2547) พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลและการพยาบาลสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) และกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) ติดตามผลหลังจบการบำบัดในวันที่ 1, 2 และ 3 จากแบบประเมิน State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983)

ข้อจำกัดในการศึกษา

จากการสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า และการบำบัดความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้งงานวิจัยต่างประเทศและในประเทศไทยพบค่อนข้างน้อย มีจำนวน 16 เรื่อง ส่วนงานวิจัยของต่างประเทศที่นำมาศึกษา เป็นเพียงงานที่ตีพิมพ์ในวารสารซึ่งเนื้อหาเป็นการสรุปมาพอเป็นที่เข้าใจจึงไม่มีรายละเอียดของวิธีการบำบัดที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลประจำหน่วยบำบัดพิเศษต้องตระหนักและประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง

ต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล PTSD และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย การมีค่าคะแนนสภาพอาการเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษระดับสูง ผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งร่วมด้วย และการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ

ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย การที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยาหรือบุตร การที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นเพศหญิง การที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา การที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ประสิทธิภาพของการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอ ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลที่ได้รับขัดแย้งกัน การที่ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกวัน หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวาระสุดท้าย

ปัจจัยด้านหน่วยบำบัดพิเศษ การพบแพทย์และพยาบาลไม่สม่ำเสมอ การไม่มีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต การที่ไม่มีห้องพักรอ และจำนวนห้องที่มีผู้ป่วย 2 เตียง หรือมากกว่า 2 เตียง

รูปแบบการบำบัดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทั้ง 4 รูปแบบ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งในการนำรูปแบบแต่ละรูปแบบไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาถึง ข้อดี ข้อจำกัด และผลลัพธ์ ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรูปแบบดังนี้

1. รูปแบบการให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง ใช้ระยะเวลา 1-3 วัน ครั้งละ 10-60 นาที สำหรับพยาบาลที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการพยาบาล มีความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือ การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุนมีประโยชน์เป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายในระยะแรก และรูปแบบนี้เหมาะสมสำหรับลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2. รูปแบบการบำบัดที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง และแหล่งของความวิตกกังวลทั้ง 8 ด้านลดลงด้วย ผลลัพธ์คงอยู่ยาวนานถึง 6 เดือน ใช้ระยะเวลาการบำบัด 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษารายบุคคล การบำบัดวิธีนี้เหมาะสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีญาติเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน และการบำบัดรูปแบบนี้เหมาะสมสำหรับลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

3. การบำบัดที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Support groups) เป็นการบำบัดรายกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 5 คน ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลง รับรู้ถึงเหตุการณ์ที่ทำให้

ให้มีความวิตกกังวลลดลง หรือเพิ่มขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีประสบการณ์- การฝึกการพยาบาลจิตเวช แต่การใช้รูปแบบนี้สมาชิกในกลุ่มอาจจะไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ครบตามกำหนดเนื่องจากผู้ป่วยจำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษก่อน จึงทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่กลับมาเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้เหมาะสำหรับลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

4. การใช้คู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเอง เป็นรายบุคคล มีประโยชน์ในการลดความยุ่งยากของการปฏิบัติทางคลินิก และผู้รับการบำบัดมีความสะดวกจากการใช้คู่มือ สามารถนำไปใช้ได้ต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน แต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับคู่มือเพื่อการป้องกันหรือลดความวิตกกังวล ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการศึกษางานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันหรือลด ภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันหรือลดภาวะความผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย และภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีความสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

A LITERATURE REVIEW RELATED TO ANXIETY, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND DEPRESSION IN FAMILY MEMBERS OF INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

PRADTHANA CHIMVONG 4736746 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING), SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

A sickness of a family member that is severe enough to require hospitalization in an intensive care unit leads to a critical situation for every member of the family and effects family members psychologically (Hickey, 1996; Meisel, 1991). A family consists of members who have interactions and interdependence to respond to the needs and to maintain balance within the family. Family is an open system, so when there is a situation or change, it will lead to loss of balance within the family. A critical illness is considered a serious situation. A study conducted by Pochard et al. (2001) on the psychological effects of 36 family members of intensive care unit patients in France revealed that 69.1% and 35.4% suffered from anxiety and depression, respectively. In Greece, Paparrigopoulos et al. (2006) reported that a high percentage of family members of intensive care unit patients had psychological problems, as 97% experienced anxiety and depression and 81% developed posttraumatic stress disorder (PTSD). Of those who had such symptoms, 87% and 59% had symptoms that met the criteria of depression and PTSD diagnosis, respectively. As for Thailand, Anchalee Sophon (B.E. 2545) found that family members of intensive care unit patients had a moderate to high level of anxiety.

However, there is no study that has been conducted to explore depression and PTSD of family of intensive care unit patients.

The psychological effects on the family may result from the characteristics of the patients and the intensive care unit. They patients in the intensive care unit tend to suffer from an acute or sudden illness with no warning signs. The illness may change rapidly, and it may increase in its intensity and become life-threatening, making the family deal with a great deal of anxiety caused by uncertainty in the patients' condition and changing symptoms. In addition inability to communicate with patients who are unconscious and the treatment in the intensive care unit which involves special instruments and technology such as use of mechanical ventilation, intravenous administration of medicines and fluids, and heart monitor may affect the psychological condition of the family. Besides this, the environment in the intensive care unit which is specially designed and equipped with high-technology tools and equipment with unfamiliar sounds as well as possible resuscitation of other patients in the intensive care unit (Jariya Tantitham, B.E. 2547), lack of information about the prognosis, fear of morbidity and mortality that may follow, having to wait continuously, unfamiliar environment and medical equipment in the ICU, rules and regulations in the ICU, and endless waiting (Leske, 1998; Hickey, 196; Leske, 2002) can considerably affect the family's psychological and emotional well-being (Halm, 1990). When this happens, family members are likely to develop a high level of anxiety and posttraumatic stress disorder (Paparrigolous et al., 2006), which, if left unattended, can lead to depression (Jones et al., 2004).

When a critical condition takes place with the family of intensive care unit patients, family members have to respond to the critical condition they are facing. Initially, family members are likely to be shocked and develop a great amount of anxiety and disbelief. They may live in denial, and this period may last hours or days. After that, they may become angry and try to put the blame on the situation that has taken place. They may also develop conflicts, despair, desperation, depression, confusion, and sadness. After the initial period, family members begin to accept the fact and develop more realistic expectations. They are not as confused as they were before, and they are able to more effectively cope with their problems. This period may take weeks. Finally, family members will eventually be able to adjust themselves

to the situation more appropriately. This period may take months before it can happen (Aquilera & Messick, 1982; Epperson, 1977 cited in Nittaya Jarassang, B.E. 2548).

As for effects on the family, when the patients have decreased physical capability and functioning and changes in their emotions and feelings (Gouick & Gentleman, 2004), they have to be dependent on others. Family members of intensive care unit patients have to become caregivers of the patients, so it can be said that they are affected by such change (Nipawan Samartkit & Supaporn Duangpang, B.E. 2540 cited in Benjamaporn Wongkrai, B.E. 2548). When this happens, the family loses its balance, and family members who have to change their roles and daily living activities and undergo inevitable changes in family structures may develop stress (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2002). If the patients are the head of the family, family members may have even more desperation and stress (Acorn & Roberts, 1992). Furthermore, family members may have to reduce their interactions with others as well as their social activities (Kreutzer et al., 2002). Therefore, they can suffer from stress and anxiety. Some family members may express their stress and anxiety through physical behaviors such as frowning, crying, and shouting, or they may suffer from insomnia, loss of appetite, etc. Some may smoke or drink alcohol, while others may keep pacing back and forth, ask the same questions repeatedly, deny the truth about the patients' conditions, and rely on medications (Halm et al., 1993; Marayart Watcharakiat, B.E. 2536). In brief, according to Halm (1990), a critical illness of patients and their admission into the intensive care unit can cause a high level of confusion and anxiety to their family members. Family members of intensive care unit patients have the tendency to subsequently develop psychological abnormality and depression as well (Paprrigopoulos et al., 2006).

Anxiety and psychological problems can take place with family members of intensive care unit patients. Different members have different levels of ability to adapt themselves to the situation. If they are unable to have adaptation or solve problems on their own, or if they lack people who understand their needs and provide them with support, they can face with loss of emotional balance (Tassana Boonthong, B.E. 2532). For this reason, the family members of intensive care unit patients have to adjust themselves and deal with the critical situation so as to continue living their life with balance and to ensure their ability to further develop themselves (Umaporn

Trangkasombat, B.E. 2542). At present, nursing care provided to family members of patients in the intensive care unit places its emphasis on provision of information about the patients' symptoms, treatment, and care, and family members are given opportunity to ask questions and share their feelings so as to offer moral support. They are also encouraged to participate in decision-making to solve problems, and they receive advice on possible solutions. A review of literature has shown that the types of therapy that are generally used with family members of intensive care unit patients aim at reducing their anxiety, but there is no nursing care that is specifically designed or provided to prevent or decrease psychiatric and mental health problems which may occur to family members of patients in the intensive care unit including posttraumatic stress disorder and depression. Thus, it is the responsibility of psychiatric nurses to develop a clinical nursing practice guideline to prevent and reduce psychiatric and mental health problems in family members of patients in the intensive care unit.

A review of literature has revealed that family members of intensive care unit patients require a great deal of assistance and care as they have high risks that are associated with anxiety, PTSD, and depression. It has also been found that the types of therapy offered to family members of patients in the intensive care unit to reduce anxiety, PTSD, and depression mostly consist of counseling, support groups, self-help manual, provision of information, and nursing supportive system, which can help reduce anxiety (Kanungnit Bureethet, B.E. 2540; Narttaya Uangpairoj, B.E. 2535; Suthinee Wattanakul, B.E. 2547; Aranya Sriamkhao, B.E. 2547; Chien et al., 2006; Halm, 1990; Thompson & Meddis, 1990). The researcher is a professional nurse in the field of psychiatric and mental health nursing who is responsible for providing counseling and assistance in mental healthcare to family members of patients in the intensive care unit who have difficulty adjusting themselves and have high risks of psychiatric and mental health problems. Nurses are required to utilize a high level of skills to enable family members of intensive care unit patients to overcome their crisis in life, understand their own emotions and feelings, develop their potential to solve problems and adjust themselves, and protect themselves from psychiatric problems. Nurses are also required to work with the multidisciplinary team to utilize research-base evidence in nursing care practices. With realization of the significance of

psychiatric and mental health problems in family members of patients in the intensive care unit related to anxiety, PTSD, and depression, the researcher was interested in compiling, reviewing, analyzing, and synthesizing research on anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients so as to derive at a new body of knowledge that can be subsequently utilized to ensure quality of care provided to family members of intensive care unit patients.

Objectives of the Study

The present study aimed at compiling, analyzing, and synthesizing research evidence related to anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients in the following aspects:

1. To obtain a body of knowledge related to risk factors of family members of intensive care unit patients to develop anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression
2. To obtain a body of knowledge related to therapy of family members of intensive care unit patients on their anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression

Expected Outcomes and Benefits

To obtain a new body of reliable research-based knowledge on factors and therapy to reduce anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients which could be applied to provide care to family members of intensive care unit patients.

Definition of Terms

Intensive care unit patients refer to patients with emergency or acute illness with complicated problems that threaten their life who require close and constant care and assessment from personnel in different fields to stabilize their symptoms, improve their condition, and prevent further complications.

Family members of intensive care unit patients refer to individuals who are related to intensive care unit patients. They play a role in providing closest care to

intensive care unit patients, both at the hospital and at home, and understand the patients' problems. They can be the father, mother, husband, wife, child, or sibling who has the closet attachment to the intensive care unit patients.

Anxiety refers to individuals' personal feelings of unhappiness, discomfort, uneasiness, and stress toward a situation that is assessed as threatening to individuals' physical and psychological safety and security. Such a threat can be real, or it can be a forecast of future situation, making individuals come up with physical, psychological, and behavioral responses to the threat that differ depending on their level of feelings. Anxiety can be divided into four levels—mild anxiety, moderate anxiety, severe anxiety, and panic anxiety.

Posttraumatic stress disorder refers to psychological abnormality that occurs to individuals after they have found themselves under severe pressure or with a deeply hurtful situation related to death or a critical injury that threatens their life or the life of others. Individuals' responses are often characterized with intense fear, desperation, or apprehension (APA, 2000; Pramote Sukanit & Manote Lortrakul, B.E. 2540) such as when a family member is critically ill and needs to be hospitalized in the intensive care unit, when there is a serious accident with a child or spouse, and when someone in the family is raped, etc.

Depression refers to a condition in which individuals are stricken with suffering, sadness, and gloominess. Individuals may have fluctuating feelings such as sorrowfulness, isolation, lethargy, and negative feelings toward themselves such as self-accusation, regression, and avoidance behavior. Some individuals may punish themselves, entertain suicidal thoughts, and have deviated behaviors including loss of appetite, insomnia, loss of sexual drive, etc. (Beck, 1967; Duangjai Kasantikul, B.E. 2536).

Methodology

The present study was an analysis and synthesis of research literature on anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients. The systematic review of research evidence used in this study consisted of the following components:

1. Search for information source for review

1.1 Information sources used in the search were research and academic references published both in Thailand and abroad. The duration of the search was between June 2006 and December 2007. The databases used in the search were as follows:

1) Research and academic references published in Thailand were searched from databases of the library of Mahidol University (Mulinet), Chulalongkorn University (<http://lib.care.chula>), Chiang Mai University (<http://lib.cmu>), Srinakharinwirot University (<http://lib.swu>), and Burapa University (<http://lib.bbu>).

2) Research was also searched from major medical and nursing databases including PUBMED, CINAHL, OVID, Sciencedirect, and Blackwell Synergy. The scope of the search was between 1990 and 2006.

3) Research and academic references were also searched manually by reading the titles and abstracts of related studies before subsequently retrieving their full texts from a reference list from all databases.

1.2 The keywords used in the search included the following:

- Anxiety / Posttraumatic stress disorder / Depression / Intensive care unit / Family

1.3 The inclusion criteria were as follows:

1) The selected research investigated factors related to anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients as well as examined interventions to relieve anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients.

2) The study samples were family members of intensive care unit patients.

3) The full texts or the theses were available.

2. Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

The analysis and synthesis of research literature on anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients was conducted in the following manner:

2.1 Level of evidence

The criteria proposed by the Royal College of Thai Physicians (B.E. 2544) were used to divide research evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence which is a meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or a single study which is a randomized controlled trial (RCT).

Level B refers to evidence which is a meta-analysis of at least one randomized controlled trial or carefully designed quasi-experimental research or non-randomized controlled trial.

Level C refers to evidence derived from correlational research, causal-comparative research, or descriptive research.

Level D refers to evidence from expert consensus.

2.2 Screening of data

In this systematic review of research, the scope of data to be extracted was specified below:

- 1) Problems or purposes of the study
- 2) Research design
- 3) Sample
- 4) Setting
- 5) Data collection instruments
- 6) Method and intervention
- 7) Findings or results
- 8) Implications or implementations

Findings

1. Quality and sufficiency of research evidence

In this study, 16 research studies were selected. Of these, two studies were randomized controlled trials categorized under Level A, ten studies were quasi-experimental research categorized under Level B, and four studies were descriptive research categorized under Level C. It could be assumed that the selected studies were reliable enough to be utilized to develop a clinical nursing practice guideline.

2. Risk factors related to anxiety, posttraumatic stress disorder, and depression of family members of intensive care unit patients

There are three major factors related to anxiety and depression of family members of intensive care unit patients including factors related to the hospital ward, factors related to patients, and factors related to family members of patients. There are two main factors related posttraumatic stress disorder of family members of intensive care unit patients including factors related to patients and factors related to family members of patients, which can be summarized as follows:

2.1 Factors related to anxiety

Factors related to the intensive care unit: The first risk factor found was not having a chance to meet the physician and nurses on a regular basis, and this could increase anxiety of family members of intensive care unit patients by 1.36 times ($p = 0.02$). Also, a lack of a meeting room for family members of intensive care unit patients could increase their anxiety by 1.80 times ($p = 0.01$) (Pochard et al., 2001).

Factors related to the patients: When patients who did not have a chronic illness had to be hospitalized in the intensive care unit, the anxiety level of family members could increase by 1.52 times (Pochard et al., 2001). In addition, patients whose SASP scores at admission were one point higher had 1.017 times higher chances to develop anxiety ($p = 0.02$). Finally, when patients who are younger by one year of age had to be admitted into the intensive care unit, the anxiety level of family members tended to increase by 0.984 times ($p = 0.01$) (Pochard et al., 2001).

Factors related to family members of the patients: It was found the husband and wife of patients were 2.8 times and 2.085 more likely to develop anxiety when compared to other family members, respectively ($p = 0.0001$ and $p = 0.004$, respectively) (Pochard et al., 2005). Moreover, female family members were 2.42 times more likely to have anxiety than male family members ($p = 0.0001$). Also, family members who needed assistance from a psychologist had 1.62 times higher risks to develop anxiety ($p = 0.01$), while those who required assistance from other professionals had 1.55 times higher risks to develop anxiety ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001).

2.2 Factors related to PTSD

Factors related to the patients: It was reported that if patients had cancer, family members had higher risks to develop PTSD with statistical significance ($p = 0.0034$). Also, the family members of patients whose SASP scores at admission were higher had higher risks to develop PTSD with statistical significance ($p = 0.0003$). Finally, the family members of patients who passed away in the hospital ward had higher risks to develop PTSD with statistical significance ($p = 0.0001$) (Azoulay et al., 2005).

Factors related to family members of the patients: Female family members had higher risks to develop PTSD than male family members with statistical significance ($p = 0.0001$ and $p < 0.0009$, respectively) (Azoulay et al., 2005; Paparrigopoulos et al., 2005). Furthermore, family members who were children of the patients had higher risks to develop PTSD than other family members with statistical significance ($p = 0.0001$), family members who did not receive sufficient or complete information had higher risks to develop PTSD with statistical significance ($p = 0.0026$), family members who took part in decision making on a daily basis had higher risks to develop PTSD with statistical significance ($p = 0.0006$), and family members who took part in the terminal stage of the patients' sickness had higher risks to develop PTSD with statistical significance ($p = 0.0099$) (Azoulay et al., 2005). In addition, it was also found that trait anxiety could predict development of the PTSD syndrome with statistical significance ($p < 0.000$), while state anxiety could predict development of the PTSD syndrome with statistical significance ($p < 0.03$) (Paparrigopoulos et al., 2005).

2.3 Factors related to depression

Factors related to the hospital ward: Not having sufficient waiting rooms could increase depression of family members by 2.5 times ($p = 0.03$) (Pochard et al., 2001), and family members of patients who had to share a room with other patients had 1.539 times higher risks to develop depression ($p = 0.047$) (Pochard et al., 2005).

Factors related to the patients: Family members of younger patients had 0.79 time higher risks to develop depression than family members of older patients ($p = 0.02$) (Pochard et al., 2001). In addition, family members of

patients who were one year younger had 0.981 time higher chances to develop depression ($p = 0.04$), and family members of patients whose SASP scores at admission were one point higher had 1.015 times higher risks to develop depression. Finally, family members of patients who passed away in the hospital ward had 2.092 times higher risks to develop depression ($p = 0.011$) (Pochard et al., 2005).

Factors related to family members of the patients: The study findings showed that the spouses of patients were 2.1 times more likely to develop depression when compared to other family members, and female family members were 2.0 times more likely to have depression than male family members ($p = 0.0001$). Besides, a study conducted in France has indicated that family members who were not native French were 1.9 times more likely to develop depression when compared to those who were native French ($p = 0.02$). Also, family members who received conflicting information about the patients had 1.67 times higher risks to develop depression ($p = 0.04$) (Pochard et al., 2001). In addition, trait anxiety could predict the severity of depression ($p < 0.001$) (Paparrigopoulos et al., 2005).

3. Types and components of therapy for anxiety, PTSD, and depression of family members of intensive care unit patients

The types and components of therapy for anxiety, PTSD, and depression of family members of intensive care unit patients could be divided into four categories as follows:

3.1 Counseling There was one study conducted to investigate the effects of counseling on patients with first-time myocardial infarction (Thompson & Meddis, 1990). In this study, individual counseling was conducted four times, each lasting 30 minutes. The program consisted of provision of knowledge and counseling on risk factors of the disease, necessary methods to deal with the disease, and effects of the disease on sexual relationships, social functioning, work, and leisure activities. The counseling emphasized reactions of the husbands and wives, especially their feelings toward the symptoms of the disease. The clients were also encouraged to release both positive and negative feelings, ideas, and behaviors to create confidence and enable them to carry out activities under the environment they had. Clients were also enabled to solve problems immediately. The clients in this study were patients with first-time

myocardial infarction and their wives, and the therapists were professional nurses working in the C.C.U.

Effects of the counseling

Anxiety: The wives of the patients were assessed at 24 hours, five days, one month, three months, and six months after the patients were admitted into the hospital. It was found that the wives who received the therapy had a lower level of anxiety than those who did not receive such therapy with statistical significance at five days ($p = .01$), one month, three months, and six months ($p = .05$). The instrument used in the assessment was the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

Depression: The wives of the patients were assessed at 24 hours, five days, one month, three months, and six months after the patients were admitted into the hospital. It was found that the levels of depression of the wives who received the therapy were not different from those of the wives who did not receive the therapy at all time points. The instrument used in the assessment was the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).

As for the eight aspects of measure specific sources of anxiety, it was found that all eight aspects of measure specific sources of anxiety related to health status, leisure activities, sexual activities, future prediction, relationship with the patients, the patients' ability to work, symptoms of heart disease, and complications of patients of the wives who received the therapy were lower than those of the wives who did not receive the therapy with statistical significance.

3.2 Support groups There was one study which explored the effects of support groups on family members of intensive care unit patients (Halm, 1990). The group counseling was conducted in two sessions, each lasting 90 minutes, with about four to six members in the group. The process involved in the group counseling was as follows:

Initial phase: The group leader explained the objective of the group activities; that is, to reduce anxiety of family members of patients who were in a critical condition. The leader also gave information on rules of the group, protection of confidentiality, and participation of group members.

Middle phase: Group members were asked to introduce themselves and shared the story about the illness of the patients. The leader briefly advised on structures and issues to be discussed including reception of nursing information, problem coping mechanisms, and search for sources of support, and group members shared their ideas and opinions.

Final phase: The group leader summarized key points discussed by group members, encouraged members to exchange their feelings and observations, and made an appointment for the next session. The leader also provided information to stimulate family members of patients who had been discharged from the ICU to continue their participation.

The clients were family members of patients admitted into the surgical ICU after undergoing general surgery, brain surgery, or cardiovascular surgery. The inclusion criteria included being family members of patients; were able to read, speak, and understand the English language; and were at least 18 years old. No more than two family members of a patient were allowed to participate in the group therapy. The therapists were professional nurses with experience in taking care of critically ill patients and with psychiatric nursing.

Effects of the support group

- The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) developed by Spielberger (1983) was used to assess anxiety of family members 12 to 18 hours after they first participated in the group therapy. It was found that anxiety of the family members who took part in the support group decreased after their participation with statistical significance ($p \leq 0.01$). However, anxiety levels of family members who participated in support group activities and those who did not were not different.

- Major events that could reduce anxiety of family members included patients' improved conditions, transfer of patients from the intensive care unit, family members' spiritual beliefs in future hope, assistance from others, and support from the healthcare team in terms of mental and emotional healthcare.

- On the contrary, the events that increased anxiety of family members were worsened conditions of patients, deterioration in patients' physical conditions, and fear of the unknown.

- The perceived benefits of participation in the support group activities were understanding that family members were not alone, opportunity to share feelings with others who were in the same situation, learning that others may have worse problems, having hope, having reduced anxiety, learning new ways to deal with problems, having better understanding about the patients' sickness, and having better understanding about the treatment plans.

3.3 Therapy with a rehabilitation manual

There was one study on therapy with a rehabilitation manual (Jones et al., 1990). This type of individual counseling lasted six weeks. After patients had been discharged from the intensive care unit for one week, the patients and family members were given a rehabilitation manual. The contents of the manual covered anxiety, assessment and analysis of life plans, changing body image, depression, exercise, uneasy feelings, food, regaining strength, release of feelings, receiving information after discharge from the intensive care unit, being alone, medications, movements, emotional changes, nightmares, working hard, fear of symptoms of the disease, fear, relaxation, sexual relationships after a serious illness, sleep, smoking, spousal stress, exhaustion, what to do next and how to start, and anxiety. Telephone calls were made three times at every two weeks to the home of patients admitted into the intensive care unit after discharge to see if patients and family members had any problem. The clients were family members or close relatives of patients who were hospitalized in the intensive care unit for more than 48 hours after emergency admissions.

Effects of individual counseling with a rehabilitation manual

Anxiety: At the eight-week and six-month follow-ups, it was found that there were no differences in anxiety of family members who received a rehabilitation manual and those who did not. The instrument used in the assessment was the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Spielberger, 1970).

Depression: At the eight-week and six-month follow-ups, it was found that there were no differences in depression of family members who received a rehabilitation manual and those who did not. The instrument used in the assessment was the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Spielberger, 1970).

PTSD: At the eight-week and six-month follow-ups, it was found that there were no differences in symptoms of PTSD of family members who received a rehabilitation manual and those who did not. The instrument used in the assessment was the Impact of Events Scale (IES).

3.4 Information and nursing support system

There were nine studies which implemented the information nursing support system (Chien et al., 2006; Gua Ai Min, B.E. 2542; Kaneungnit Bureethet, B.E. 2540; Narttaya Aungpaioj, B.E. 2535; Pikul Tantitham, B.E. 2533; Rattana Yuplao, B.E. 2543; Suthinee Wattanakul, B.E. 2547; Suwapee Chanjetsada, B.E. 2547; Aranya Srikamsao, B.E. 2547). Individual therapy was used in all nine studies. However, in seven studies, only information therapy was used, while in another two studies, information counseling and nursing support system were used. The objectives of these studies were to reduce anxiety of family members of critically ill patients. The therapy involved provision of information regarding the intensive care unit, environment, symptoms, diagnosis, treatment and nursing care, equipment and tools used with patients, and visitation regulations. Nurses also offered opportunity for family members to ask questions and share their feelings (Chien et al., 2006; Gua Ai Min, B.E. 2542; Narttaya Aungpaioj, B.E. 2535; Pikul Tantitham, B.E. 2533; Rattana Yuplao, B.E. 2543; Suwapee Chanjetsada, B.E. 2547; Aranya Srikamsao, B.E. 2547).

In two studies, the information and nursing support system was used. Nurses gave information regarding the environment in the intensive care unit, personnel in the intensive care unit, information about the patients, symptoms, diagnosis, treatment and nursing care, and equipment and tools used with patients. Nurses also gave family members opportunity to ask questions, and offered advice on how to address the patients, encourage the patients, and touch the patients by holding and lightly squeezing their hands. In addition, nurses allowed family members to take part in care of patients through demonstration and actual practice including wiping the patients' face with a piece of cloth, combing the patients' hair, and exercising the patients' hands and feet. The family members were able to visit the patients as often as they wanted (Kaneungnit Bureethet, B.E. 2540; Suthinee Wattanakul, B.E. 2547).

With regard to the duration of the therapy, the therapy could take place on one day (Pikul Tantitham, B.E. 2533), or it lasted from two (Kaneungnit Bureethet, B.E. 2540; Narttaya Aungpairoj, B.E. 2535; Chien et al., 2006) to three days (Gua Ai Min, B.E. 2542; Rattana Yuplao, B.E. 2543; Suthinee Wattanakul, B.E. 2547; Suwapee Chanjetsada, B.E. 2547; Aranya Srikamsao, B.E. 2547). The therapy was followed up after the sessions ended. The clients who received the therapy were the husband or wife of the patients or those who were related to the patients by blood or by law. They ranged in age from 18 to 65 years, did not have hearing or visual impairment, and were able to understand and communicate in Thai. In addition, the clients must not have any psychotic symptoms, did not have previous experience of direct relatives hospitalized in the intensive care unit, and were able to provide reliable information. Most importantly, they were not too anxious to respond to the questionnaire or receive information. In all nine studies, the therapists were professional nurses.

Effects of information and nursing support system

- Effects of one-day therapy

A study conducted by Pikul Tantitham (B.E. 2533) revealed that the level of anxiety of the experimental subjects assessed after receiving the information was lower than that assessed before receiving the information with statistical significance ($p = 0.01$). However, there were no differences between the anxiety level of the subjects in the experimental group and that of the subjects in the control group, as assessed no less than 30 minutes and no more than 24 hours after the therapy ended using the State Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1970).

- Effects of two-day therapy

A study conducted by Narttaya Aungpairoj (B.E. 2535) revealed that the level of anxiety of the family members of patients after receiving the information for the first time was lower than that before receiving the information with statistical significance ($p = 0.01$), and the level of anxiety of the family members of patients after receiving the information for the second time was lower than that before receiving the information with statistical significance ($p = 0.01$). However, there were no differences between the levels of anxiety of the family members after receiving the information for the first time and the second time as assessed for the first time no less

than 30 minutes and no more than 24 hours after the therapy ended and as assessed for the second time on the second day ($p = 0.05$) using the State Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1970). Also, the study of Chien et al. (2006) showed the experimental subjects had lower anxiety after the experiment than the control subjects with statistical significance ($p = 0.006$) as assessed on the fourth days after admission into the intensive care unit using the Chinese version of the State-Trait Anxiety Inventory developed by Spieldberger et al. (1970). Finally, a study of Kaneungnit Bureethet (B.E. 2540) reported that the level of anxiety of the family members in the experimental group assessed after receiving the information and the supportive nursing system was lower than that assessed before receiving the information and the supportive nursing system with statistical significance ($p = 0.05$), as assessed on the second day after the therapy ended using the State-Trait Anxiety Inventory developed by Spieldberger et al. (1970).

- Effects of three-day therapy

A study carried out by Aranya Srikamsao (B.E. 2547) showed that the level of anxiety of the family members in the experimental group assessed after receiving the information was lower than that assessed before receiving the information with statistical significance ($p = 0.05$). Furthermore, the experimental subjects had lower anxiety after the experiment than the control subjects with statistical significance ($p = 0.05$) as assessed on the third day after the third phase of the 3-to-5-day therapy ended using the State Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1972). Moreover, a study conducted by Gua Ai Min (B.E. 2542) revealed that the level of anxiety of the experimental subjects assessed after receiving the information was lower than that assessed before receiving the information with statistical significance ($p = 0.01$). However, after receiving the information, the level of anxiety of the experimental subjects was not lower than that of the control group, as assessed after the third day of the therapy ended using the State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983). Furthermore, a study conducted by Rattana Youplao (B.E. 2543) suggested that the level of anxiety of the experimental subjects after receiving the information was lower than that before receiving the information with statistical significance ($p < 0.01$). Furthermore, the experimental subjects had lower anxiety after the experiment than the control subjects with statistical significance ($p < 0.01$), as

assessed on the third day after the experiment ended using the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983). Also, a study of Suwapee Chanjetsada (B.E. 2547) showed that the level of anxiety of the experimental subjects after receiving information and the supportive nursing system was lower than before receiving the information and the supportive nursing system with statistical significance ($p = 0.01$). However, the level of anxiety of the experimental subjects after receiving information and the supportive nursing system was not lower than that of the control subjects, as assessed after the third day of the therapy ended using the State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983). Finally, a study of Suthinee Wattanakul (B.E. 2547) reported that the level of anxiety of the experimental subjects after receiving information and the supportive nursing system was lower than before receiving the information and the supportive nursing system with statistical significance ($p = 0.05$). However, the level of anxiety of the experimental subjects after receiving information and the supportive nursing system was not lower than that of the control subjects, as assessed after the third day of the therapy ended using the State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1983).

Limitations of the study

In the search for research evidence from different databases and data sources, it was found that there were few studies that had been conducted, both in Thailand and abroad, to examine factors related to anxiety, PTSD, and depression of family members of intensive care unit patients, totaling 16 research studies. Besides this, the selected research studies conducted abroad were published in an academic journal, which generally presented a summary of the studies, so there was a lack of clear details regarding each type of therapy and intervention used in these studies.

Recommendations

Recommendations for nursing practice

As for nursing practice, the findings of an analysis and synthesis of research on factors related to anxiety, PTSD, and depression in family members of intensive care unit patients have indicated that nurses play a significant role to screen different risk factors that are related to anxiety, PTSD, and depression in psychological conditions of family members of intensive care unit patients as follows:

Patient factors: a high level of symptoms when first admitted into the intensive care unit, young age, patients with no chronic illness, patients with cancer, and patients who pass away in the intensive care unit.

Family factors: being a spouse or child of patients; female family members; needs for assistance from a psychologist; needs for assistance from medical staff; effectiveness of information; information that is insufficient, incomplete, or contradictory; family's participation in decision-making on a daily basis; and family's participation in decision-making at a terminal stage.

ICU factors: inconsistent meetings with physicians and nurses, lack of a meeting room for family members of intensive care unit patients, lack of waiting rooms, and the number of rooms with two or more hospital beds.

All four types of therapy for family members of intensive care unit patients can be applied and implemented after their outcomes, benefits, and constraints have been taken into careful consideration. The recommendations on the implementation of these forms of therapy are as follows:

1. Provision of information and supportive nursing system can be implemented to reduce anxiety in family members of intensive care unit patients. The therapy lasts one to three days, and each session ranges from 10 to 60 minutes. Nurses who wish to implement this type of therapy should have knowledge about the disease as well as treatment and care, and they should clearly understand the nature of the intervention. One advantage of this type of therapy is that it is easy to implement in the initial phases, and it is suitable for reduction of anxiety in family members of intensive care unit patients.

2. Individual counseling has been found to reduce anxiety and eight measures of specific sources. Its effects can last as long as six months. It

consists of four sessions, each lasting 30 minutes. The nurses who implement this type of therapy should undergo training on how to conduct individual counseling. It is appropriate for family members of intensive care unit patients who have never had experience with their relatives' ICU admission, and it can be used effectively to reduce anxiety and depression in family members of intensive care unit patients

3. Support groups consisting of around five members enable to reduce anxiety, reduce perception of situations that cause anxiety, and increase perceived benefits of participation in the support group. The therapy is conducted twice, each lasting 90 minutes. Nurses who implement this type of therapy should have psychiatric experience. However, members of the groups may not be able to attend all sessions due to early hospital discharge. This type of therapy is considered appropriate to reduce anxiety of family members of intensive care unit patients.

4. The use of individual counseling with a rehabilitation manual can reduce complications in clinical practices and the clients have more convenience as the manual can be used after they have been discharged from the hospital and returned to their home. However, the effects of the use of individual counseling with a rehabilitation manual are not sufficient, so the existing body of knowledge should be extended to increase the effectiveness of individual counseling with a rehabilitation manual to prevent or reduce anxiety, PTSD, and depression in family members of intensive care unit patients.

Recommendations for future research

In the future, research should be conducted to generate more findings on prevention and reduction of posttraumatic stress disorder and depression in family members of intensive care unit patients in Thailand so as to further develop a body of knowledge to effectively prevent or reduce posttraumatic stress disorder and depression that is more suitable for the Thai context.

บรรณานุกรม

- แก้ว ใอมิน. (2542). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และสัตยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยาณี เกื้อก่อพรม. (2546). การดูแลผู้ป่วยวิกฤต. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม, 10, 2551, จาก <http://gotoknow.org/file/aldaman/>
- เกตุณี สมศรี. (2547). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แก้วสามสี สาเจริญ. (2536). ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญจิต มหาจิตติคุณ. (2548). ผลของโปรแกรมการฝึกพูดกับตัวเองทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณินันต์ บุรีเทศน์. (2540). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยา ดันติธรรม. (2547). ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต. ใน คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2. (482 - 495). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.

- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ดวงเดือน นรสิงห์. (2546) .ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน.การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสาดิกุล. (2542). โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์.
- ทิพากร อังคกุล. (2543). การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนา บุญทอง. (2532). มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม. ประมวลการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2549). พยาบาล:เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณ.
- นาฏยา เอื้องไฟโรจน์. (2535). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา จรัสแสง. (2548). แนวทางการพยาบาลในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญพา ณ นคร. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุศยา บุญใจเพชร, สกาวรัตน์ เทพประสงค์, สมควร วรรณมณี, สุนทรี ศรีโกไสย และहरรรษา เศรษฐบุปผา. (2547). แนวคิดชีวภาพเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสวนปรง (3), 16-27.

- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2540). คู่มือการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล. กรุงเทพฯ: เอส ซี พรินท์.
- พนม เกตุมาน. (2548). คู่มือแพทย์ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย. สมุทรปราการ: พรทิพย์มาร์เก็ตติ้ง จำกัด.
- พิกุล ตันติธรรม. (2533). ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารยาท วัชรเกียรติ. (2536). ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวิชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: เรดิเอชั่น จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2548). โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (143 – 160). กรุงเทพฯ: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- เขวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ และลัดดา แสนสีหา. (2550). การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตสังคม. ใน นววิวัฒน์ สัตยธรรม (บรรณาธิการ). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” Clinical Practice Guidelines วารสารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 18(6).
- ธัญย คงสกลน. (2548). ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.

- รัตนา สายพานิชน์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ) ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัตนา อยู่เปล่า. (2543). *ผลของการให้ข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย และสรีรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537). *การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- รุ่งรัตน์ ทนธิชาภิชาติ. (2540). *ความเครียด แหล่งประโยชน์และข้อจำกัดของการใช้แหล่งในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรยุทธ วาสิกนันท์. (2547). *โรคซึมเศร้า*. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์. (บรรณาธิการ). *การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมาพร โล่ห์สวัสดิ์กุล และวนิดา พิงชมพ. (2547). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สารทิ พลศักดิ์. (2547). *ครอบครัวและบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว*. สืบค้นเมื่อ ธันวาคม, 10, 2551, จาก <http://www.kr.ac.th/ebook/sarapee/b2.htm>
- เสาวภา ศรีภูสิตโต. (2547). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2541). *แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต*. ใน คณะอาจารย์สถาบันบรมราชชนก (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ยุทธรินทร์.

- สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, นวนันท์ ปิยวัฒน์กุล, สมจิตร ห่องบุตรศรี, อัจฉรา จรัสสิงห์, บารมี จรัสสิงห์, ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, (2550). การทดสอบความแม่นยำของแบบคัดกรองโรคเครียดหลังประสบภัยพิบัติสำหรับคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(4), 339-342.
- สุวนีย์ ดันติพัฒนานันต์. (2522). หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวพรี จันทระเจษฎา. (2547). ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรรัตน์ เตียนกุล, มนัสวี จำปาเทศ, เอื้อมเดือน ธีรวิฑูกรักษ์, สุนทรี ขะชาตย์ และจุฑพร หนูสวัสดิ์. (2549). การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. ใน ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุริ จันทรักษ์วงศ์ (บรรณาธิการ), สารวาททวนการ. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. (48 - 111) กรุงเทพฯ: จุฑทองจำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อัญชลี โสภณ. (2545). ความวิตกกังวลและความต้องการการได้รับคำปรึกษาของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรัญญา ศรีคำชาว. (2547). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยะลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(1), 3-4.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2542). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.

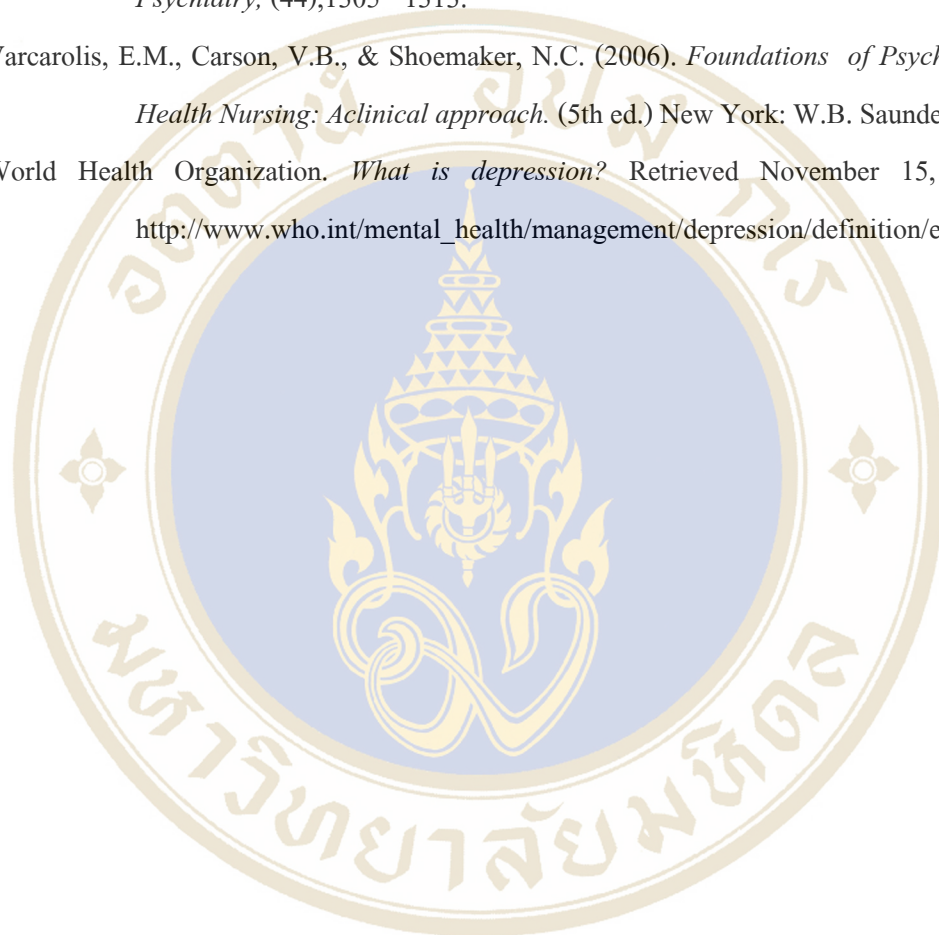
- อุราวดี เจริญไชย. (2541). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด.
- Acorn, S., & Roberts, E. (1992). Head injury: Impact on the Wives. *Journal of Neurosciences Nursing*, 24(12), 324 - 328.
- Aquilera, D.C., & Messick, J.M. (1982). *Crisis intervention* (4th ed.). St Louis: Mosby. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostics and statistical manual of mental disorders*. Washington D.C: Author.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Sylvie, C., Aboab, J., Adrie, C., et al. (2005).Risk of Post - traumatic Stress Symptom in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 987 - 994. Retrieved July 15, 2007, From PubMed database.
- Beare, P.G., & Myers, J.L. (1994). *Principles and Practice of Adult Health Nursing*. (2nd ed.). Louis: Mosby – Year Book.
- Beck, A. T. (1967). *Depression :Clinical, experimental, and Theoretical aspect*. New York: Harper Row.
- Bergbom – Engberg, I., & Haljamae, H. (1989). Assessment of patient experience of discomfort during respirator
- 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. D., Rook, J., & Sills, G. (1982). Families in crisis: The impact of trauma. *Critical Care Quarterly*, 5(12), 38 – 45.
- Brown, S. M. (1990). Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease. *Journal of Advanced Nursing*, 15(8), 962 – 970.

- Chien, W.T., Chiu, Y.L., Lam, L.W., & Ip, W.Y. (2006). Effects of a needs – based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 39 - 50. Retrieved January 10, 2006, From PubMed database.
- Curtiss, G., Klemz, S., & Vanderploeg, R.D. (2002). Acute Impact of Severe Traumatic Brain Injury on Family Structure and Coping Responses. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(5), 1113 - 1122.
- Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dubovsky, A. N. (2004). *Essential of clinical psychiatry :Mood disorder*. Washigton DC: American Pstchiatry.
- Gillis, C. L., Higriley, B. L., Roberts, B. M., & Martinson, J. M. (1988). *Toward a science of Family Nursing*. Menlo Park, California: Addision – Wesley.
- Gorman, L.M., Sultan, D., & Luna - Raines, M. (1989). Crisis Intervention. In *Psychosocial Nursing Handbook For The Non – Psychiatric Nurse*.(pp. 43 – 47). Baltimore: Williams & Willins.
- Gouick, J., & Gentleman, D. (2004). The emotional and behavioural consequences of traumatic brain injury. *Trauma*, 6, 283 – 292.
- Grimm, P.M. (1997). Measuring anxiety. In M. Frank – Stromborg & S. J. Olsen (Eds.). *Instruments for clinical health – care research* (2th ed.). Boston: Jones and Bartlett Pulishers.
- Griogo, L.C. (1993). Physiologic and psychologic factor related to depression in patients after myocardial infartion. *Heart & Lungs*, 22(5), 392 - 400.
- Hartfield, M.T., Cason, C.L., & Cason, G.L. (1982). Effects of information about a threatening procedure on patients' expectations and emotional distress. *Nursing Research*, 31(4), 202 – 206.
- Hartshorn, J. C., et al., (1993). Individual and family response to the critical care experience. In J. C. Hartshorn , M. Lambonr & M. L. Noll (Eds.). *Introduction to Critical Care Nursing*. (pp. 7 – 19). Philadelphia: Saunders.
- Hall, K.M., Karzmark, P., Stevens, M., Englander, J., Hare, P.O., & Wright, J. (1994). Family Stressors in Traumatic Brain Injury:A Two – Year Follow –Up. *Arch Phys Med Rehabil*, 75, 876 - 884.

- Halm, M.A. (1990). Effect of support groups on anxiety of family member during critical illness. *Heart&Lung*, 19(1), 62 - 71. Retrieved July 15, 2007, From PubMed database.
- Halm, M.A., Titler M.G., Kleiber C., Johnson S.K., Montgomery L.A., Craft M.J., et al. (1993). Behavioral responses of family members during critical illness. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 414 - 437.
- Hickey, M. (1993). Psychosocial Needs of Families. In J. M. Clochesy, C. Breu, S. Cardin, E. B. Rudy & A. A. Whittaker (Eds.), *Critical Care Nursing*. Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Hickey, M. (1996). Psychosocial needs of family. *Critical Care Nursing*, 91 - 101. Hill, M. (2000). *Clinician's Guide to Mental Illness*. Pennsylvania.
- Horn, E.V., & Tesh, A. (2002). The effect of critical care hospitalization on family member: Stress and responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(4), 40 - 50.
- Jamerson, P.A., Scheibmeir, M., Bott, M.J., Crighton, F., Hinton, R.H., & Cobb, A.K. (1996). The experiences of families with the relative in the intensive care unit. *Heart&Lung*, 25(6), 465 - 474.
- Johnson, S. H. (1986). 10 way to help the family of a critically ill patients. *Nursing*, 16(1), 50-53.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R.D., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., et al. (2004). Post-traumatic stress disorder - related symptoms in relatives of patients following intensive Care. *Intensive Care Med*, 30, 456 - 460. Retrieved July 15, 2007, From PubMed database.
- Kreutzer, J.S., Kolakowsky-Hayner, S.A., Demm, S.R., & Meade, M.A. (2002). A Structured Approach to Family Intervention After Brain Injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 17(4), 349 - 367.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, adaptation and coping*. New York : Springer publishing company.
- Leske, J.S. (1996). Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. *AORN Journal*, 64(3), 424 - 436.
- Leske, J.S. (1998). Treatment for Family Members in Crisis After Critical Injury. *American Association of Critical Nurses Clinical Issues*, 9(1), 129 - 139.
- Leske, J. S. (2002). Intervention to decrease family anxiety : protocols for practice. *Critical Care Nurse*, 22(6), 61 - 65.

- Meisel, M. (1991). Psychosocial Implications in Care of the Critically Ill Patient and Family. *Critical Care Nursing*, 14 - 22.
- Paparrigopoulos, T., Melisski, A., Efthymiou, A., Tsekou, H., Vadala, C., Kribeni, G., et al. (2006). Short - term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal Psychosom Research*, 61(5), 712 - 722. Retrieved January 10, 2007 From PubMed database.
- Perez-San Gregorio, M.A., Blanco-Picobia, A., Murillo-Cabezas, F., Dominguez-Roldan, J.M., Sancher, B. & Nunez-Roldan, A., (1992). Psychological problems in the family members of gravely traumatized patients admitted into an intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 18, 278 - 281.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P.G., Canoui, P., et al. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*, 29(10), 1893 - 1897. Retrieved January 10, 2007 From PubMed database.
- Pochard F., Darmon M., Fassier T., Bollaert P.E., Cheval C., Coloigner M., et al. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. *Journal of Critical Care*, 20, 90 - 96. Retrieved January 10, 2006, From PubMed database.
- Shives L. R. (1998). *Basic Concepts of Psychiatric – Mental Health Nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers.
- Shives L. R. (2005). Anxiety Disorder. *Basic Concepts of Psychiatric – Mental Health Nursing*. (6th ed.). Florida: Lippincott William & Wilkins.
- Shuldham, C. M., Cunningham, G., Hiscock, M., & Luscombe, P. (1995). Assessment of anxiety in hospital patients. *Journal of Advance Nursing*, 22, 87 - 93.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.). *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academicpress.
- Stuart, G.W. (2001). Anxiety Responses and Anxiety Disorders. In G.W. Stuart & M.T. Laraia (Eds.), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*: 7th ed. (274 – 296). London: Mosby.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. (1995). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. (5th ed.). London: C.V. Mosby.

- Thompson, D.R. & Meddis, R. (1990). Wives' Responses to Counselling Early After Myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(3), 249 - 258.
- Yehuda R., Mcfarlane A.C. & Shalev A.Y. (1998). Predicting the Development of Posttraumatic Stress Disorder from the Acute Response to a Traumatic Event. *Society of Biological Psychiatry*, (44), 1305 - 1313.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A clinical approach*. (5th ed.) New York: W.B. Saunders.
- World Health Organization. *What is depression?* Retrieved November 15, 2008, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/





ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Sample size ญาติผู้ป่วย 284 คน เสนอยินยอมเข้าร่วมวิจัย มีผู้ป่วย 56 คน เสียชีวิตใน หน่วยบำบัด พิเศษ (มีจำนวน 50 คน ที่มีการตัดสินใจ เรื่องวาระสุดท้ายของผู้ป่วย) และผู้ป่วย 228 คน จำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษ Outcome measures & Data collection 1.ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยมีแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ, อายุ, สถานการณ์เจ็บป่วย การมีโรค ร่วม (โรคปอดอุดตันเรื้อรัง, หัวใจ สิ้นหัวใจเรื้อรัง, เนื้องอกหรือมะเร็ง, โรคระบบประสาท, โรคทางจิตเวช, Simplified Acute Physiology: SAPS II เมื่อแรกเข้า หน่วยบำบัดพิเศษ, End-of-life decisions และการเสียชีวิตในหน่วยบำบัด พิเศษ	- มีรายงานเรื่องเวลาที่ได้รับข้อมูลมีน้อยเกินไป ร้อยละ 15.1 - ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนร้อยละ 15.8 - ได้รับข้อมูล ไม่ครบถ้วนร้อยละ 33.4 - ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 25 - ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษา ร้อยละ 24.3 - จากผู้ป่วย 56 คน ที่เสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษมี 50 คน ที่ได้รับการตัดสินใจเกี่ยวกับวาระสุดท้าย - ญาติ 28 คน ได้รับการบอกกล่าวง่าย ๆ ในเรื่องการตัดสินใจ ส่วนญาติอีก 22 คน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหลังจากที่ต้องดูแลผู้ป่วยในหน่วยบำบัด พิเศษ - ญาติต้องการพบนักจิตวิทยาเพื่อช่วยเหลือร้อยละ 8.4 และต้องได้รับยาจากจิตแพทย์ร้อยละ 8.4 - ญาติผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะมีอาการ PTSD ร้อยละ 33.1

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	2. ลักษณะทางประชากรของญาติเก็บข้อมูล โดยมีแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, อายุ, เพศ, ประวัติการของการได้รับข้อมูลข่าวสาร, การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกวัน (ไม่นับรวมวาระสุดท้ายของผู้ป่วย) 3. อาการที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่จะเกิด PTSD ประเมิน โดย Impact of Event Scale (IES) 4. ภาวะสุขภาพ ประเมินโดย Short-Form General Health Survey (SF-36) มีการประเมิน 8 เรื่อง ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านกายภาพ, การทำหน้าที่ทางสังคมบทบาททางกายภาพ, บทบาทด้านอารมณ์, สุขภาพจิต, การเจ็บปวด, ความมีชีวิตชีวาและสุขภาพทั่ว ๆ ไป 5. ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ประเมินครอบครัวผู้ป่วย โดย The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	- เหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับ PTSD ของญาติผู้ป่วยวิกฤตได้แก่ 1. ความไม่พึงพอใจในการได้รับข้อมูลข่าวสาร 2. ญาติผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ 3. ญาติผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษหลังจากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องวาระสุดท้าย 4. ญาติผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องวาระสุดท้าย 5. จำนวนเตียงมาก - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ PTSD ปัจจัยด้านผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งญาติผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการ PTSD - ผู้ป่วยที่มีคะแนน SPAS ในระดับสูงญาติผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดการ PTSD - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดการ PTSD

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	- การเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ที่หลังผู้ป่วยจำหน่ายหรือเสียชีวิต จากหออภิบาลผู้ป่วยซึ่งการสัมภาษณ์จะใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดิมตลอดเป็นนัคนมนุษย์ วิทยาที่มีประสบการณ์ โดยจะโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน IES, HADS และ SF-36	ปัจจัยด้านครอบครัวผู้ป่วย - การเป็นบุตรของผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดอาการ PTSD - การเป็นพหุบุณมีมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดอาการ PTSD - การที่ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูล ไม่เพียงพอ และไม่สมบูรณ์ มีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดอาการ PTSD - การที่ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอัน มีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดอาการ PTSD - ทำให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงของญาติผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาเสี่ยงเกิดความวิตกกังวล อาการ PTSD ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ PTSD

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยายและรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	-Chien, W.T., Chiu, Y.L., Lam, L.W., and Ip, W.Y.	Setting	- หน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลทั่วไปใน New Territories Hong Kong	Intervention	กลุ่มควบคุม - ในระหว่างวันที่ 1-3 จะได้รับการปฐมพยาบาลและคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษ
Year	- 2006	Population	- ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลทั่วไปใน New Territories Hong Kong		เครื่องมือ กิจกรรมประจำวัน ระยะเวลาการเยี่ยมอธิบายเกี่ยวกับการและการวางแผนการรักษาโดยพยาบาลหน่วยบำบัดพิเศษ
Title	- Effects of a needs-based education program for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study		Inclusion criteria 1. เป็นสามี/ภรรยา หรือญาติร่วมสายเลือดเดียวกับผู้ป่วย 2. อายุ 18 ปี หรือ 18 ปีขึ้นไป 3. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาจีนได้ 4. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด		กลุ่มทดลอง - ในระหว่างวันที่ 2 และ 3 หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษครอบครัวผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการให้ความรู้ 2 ครั้ง ในวันที่ 2 และ 3 ครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยพยาบาลในหน่วยบำบัดพิเศษเนื้อหาความรู้รวม จากความต้องการพื้นฐานของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้ประเมินตอนทำ pre-test ด้วย C-CCFNI และจากการศึกษารวบรวมที่เกี่วข้อง
Objective	- การศึกษาแบบของโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		Exclusion criteria 1. มีภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกาย หรือจิตใจ 2. ความสามารถด้านร่างกายและ/หรือจิตใจลดลง 3. เคยมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ	Results	1. ลักษณะทางประชากร - ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 37.8 ปี และผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 43.1 ปี - ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 35.9 ปี และผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 48.2 ปี
Design	- Quasi-experimental atudy with two randomized study group				

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
	Sample size	Results	
-B Level	- ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 66 คน กลุ่มทดลอง ครอบครัวผู้ป่วย 34 คน จาก ผู้ป่วยเฉียบ 1 - 10 กลุ่มควบคุม ครอบครัวผู้ป่วย 32 คน จาก ผู้ป่วยเฉียบ 11-20 Outcome measures & Data collection 1. ลักษณะทางประชากร ข้อมูลอายุของครอบครัวผู้ป่วย เพศ ระดับ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รูปแบบ การดำเนินชีวิตกับผู้ป่วยและอาชีพของผู้ป่วย ส่วนการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยดูจากเวช ระเบียน ในหน่วยบำบัดพิเศษ 2. ความต้องการการดูแลครอบครัวผู้ป่วย วิกฤต ประเมินโดย The Chinese version of Critical Care Family Need Inventory (C-CCFNI) ซึ่งพัฒนาโดย Leake (1986) เพื่อหาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 45 ข้อ โดยต้องให้คะแนนแบบ Likert 2 ครั้ง	Results	- ลักษณะทางประชากรของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน 2. ความต้องการการดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต - การเปรียบเทียบคะแนน pre-test C-CCFNI ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกัน - ความต้องการที่ต่ำเป็น 10 อันดับแรก จะเน้นจาก มากไปน้อย จากการตอบแบบสอบถามของครอบครัว ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่ง ไม่มีความแตกต่างกันมีดังนี้ - ต้องการรู้ความก้าวหน้าของการดูแลและการรักษา อย่างถูกต้องตรงไปตรงมา - ต้องการรู้ถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น - ต้องการพูดคุยหรือระบายความรู้สึกด้านลบ เช่น ความรู้สึกลึกคิด หรือความโกรธ - ต้องการรู้ว่าจะทำอะไรที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย - ต้องการได้รับการแนะนำว่าต้องทำอะไรบ้างเมื่อ นานถึงผู้ป่วยอยู่ข้างเตียง - ต้องการรู้ผู้ป่วยจะได้รับบริการรักษาอย่างไร - ต้องการรู้เกี่ยวกับประเภทของบุคลากรที่จะมา ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ชี้ และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	ครั้งแรกจะถูกถามถึงความสำคัญหรือความจำเป็นที่ต้องได้รับและครั้งที่สองจะถามถึงระดับความพึงพอใจในความดีของการ 3. ความวิตกกังวล ประเมินโดย The Chinese version of the State-Trait Anxiety Inventory (C-STAI) ซึ่งพัฒนาโดย Spielberger, et.al. (1970) Pre-test ทั้งหมดประเมินครอบครัวผู้ป่วยในวันที่ 1 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ Post-test ครอบครัวผู้ป่วยประเมิน C-CCFNI และ C-STAI ในวันที่ 4 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ	- ครอบครัวอธิบายสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษ ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกย้ายไปในวันแรก - ต้องการรู้ว่าการทำไม่ต้องมีเครื่องมือเฉพาะสำหรับผู้ป่วย - ต้องการพูดคุยถึงโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต หลังการทดลอง พบว่าครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แตกต่างกับครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.006) 3. ความวิตกกังวล - การเปรียบเทียบคะแนน Pre-test C-STAI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน - หลังการทดลอง พบว่าครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลง แต่ต่างกันกับครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.006)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
			Implication	- การให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง ละ 1 ชั่วโมง สามารถลดความวิตกก กังวลได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับญาติที่มี ภาวะเสี่ยงได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
Design	Blocks Randomized controlled trial, blind at follow-up	Outcome Measure& Data collection	การนอนหลับ การสูบบุหรี่ ความเครียดของคู่สมรส ความเหนื่อย จะทำอะไรต่อไปและจะเริ่มกันอย่างไร ความรู้สึกลึกซึ้ง -ผู้ป่วยทั้งหมดจะมีโทรศัพท์ไปที่บ้าน 3 ครั้ง ใน ทุก 2 สัปดาห์หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการอะไรหรือไม่ Results - จำนวนตัวอย่างในการศึกษาเท่ากับ 104 คน ญาติ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเป็น ผู้สูงอายุ ญาติส่วนใหญ่จะเป็นลูก ถ้าผู้ป่วยอายุน้อย ญาติจะเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 86 ของญาติจะตอบ แบบสอบถามที่ 8 สัปดาห์ และร้อยละ 81 ตอบคำถาม ที่ 6 เดือน - ลักษณะทั่วไปทางประชากรของญาติทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน - คะแนนของHAD anxiety and depression เมื่อ 8 สัปดาห์และ 6 เดือน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน	
Level	A	1. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ประเมิน โดยใช้ the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Spielberger, 1970) ประเมินขณะที่ผู้ป่วย อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไปและวัดซ้ำเมื่อครบ 8 สัปดาห์และ 6 เดือนหลังจากจำหน่ายจาก หน่วยบำบัดพิเศษ ถ้าคะแนนน้อยกว่า 11 แสดงว่ามีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 2. ความวิตกกังวลในระดับปกติของญาติ ผู้ป่วย (Trait anxiety) ประเมินโดยใช้ Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ประเมินตอนแรกเข้า โปรแกรม 3. อาการที่เกี่ยวข้องกับ PTSD ประเมิน โดยใช้ The Impact of Events Scale (IES) เมื่อครบ 8 สัปดาห์และ 6 เดือนหลังจาก หน่วยบำบัดพิเศษ ถ้าคะแนนมากกว่า 19 แสดงว่ามีอาการ PTSD		

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	4.ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยประเมิน โดย The Short form36 (SF-36) ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนเข้าหอผู้ป่วย 6 เดือน โดยประเมินตอนออกจากหอผู้ป่วยแล้ว	-การใช้ HAD พบว่า 58% ของญาติกลุ่มทดลองและ 62% ของญาติกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลตั้งแต่เริ่มคัดเลือกเข้าการศึกษา และ 22% ในญาติกลุ่มทดลอง และ 31% ในญาติกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้า แต่ทั้งหมดไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -คะแนนของ IES เมื่อ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน -ภาวะสุขภาพก่อนการเจ็บป่วยจนเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ วัด โดย SF-36 ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน -การให้ข้อมูลกับญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีปัญหาด้านจิตใจ เมื่อออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ การให้ข้อมูลในการดูแลตนเองอาจไม่สามารถลดปัญหาด้านจิตใจได้ จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับคู่มือแนะนำการช่วยเหลือดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาด้านจิตใจ

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Author	Halm, M.A.	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม จำนวน 24 เตียง ที่ Midwestern university medical center		กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลเชิงเดียวตามปกติที่ดูแลเป็นประจำ โดยพยาบาลประจำหน่วยบำบัดพิเศษ บุคลากรอื่น ๆ แพทย์, นักสังคมสงเคราะห์ เมื่อญาติมาเยี่ยม และมีการโทรบอกอาการ กลุ่มทดลอง จะได้รับการดูแลทั้งเตียง และเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความรู้สึกละแ่นเป็นความรู้และประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหาความเจ็บป่วยที่วิกฤต - มีกลุ่มช่วยเหลือทั้งหมด 5 กลุ่ม สมาชิกในกลุ่มจะมีประมาณ 4-6 คน โดยเฉลี่ยคือ 5 คน - การเข้ากลุ่มช่วยเหลือ 2 ครั้งต่อกลุ่ม แต่ส่วนใหญ่การเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 จะมีสมาชิกมาประมาณ 2 คน - ใช้เวลาในการทำกลุ่ม 90 นาที ในห้องประชุมที่จัดเป็นสัดส่วนใกล้เคียงกับ unit ผู้ป่วย - ผู้ในกลุ่มเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และประสบการณ์การพยาบาลทางจิตเวช กระบวนการกลุ่ม <u>ระยะเริ่มต้น</u> ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของกลุ่มให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญ
Year	1990				
Title	Effects of support groups on anxiety of family members during critical	Population	ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 55 รายของผู้ป่วย 37 คน ในหน่วยบำบัดพิเศษ ที่ Midwestern university medical center		
Objective	เพื่อศึกษารูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือในการลดภาวะวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (วิจัยผู้ใหญ่) ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต	Sample size	ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 55 ราย โดยญาติผู้ป่วย 30 คนแรกอยู่ในกลุ่มควบคุมหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ญาติผู้ป่วยอีก 25 คน เข้ากลุ่มทดลอง		
Design	Quasi – experimental study		เกณฑ์คัดเข้าสำหรับญาติ		
Level	B		- มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรมหลังจากการผ่าตัด ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมสมองหรือศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด - ต้องระบุว่า เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย		

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	- ญาติผู้ป่วยสามารถพูด, อ่าน และเข้าใจภาษาอังกฤษ - ญาติผู้ป่วยอายุอย่างน้อยที่สุด 18 ปี ขึ้น ไป อนุญาตให้ญาติอย่างมากที่สุด 2 คน เข้าร่วมการวิจัย จำนวนญาติผู้ป่วยร้อยละ 50 ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่ม โดยมีเหตุผล 1. ไม่ว่างเนื่องจากมีปัญหาด้านการเดินทาง ทำงาน ต้องดูแลบุตรหรือบุคคลอื่น 2. ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษสั้น ไม่รู้สีกว่าจะได้รับประโยชน์ 3. นิยมปฏิบัติงานมากที่จะให้การช่วยเหลือ Outcome Measure & Data collection - ความวิตกกังวลประเมินโดย State-Trait Anxiety Inventory (STAD) (Spielberger, 1983) จำนวน 20 ข้อ - เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติ และการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม	ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยวิกฤต, กฎของกลุ่ม, การรักษาความลับ, การมีส่วนร่วมในการพูดคุยระหว่างอยู่ในกลุ่ม ระยะกลาง ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง และเล่าเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มจะแนะนำเกี่ยวกับ โครงสร้าง สิ่งที่จะพูดคุยและอธิบายแต่ละประเด็นภายใต้หัวข้อดังนี้ 1. การได้รับข้อมูลด้านการพยาบาล 2. กลไกการเผชิญหน้าที่กับปัญหา 3. การหาแหล่งช่วยเหลือ ซึ่งในแต่ละประเด็นผู้นำกลุ่มจะพูดสั้น ๆ ให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระยะปิดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะสรุปประเด็นหลัก ๆ ที่ญาติผู้ป่วยได้อภิปรายกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึก สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม - นัดหมายวันครั้งต่อไป วันที่ 2 ตามข้อตกลงของกลุ่ม และผู้นำกลุ่มกระตุ้นญาติผู้ป่วยถึงแม้ผู้ป่วยจะออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ ญาติสามารถมาร่วมกลุ่มได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Time 1 Pre-test จะวัดระดับความวิตกกังวลด้วย STAI ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันแรกที่ เซ็น ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย Time 2 Post-test กลุ่มควบคุม จะประเมินหลังจากผ่านไป ประมาณ 12-18 ชม. ทั้งนี้ใจว่าสมาชิกใน กลุ่มได้รับข้อมูลความรู้จากพยาบาลประจำ หน่วยบำบัดพิเศษเพียงพอแล้ว กลุ่มทดลอง จะประเมินหลังการเข้าร่วม กลุ่มช่วยเหลือครั้งที่ 1 ประมาณ 12-18 ชม.	ข้อมูลส่วนบุคคล - อายุเฉลี่ย 50.15 ปี (18-80 ปี) - เป็นหญิง 36 คน ชาย 19 คน - ส่วนใหญ่สมรสแล้ว - ระดับการศึกษาอยู่ระหว่าง 9-16 ปี - เฉลี่ย 12.98 ปี - 2 ใน 3 นับถือศาสนาคริสต์ - ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน - สมาชิกส่วนใหญ่เป็นญาติที่ใกล้ชิด - สถานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ความวิตกกังวล ความวิตกกังวล ประเมินครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือครั้งที่ 1 ประมาณ 12-18 ชั่วโมง พบว่าความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.01$) แต่ความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่ม ช่วยเหลือ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD การซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของญาติ เหตุการณ์ด้านบวก ด้านผู้ป่วย - ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น - การที่ผู้ป่วยจะให้อยู่ออกจากหน่วยงานบำบัดพิเศษ ด้านบุคคล - มีความเชื่อทางด้านจิตใจ การมีความหวังสำหรับอนาคต ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล - บุคคลอื่นให้ความช่วยเหลือ - การช่วยเหลือการดูแลสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ เหตุการณ์ด้านลบ ด้านผู้ป่วย - ความเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น - การเสื่อมสภาพของร่างกายของผู้ป่วย ด้านบุคคล - ความกลัวที่ไม่รู้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม 1. ทำให้ระลึกเสมอว่าไม่ได้โดดเดี่ยว 2. ได้แบ่งปันความรู้สึกับคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน 3. เรียนรู้ปัญหาของคนอื่นอาจเลวร้ายกว่าที่เราประสบ 4. ยังมองเห็นความหวัง 5. ลดความวิตกกังวล 6. เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาในรูปแบบใหม่ 7. มีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและขั้นตอนการดูแลรักษา Implication - การทำกลุ่มช่วยเหลือในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	Paparrigopoulos, Melissaki, Efthymiou, Tsekou, Fadala, Kribeni,	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง กรุง Athens ประเทศ Greece	Results	1. ข้อมูลทางสังคมและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย - อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ศึกษาคือ 44.6 ± 18.6 ปี (17-18 ปี) - ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่า Head Injuries - APACHE II score เฉลี่ย = 11.8 ± 4.8 (2-24) - ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ เฉลี่ย 25.5 ± 16.4 วัน (8-88 วัน) - ระยะเวลาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เฉลี่ย 16 ± 11.3 วัน (4-60 วัน) - ผลลัพธ์การรักษาคือ รอดชีวิตทั้งหมด
Year	2005	Population	ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยหน่วยบำบัดพิเศษ (first-degree relatives of patients) จำนวน 32 คน ในโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โดยมีการรักษาอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษมาเป็นเวลากว่า 6 เดือน	ญาติผู้ป่วย	- อายุเฉลี่ยคือ 40.2 ± 13.8 ปี (21-73 ปี) - เป็นเพศชาย 16 คน และหญิง 16 คน - สถานภาพสมรสร้อยละ 65.6 - ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ High school ร้อยละ 62.5 - ไม่เคยมีประสบการณ์ในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน ร้อยละ 87.5
Title	Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients	Sample size	ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย 32 คน เช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย		
Objective	เพื่อประเมินผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษในช่วงเวลาสั้น ๆ โดยประเมินอาการของปฏิกิริยาภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังกั้นทราย อการวิตกกังวล	Outcome Measure & Data collection	1. ลักษณะทางประชากรและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยและญาติประกอบด้วย อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, อาชีพ, ระดับการศึกษา, สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคมและความเกี่ยวพันของญาติ		

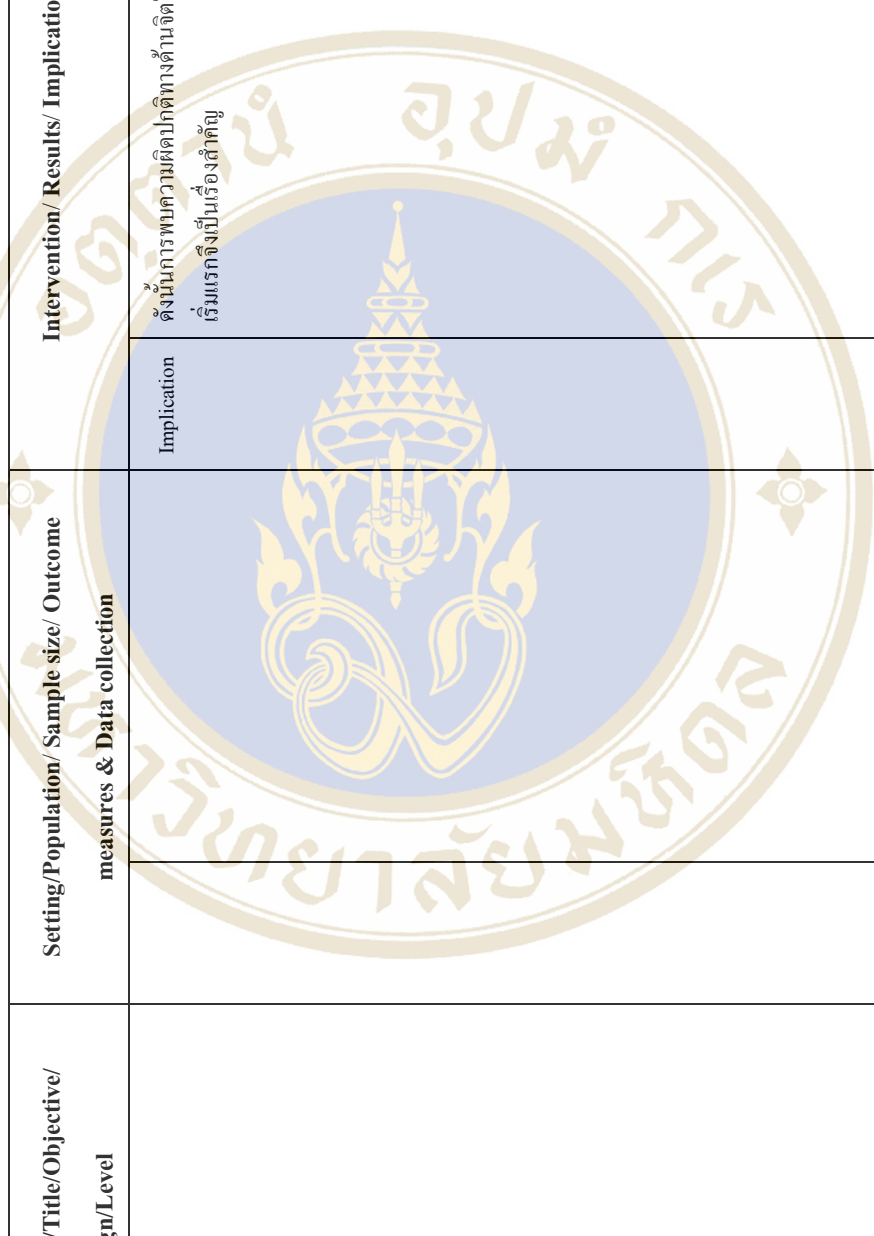
ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
และอาการซึมเศร้า เพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะความกดดันทางจิตใจของญาติผู้ป่วย Descriptive C	- ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยรวบรวมจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ได้แก่สาเหตุที่ต้องรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต, การวินิจฉัยโรค, การผ่าตัด(ถ้ามี), APACHE II score และการประเมินอัตราเสียชีวิตเมื่อแรกเริ่ม, ระยะเวลาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ, ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา, ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ, และผลลัพธ์การรักษา - ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากญาติประวัติการเจ็บป่วย และการรักษาในอดีต การใช้ยา และความผิดปกติทางจิต - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมิน 1 สัปดาห์ $\pm$ 1 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ 2. ภาวะซึมเศร้า ประเมิน โดย Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D: ถ้า	- ไม่เคยมี traumatic stressors ร้อยละ 78.1 - ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมิน มีค่ามัธยฐาน ที่ 21 วัน (2 - 78 วัน) 2. ความแตกต่างของอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และอาการที่เป็นลักษณะของ PTSD - ในการประเมินครั้งแรก ญาติผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าร้อยละ 97, อาการที่เป็นลักษณะของ PTSD ร้อยละ 81 - ในการประเมินครั้งที่ 2 ญาติผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าร้อยละ 87, เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าร้อยละ 87, เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตใจหลังขั้นตราร้อยละ 59 - อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และอาการที่เป็นลักษณะของ PTSD ในการประเมินครั้งที่ 2 น้อยลงกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $P < 0.002$, $P < 0.000$ ตามลำดับ) ยกเว้น IES avoidance 3. ปัจจัยทำนายภาวะทางจิตใจของญาติผู้ป่วย - ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ต่อระดับความรุนแรง

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	คะแนน ≥ 16 เป็นข้อบ่งชี้ว่าจะมีภาวะซึมเศร้า) 3. ความวิตกกังวล ประเมินโดย The Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) 4. อาการที่เป็นลักษณะของ PTSD การก้าวร้าว (insultion) และการหลีกเลี่ยง (avoidance) ประเมิน โดย the Impact of Event Scale (IES: ถ้าคะแนน > 30 บ่งชี้ว่ามี trauma symptom ฟ้า criteria ของ PTSD) - แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และอาการที่เป็นลักษณะของ PTSD จะได้รับการประเมิน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ ± 1 วันหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ครั้งที่ 2 3 ± 2 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษ	ของภาวะซึมเศร้าในการประเมินทั้ง 2 ครั้งและเป็นการทำซ้ำของพัฒนาไปผู้กลุ่มอาการ PTSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.000$) - ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจของญาติ - การคงอยู่ของกลุ่มอาการ PTSD ในการประเมินครั้งที่ 2 ขึ้นอยู่กับเพศของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0009$) ซึ่งเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชาย - ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) ในการประเมินครั้งที่ 1 เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.04$) ของการพัฒนาของกลุ่มอาการ PTSD ในการประเมินครั้งที่ 2 ร่วมกับเพศของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.03$) - อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และปฏิกิริยาความผิดปกติทางจิตใจหลังขณทราย จะมีระดับสูงใน ระยะ 1 สัปดาห์แรก และจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปแต่ยังมีอัตราเสี่ยงที่จะทำให้พัฒนาเป็น PTSD ได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
		Implication	 ดึงเน้นการพบความผิดปกติทางจิตใจตั้งแต่ระยะ เริ่มแรกจึงเป็นเรื่องสำคัญ

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาพเชิงเสริมสร้างของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	- Pochard, F., Azoulay, E., Chevet, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P, et al.	Setting	- หน่วยบำบัดพิเศษในฝรั่งเศส 43 แห่ง 37 แห่งเป็นหน่วยบำบัดพิเศษผู้ใหญ่ และ 6 แห่งเป็นหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก	Results	จากหน่วยบำบัดพิเศษ 43 แห่ง ที่เข้าร่วมการศึกษา (661 เดียง) มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 637 คน และมีครอบครัวผู้ป่วยที่ตอบแบบประเมิน HADS อย่างสมบูรณ์ 836 คน
Year	2001	Population	- ผู้ป่วยที่เข้าโรงพยาบาลหลังวันที่ 7 ธันวาคม 1998 ครอบครัวผู้ป่วยทุกคนที่มาเยี่ยม โดยครอบครัวผู้ป่วยจะต้องลงนามยินยอมเข้าร่วม		1.ลักษณะทั่วไปของหน่วยบำบัดพิเศษ - เป็นหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก 6 แห่ง (14%) - คำนวณฐานจำนวนเดียง = 15 (พิสัย 6 - 30 เดียง) - มีแพทย์ 4 คน (1-8 คน) - สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยคือ 1:3 (1:2-1:5) - เวลาที่ให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมในแต่ละวัน คือ 150 นาที (15-1440 นาที) - มีห้องพักรอ 35 แห่ง (81.4%) - มีห้องประชุมสำหรับ ครอบครัวผู้ป่วย 19 แห่ง (44%) - พยาบาลและแพทย์จะพบครอบครัวผู้ป่วยเพื่อปรึกษาหารืออย่างสม่ำเสมอ 29 หน่วยบำบัดพิเศษ (67.5%)
Title	- Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity	Sample size	- ผู้ป่วยจำนวน 637 คน ครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 920 คน		
Objective	เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิตกกังวลและซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วยหน่วยบำบัดพิเศษ	Outcome Measure & Data collection	ตัวแปรต้น 1. ลักษณะทั่วไปของหน่วยบำบัดพิเศษ เก็บข้อมูลโดยมีการบันทึก จำนวนเดียง, ห้องที่มเิดียงผู้ป่วย 2 เดียงหรือมากกว่า, จำนวนแพทย์อายุโส, สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย, การมีห้องพักรอ, การมีห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย		

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
Design	- Prospective multicenter study	และความเห็นของแพทย์และพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยเพื่อการปรึกษาหารือเรื่องผู้ป่วย	- เพศชาย 418 คน (65.6%) - เพศหญิง 217 คน
Level	-C	2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเก็บข้อมูล โดยมีแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ, เพศ, ภูมิถิ่น, สถานภาพสมรส, และอาชีพ (สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่), เหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ, และสภาพอาการทางคลินิกเมื่อแรกเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ โดยประเมินจาก Simplified Acute Physiology Score II ภายใน 24 ชม. ที่เข้ามาใน หน่วยบำบัดพิเศษ	- โสด 202 คน (32%) - ไม่ใช้ฝรั่งเศสแท้ 85 คน (13.3%) - ว่างาน 108 คน (17%) - มีโรคเรื้อรัง 572 คน (65.5%) - คำนวณของ Simplified Acute Physiology Score II เท่ากับ 38 (พิสัย 0-103) - ระยะเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาลวัน (3-99วัน) - เสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ 118 คน (18.5%)
		3. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยมีการบันทึก อายุ, เพศ, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, และอาชีพและมีข้อคำถามโดยตอบใช่/ไม่	2. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วย - เพศชาย 611 คน (66.4%) - คำนวณอายุ=45ปี (13-90 ปี) - มีครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ใช้ฝรั่งเศสแท้ 120 คน (13%) แต่ที่ไม่รู้ภาษาฝรั่งเศสมี 28 คน (3%)
		- ครอบครัวผู้ป่วย ได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกัน - ครอบครัวผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทั่วไป	3. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย - คำนวณอายุ = 59 ปี (1-93 ปี) - ไม่มีญาติมาเยี่ยมภายใน 5 วันตั้งแต่เข้าหน่วยบำบัดพิเศษ 56 คน (8.8%)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	- ครอบครัวผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา <u>ตัวแปรตาม</u> 1. อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ประเมินครอบครัวผู้ป่วยโดย The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาโดย Zigmond & Snaith (1983) มี 14 items - แบบประเมินทั้งหมดประเมินในระหว่างวันที่ 3 ถึงวันที่ 5 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ	- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย - เป็นคู่สมรส 217 คน (23.5%), - เป็นพ่อแม่ 210 คน (22.8%) - เป็นลูก 227 คน (24.7%) - เป็นหลาน 84 คน (9.1%) - ส่วนอีกที่เหลือคืออื่นๆ - เป็นครอบครัวผู้ป่วย หน่วยบำบัดพิเศษเด็ก 135 คน (14.7%) - ครอบครัวผู้ป่วย 105 คน (11.7%) รายงานว่าได้รับข้อมูลที่ดีเช่นกัน - ครอบครัวผู้ป่วยบอกว่าไม่รับทราบเฉพาะของผู้ดูแลแต่ละคน 492 คน (53.5%) - ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา 431 คน (46.8%) - ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาทั่วไป 439 คน (47.7%) อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า - ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 69.1 และอาการซึมเศร้าร้อยละ 35.4

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังเมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษจะทำให้คนในครอบครัวมีโอกาสมีอาการวิตกกังวลถึง 1.52 เท่า ($p = 0.02$) ปัจจัยการเป็นคนในครอบครัว - การเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าคนในครอบครัวอื่นถึง 2.8 เท่า ($P = 0.0001$) - การเป็นเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าเพศชายถึง 2.142 เท่า ($p = 0.0001$) - ครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา ถึง 1.62 เท่า ($p = 0.01$) - ครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากนักวิชีรแพทย์ ไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากนักวิชีรแพทย์ ถึง 1.55 เท่า ($p = 0.02$)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		ปัจจัยจากการเป็นผู้ดูแล - จากการที่ไม่ได้พบแพทย์และพบขาดดูแลประจำ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการวิตกกังวลถึง 1.36 เท่า ($p = 0.02$) - จากการที่ไม่ได้ห้องที่ใช้ประชุมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการวิตกกังวลถึง 1.80 เท่า ($p = 0.01$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการซึมเศร้า ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษจะทำให้คนในครอบครัวมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากถึง 0.79 เท่า ($p = 0.02$) ปัจจัยจากการเป็นคนในครอบครัว - การเป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าความสัมพันธ์อื่นถึง 2.1 เท่า ($p = 0.0001$) - การเป็นเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า ($p = 0.0001$)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาพระดมความคิดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		- การใช้ คนฝรั่งเศสเห็นโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าคนฝรั่งเศสแท้ถึง 1.9 เท่า (p =0.02) <u>ปัจจัยจากการเป็นผู้ดูแล</u> - จากการที่ที่ไม่มีห้องพักรอ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้าถึง 2.5 เท่า (p =0.009) - จากการที่ ได้รับ ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีโอกาสมีอาการซึมเศร้าถึง 1.67 เท่า (p =0.04) ทำให้ทราบถึงความฉุกเฉินของผู้ป่วยมีอาการวิกฤต กังวลร้อยละ 69.1 และอาการซึมเศร้าร้อยละ 35.4 และทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า ได้แก่ปัจจัยจากผู้ป่วย ปัจจัยจากการเป็นคนในครอบครัว และปัจจัยจากการเป็นผู้ดูแล

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P.E., Cheval, C., coloiner, M., et.al.,	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลชุมชนในฝรั่งเศส ในเดือน มีนาคม 2001	Results	จำนวนหน่วยบำบัดพิเศษที่เข้าร่วมมีทั้งหมด 78 แห่ง (1184 เตียง, คิดเป็น33% ของเตียง หน่วยบำบัดพิเศษในฝรั่งเศส) เป็นหน่วยบำบัดพิเศษอาการ ร้อยละ 12, 40 และเป็นหน่วยบำบัดพิเศษสัลยกรรม ร้อยละ 12, เป็นหน่วยบำบัดพิเศษของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ61.5
Year	2005		เกณฑ์ในการคัดเลือกหน่วยบำบัดพิเศษมีดังนี้ 1. เป็นหน่วยบำบัดพิเศษผู้ใหญ่ 2. มีแพทย์ดูแลมากกว่า 2 คน 3. มีเตียงผู้ป่วยมากกว่า 6 เตียง		1. ลักษณะทั่วไปของหน่วยบำบัดพิเศษ - มีค่ามัธยฐานของเตียง = 12 เตียง (10-18 เตียง) แพทย์ 4 คน (3-5 คน) และผู้ป่วย 3 คนต่อพยาบาล 1 คน (1-4 คน), ผู้ดิมักจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์คนเดิมเสมอร้อยละ 25.6, มีการเขียนแนวทางการดำเนินการเพื่อประสานคดีต่อกับญาติผู้ป่วยร้อยละ 27, มีกิจกรรมการพบปะระหว่างแพทย์ พยาบาล และญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอแต่ละครั้งเป็นประจําร้อยละ69, มีแผนพบให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 82, ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการเยี่ยมผู้ป่วย คือ 3 ชั่วโมงต่อวัน (1-3 ชั่วโมง)
Title	Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death	Population	ญาติผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษของ โรงพยาบาลชุมชนจำนวนเท่าๆ กัน โดยจะคัดเลือกผู้ป่วยมาแต่ละ 5 คน		
Objective	เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการวิตกกังวล และซึมเศร้าในญาติผู้ป่วยที่จำหน่ายหรือเสียชีวิตจากหน่วยบำบัดพิเศษ		Inclusion criteria - ผู้ป่วยที่จะศึกษา ต้องอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษมา ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง		

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD การเสริมสร้างของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
Design	Descriptive	Exclusion criteria 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 48 ชม. หลังเข้า หน่วยบำบัดพิเศษ	2. ข้อมูลผู้ป่วย คำนิยามพื้นฐานของอายุเท่ากับ 61 ปี (42-74 ปี), เป็นเพศชายร้อยละ 69.1, เป็นชาวฝรั่งเศสร้อยละ 79, เข้าหน่วยบำบัดพิเศษด้วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร้อยละ 54.9, ไม่มีสีกตัวร้อยละ 35.8, ภาวะ Shock ร้อยละ 35, ภาวะเฉียบพลันร้อยละ 14.6, ค่า SAP II score เมื่อแรกเริ่มเข้าหน่วยบำบัดพิเศษ = 42 (29-55), ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ 14 วัน (7-26 วัน), และเสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษร้อยละ 17.1, ผู้ป่วยมีญาติคนเดียวร้อยละ 65.5, มีญาติ 2 คน ร้อยละ 25.7 และมีผู้ป่วย 30 คน ที่มีญาติตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป 3. ข้อมูลญาติ - ญาติผู้ป่วยจำนวน 544 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 9 วัน (5-18) วันหลังจากได้รับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบำบัดพิเศษ, อายุของญาติที่มีมัธยฐาน = 47 ปี (35-60 ปี), เป็นเพศชายร้อยละ 65, เป็นชาวฝรั่งเศสร้อยละ 89, เป็นคาทอลิกร้อยละ 81, ทำงานด้านสาธารณสุขร้อยละ 11, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นญาติ 34.5,
Level	C	2) ญาติผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย 3) ผู้ป่วยไม่มีญาติมาเยี่ยมภายใน 5 วันนับตั้งแต่เริ่มเข้าในหน่วยบำบัดพิเศษ ผู้ป่วยจำนวน 357 คน ญาติผู้ป่วยจำนวน 544 คน ตัวแปรต้น 1. ลักษณะทั่วไปของหน่วยบำบัดพิเศษ เก็บข้อมูล โดยการบันทึกเกี่ยวกับ การเป็นหน่วยบำบัดพิเศษของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลชุมชน, จำนวนเตียง, จำนวนแพทย์อายุรเวศ, สัดส่วนระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย, กิจกรรมที่หน่วยงานทำร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย การประชุมปรึกษาระหว่างแพทย์ พยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง,	
		Outcome Measure & Data collection	

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	ความรู้ที่ให้กับญาติผู้ป่วย, จำนวนชั่วโมง การเขียนต่อวัน, มีการจัดให้แพทย์คนเดิม ในการให้ข้อมูลกับญาติหรือไม่, หน่วย บำบัดพิเศษมีแนวทางที่ชัดเจนในการ ประสานต่อ /ให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วย 2. ข้อมูลผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยการบันทึก เกี่ยวกับ อายุ, เพศ, ประเภทที่เกิด, เหตุผลที่ เข้าหน่วยบำบัดพิเศษ, สภาพอาการเมื่อแรก เข้าประกอบด้วย The Simplified Acute Psysiology Score (SAPS) II score, ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษ, ระดับ สัญญาณชีพเมื่อจำหน่ายออกจากหน่วย บำบัดพิเศษ 3. ข้อมูลญาติเก็บข้อมูล โดยการบันทึกอายุ, เพศ, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, เชื้อชาติ, ประเภทที่เกิด, อาชีพ, ประสิทธิภาพ เกี่ยวกับหน่วยบำบัดพิเศษจากการเคยเป็น ผู้ป่วยหรือเป็นญาติ, จำนวนเวลาที่ต้องการ ได้รับข้อมูลจากบุคลากรที่ผู้รักษา และ เวลาที่ได้รับจริง	เป็นบุตรร้อยละ 27.9 เป็นพ่อหรือแม่ร้อยละ 18.9, เป็น เพื่อนร้อยละ 2.6, ที่เหลือเป็นพี่น้องหรือญาติอื่นๆ, ใน การสัมภาษณ์ถึงประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลของ ทีมการรักษา ญาติรู้สึกที่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนร้อยละ 17.8, ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการ วินิจฉัยโรคร้อยละ 68.9, ต้องการเรื่องการรียร้อย ละ 69.1, และต้องการรู้เรื่องการพยากรณ์โรคร้อยละ 72, ครึ่งหนึ่งของญาติต้องการความช่วยเหลือจาก จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา, ความแตกต่างระหว่างเวลา ที่ญาติคาดหวังว่าจะได้รับการช้กถามข้อมูล กับ เวลาที่ได้รับจริง = 5 นาที (0-7 นาที) 4. ความวิตกกังวลและซึมเศร้า -ญาติผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 73.4 และอาการ ซึมเศร้าร้อยละ 35.3 - ความสูงในการที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบ สามัญกรรยาโดยร้อยละ 80.3 จะมีอาการวิตกกังวล และร้อยละ 39 จะมีอาการซึมเศร้า - 1 ใน 3 ของญาติผู้ป่วยมีอาการทั้ง 2 อย่างคือวิตก กังวล และซึมเศร้า

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	ตัวแปรตาม 1. ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ประเมิน โดย the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาโดย Zigmond และ Snaith (1983)	- 3 ใน 4 ของญาติผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลอย่างใดอย่างหนึ่ง - คนที่เป็นสามี/ภรรยา มีแนวโน้มที่จะมีความน่าจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (p =0.007) - อาการซึมเศร้าจะพบว่ามีควมชุกมากในกลุ่มญาติผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.008) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล ปัจจัยด้านผู้ป่วย - ผู้ป่วยที่มีคะแนนสภาพอาการแรกเข้า (SAPS) ที่มากขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ญาติมีโอกาสดีกกังวลมากขึ้น 1.017 เท่า (p=0.02) - ผู้ป่วยที่มีอายุเฉลย 1 ปีเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ญาติมีโอกาสดีกกังวลมากขึ้น 0.984 เท่า (p=0.01)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		<u>ปัจจัยจากการเป็นญาติ</u> - การเป็นสามี/ภรรยาที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการวิตกกังวลมากกว่าความสัมพันธ์อื่นถึง 2.085 เท่า ($p=0.004$) <u>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการซึมเศร้า</u> <u>ปัจจัยด้านผู้ป่วย</u> - ผู้ป่วยที่มีคะแนนสภาพอาการแรกเข้า (SAPS) ที่มากขึ้น 1 คะแนนจะทำให้ญาติมีโอกาสซึมเศร้ามากขึ้น 1.015 เท่า ($p=0.015$) - ผู้ป่วยที่อยู่ในห้อง 1 ปีเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ญาติมีโอกาสซึมเศร้ามากขึ้น 0.981 เท่า ($p=0.04$) - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหน่วยบำบัดพิเศษ จะทำให้ญาติมีโอกาสมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิต 2.092 เท่า ($p=0.011$) <u>ปัจจัยจากการเป็นผู้ดูแล</u> - การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องที่มากกว่า 1 เดือนญาติมีโอกาสซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่นอนในห้องที่มี 1 เตียง ถึง 1.539 เท่า ($p=0.047$)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD การเผชิญหน้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		Implication - ทำให้ทราบถึงความทุกข์ในญาติผู้ป่วย ซึ่งมีอาการ วิตกกังวลร้อยละ 73.4 และการซึมเศร้าร้อยละ 35.3 และทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตมีความวิตกกังวล มีปัจจัยจากผู้ป่วย และปัจจัย จากญาติผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนสภาพอาการแรกเข้าที่ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน, อายุที่น้อยกว่า 1 ปี และการที่มี ความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา ส่วนภาวะซึมเศร้า มีปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยจาก ผู้ดูแล ได้แก่ คะแนนสภาพอาการแรกเข้า 1 คะแนน, อายุที่น้อยกว่า 1 ปี การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยบำบัด พิเศษ และการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องที่มีมากกว่า 1 เตียง

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	Thompson, D.R., & Meddis, R.	Setting	- โรงพยาบาลที่ทันสมัย มีจำนวนเตียงใน CCU จำนวน 8 เตียง	Intervention	กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ
Year	1990	Population	- ภรรยาของผู้ป่วย MI ครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาภายในช่วง 1 เดือน		กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมที่เป็นระบบ ในการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา เป็นการช่วยเหลือแบบรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพ CCU เป็นการจัดให้ผู้ป่วยและภรรยาจำนวน 4 ครั้ง (24,48, 72 ชม และ 5 วัน) หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ครั้งละ 30 นาที
Title	Wives' Responses to Counselling Early After Myocardial Infarction	Sample size	- ภรรยาของผู้ป่วย MI จำนวน 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน กลุ่มทดลอง 30 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน		- การให้ความรู้กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้ตามมาตรฐานที่ครอบคลุมเรื่องทั่วไป ของ Heart attack และการจัดการที่ตามมา, ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดหัวใจในระดัปรวมภูมิและพฤติกรรม และวิธีการที่จำเป็นในการแก้ไข, และผลกระทบของ Heart attack ในเรื่องทางเพศสัมพันธ์,การทำหน้าที่ทางสังคม,การทำงาน, และการใช้เวลาว่าง
Objective	ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลที่ให้แก่ภรรยาของผู้ป่วย MI ที่ป่วยครั้งแรกโดยพยาบาลที่อยู่ใน coronary care unit (CCU)	Outcome Measure & Data collection	I. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ประเมิน โดย The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) - ภรรยาผู้ป่วยจะต้องประเมิน HAD ทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่ ภายใน 24 ชม., 5 วัน , 1, 3 และ 6 เดือน		- การให้คำปรึกษาจะเน้นที่พฤติกรรมตอบสนองของสามีและภรรยาในเรื่องความรู้สึกลึกซึ้งต่อ Heart attack การส่งเสริมให้การระบายความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ,ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ,การช่วยให้เกิดความมั่นใจ
Design	Quasi-experimental study				
Level	B				

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	2. แหล่งของความวิตกกังวล ประเมิน โดย Eight visual analogue scales (VAS) - ภาวะสุขภาพ - กิจกรรมยามว่าง - กิจกรรมทางเพศ - การคาดการณ์อนาคต - ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย - ความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน - Heart attack อันตรายของผู้ป่วย - ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย - กรรณของผู้ป่วยจะต้องประเมิน VAS ทั้งหมด 7 ครั้ง ได้แก่ 24,48,และ72ชม.วัน 1,3,และ6เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาใน โรงพยาบาล ในเดือนที่หนึ่งและ สาม การให้ประเมินจะทำที่บ้านแต่ใน เดือนที่หกจะต้องประเมินในระหว่างช่วงที่ เป็นการนัดผู้ป่วยตรวจที่โรงพยาบาล	และการช่วยเหลือ,การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดำเนิน กิจกรรมภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่และการช่วยเหลือ ปัญหาอย่างทั่วทั้งที่ หลักการโดยทั่วไปของโปรแกรมการบำบัดมีอยู่ 5 หัวข้อดังนี้ 1. ลดความรู้สึกไม่แน่นอนและความกลัว โดยการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย, ทีมผู้รักษา, เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา, การดูแลและ สภาพแวดล้อม โดยทั่วไปใน CCU และในหน่วยบำบัดพิเศษ และความปลอดภัยของทีมผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย 2. กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางบวกตามความเป็นจริง ตามการพิจารณาเกี่ยวกับกรรณและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความ มั่นใจและเกิดความคาดหวังต่อการตอบสนองที่เป็นไปได้ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจต่อ Myocardial infarction 3. การทำให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็น การไว้วางใจหรือศรัทธาจากความยินยอม ที่จะฟัง หรือ ตอบคำถาม,การให้ข้อมูลตามความเป็นจริง,แก้ไข ความคิดที่บิดเบือน,และกำจัดความกลัวอันมาจาก

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		ความเชื่อที่ผิด ถ้าถามใดๆ ที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมทางคลินิกให้ส่งต่อไปหาแพทย์ด้านหัวใจ 4. การทำให้สามารถสะท้อนในเรื่องความรู้สึกละเลยและช่วยค้นหาการจัดการในเชิงบวกซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นเรื่องความวิตกกังวลและซึมเศร้า ต้องนำมานำพูดคุยกับผู้ป่วยต้องได้รับความมั่นใจว่าปฏิบัติยาเหล่านี้เป็นเรื่องธรรมดาและสามารถพูดคุยปรึกษาหารือกันได้ 5. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยผ่านทางารพูดคุย โดยให้ออกาสในการตัดสินใจต่างด้านการดูแล 1. ความวิตกกังวลและซึมเศร้า -ด้านวิตกกังวล กรรขากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 5 วัน ($p<0.01$) 1.3 และ 6 เดือน ($p<0.05$) -ด้านซึมเศร้า กรรขากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		2. แหล่งของความวิตกกังวล - ภาวะสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 5 วัน, 1 เดือน, 3 เดือน ($p<0.05$) และ 6 เดือน ($p<0.01$) - กิจกรรมร่นแขนง กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 5 วัน, 3 เดือน, 6 เดือน ($p<0.01$) และ 1 เดือน ($p<0.05$) - กิจกรรมทางเพศ กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 72 ชม., 1 เดือน ($p<0.05$) 5 วัน, 6 เดือน ($p<0.01$) และ 3 เดือน ($p<0.001$) - การจัดการฉ้อฉล กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 5 วันและ 6 เดือน ($p<0.01$) และ 90 วัน ($p<0.05$) - ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 72 ชม., 5 วัน และ 6 เดือน ($p<0.05$)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		- ความสามารถของผู้ป่วยในการทำงาน กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 72 ชม., 5 วัน ($p<0.05$) 1 เดือน, 3 เดือน ($p<0.001$) และ 6 เดือน ($p<0.01$) - Heart attack อื่น ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการประเมินรอบ 5 วัน, 1 เดือน, 6 เดือน ($p<0.05$) และ 3 เดือน ($p<0.01$) - ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินรอบ 48 ชม., 72 ชม., 1 เดือน, 3 เดือน ($p<0.05$) และ 5 วัน ($p<0.01$) - โปรแกรมการให้คำปรึกษากับครอบครัวของผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ และผลลัพธ์ดังกล่าวยังคงอยู่ยาวนานถึง 6 เดือน หลังได้รับคำปรึกษา โปรแกรมการให้คำปรึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ใน CCU ได้ เพื่อลดความวิตกกังวล

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD กาะะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication	
Author	กัว ไอมิน	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรมโรงพยาบาล ปึกกิ่งขุนเณรเมดิคอล คลอด ในกรุง ปึกกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2541 – มกราคม 2542	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลจากพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล โดย พยาบาลวิชาชีพ บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ ให้ความสนใจในเรื่องความลับ การเข้าร่วมวิจัยและ การออกจากการวิจัย - ในวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยบำบัด พิเศษศัลยกรรม ระยะเวลาประมาณ 25 นาที ให้การ สนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเชื่อมผู้ป่วย นโยบย ของโรงพยาบาลและ หน่วยบำบัดพิเศษ เครื่องมือที่ ใช้กับผู้ป่วย วิธีการการคัดัด จัดจัดของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับส่งอำนาจความสะดวก คิดตาม ครอบครัวผู้ป่วยไปดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และตอบ คำถามของครอบครัวผู้ป่วย - ในวันที่ 2 ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยบำบัด พิเศษศัลยกรรม ระยะเวลาประมาณ 15 นาที ให้การ สนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของ อาการ และการรักษา การทำให้ไว้วางใจและการ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยไปดูแลข้าง	
Year	2542	Population	ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลปึกกิ่งขุนเณรเมดิคอล คลอด Inclusion criteria - เป็นบุคคล ในครอบครัวของผู้ป่วย - ครอบครัวของผู้ป่วยอายุไม่น้อยที่สุด 18 ปี ขึ้น ไป - ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาจีน -ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา			
Title	ผลการสนับสนุนด้านข้อมูล ต่อความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต					
Objective	เพื่อศึกษาผลของการ สนับสนุนด้านข้อมูลต่อ ความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต					
Design	Quasi experimental pretest- posttest control	Sample size	ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 30 คน - ครอบครัวของผู้ป่วย 15 คน แรกเข้ากลุ่ม ควบคุม - ครอบครัวของผู้ป่วย 15 คน หลังเข้ากลุ่ม ทดลอง			
Level	B					

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้า ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome Measure & Data collection - ครอบครัวของผู้ป่วย 15 คน หลังเข้ากลุ่มทดลอง 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล - ข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สัมพันธภาพกับผู้ป่วย รายได้ - ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรค และความรุนแรงของโรค 2. ความวิตกกังวล - ประเมิน โดย State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y-1) ของ สปีด เบอร์กอร์ (Spielberger, 1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย ชูเห็ด (1988) - Prettest - กลุ่มควบคุม ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะต้องประเมินแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและความวิตกกังวลในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก	เดิม ครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยให้ข้อมูลตามความต้องการ - ในวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลประมาณ 20 นาที 1. ข้อมูลส่วนบุคคล - ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มควบคุม - อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 53.33 - เพศหญิงร้อยละ 60 - การศึกษาระดับมหาวิทยาลัยร้อยละ 46.70 - ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรร้อยละ 73.3 - มีรายได้มากกว่า 1000 Yuan ร้อยละ 73.33 - ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลอง - อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 60 - เพศหญิงร้อยละ 53.33

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	กลุ่มทดลอง ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะต้องประเมินแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและความวิตกกังวลในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และก่อนที่จะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล Posttest กลุ่มควบคุม ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะต้องประเมินความวิตกกังวลในวันที่ 3 หลังจากได้รับการดูแลจากพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะต้องประเมิน ในวันที่ 3 หลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลประมาณ 20 นาที	- การศึกษาระดับมหาวิทยาลัยร้อยละ 46.66 - ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรร้อยละ 60 - มีรายได้มากกว่า 1000 Yuan ร้อยละ 80 ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มควบคุม - อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.33 - การวินิจฉัยโรคเป็นระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 60 ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มทดลอง - อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.33 - การวินิจฉัยโรคเป็นระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.44 2. ความวิตกกังวล - ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) - ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาพเขียนเศร้าใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication	
		Implication	- การให้ข้อมูลกับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลา 3 วันแรกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาสามารถ ลดความวิตกกังวลได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	- คณิงนิต นุริเทศ	Setting	หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ ชลบุรี	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลจากพยาบาลตามปกติ
Year	2540	Population	- ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มารับการ รักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 30 คน		กลุ่มทดลอง จะได้รับข้อมูลและการพยาบาลระบบ สนับสนุนจากพยาบาลวิชาชีพ ใช้ระยะเวลา วันที่ ประมาณ 35-50 นาที ในวันที่ 2 ประมาณ 50-70 นาที วันที่ 1 ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก ให้ข้อมูลแก่ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอ ผู้ป่วยวิกฤต บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ข้อมูล เกี่ยวกับผู้ป่วย อากา การวินิจฉัย และการ
Objective	- เพื่อการศึกษาผลของการ ใช้การพยาบาลระบบ สนับสนุนครอบครัวในหอ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับ ความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วย	Sample size	- ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 30 คน		รักษาพยาบาล เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย พร้อมกับมอบคู่มือผู้ป่วยภาวะวิกฤต และคู่มือการมี ส่วนร่วมในการดูแล จดคู่มือไปพร้อมกันและเปิดโอกาส ให้ซักถามปัญหา นำครอบครัวผู้ป่วยไปติดตั้ง แนะนำ การเรียกผู้ป่วย การพูด ให้กำลังใจ การสัมผัสผู้ป่วยโดย การจับมือและบีบมือเบาๆ พร้อมทั้งให้ครอบครัวมีส่วน ร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีการสาธิตและปฏิบัติไป พร้อมกันในการดูแลเรื่องการเช็ดหน้า หวีผม และการ ออกกำลังกายมือและเท้า และครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้า เยี่ยมผู้ป่วย ได้อย่างตรงตามความต้องการ
			โดยการจัดทำให้มีความสอดคล้องกัน หรือ ใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย Inclusion criteria 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ที่มี ความผูกพัน โดยทางกฎหมายหรือทาง สายเลือดหรืออยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและ เป็นบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ใกล้ชิดมากที่สุด		วันที่ 2 นำครอบครัวไปติดตั้งและแนะนำการเรียกผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจ การสัมผัสผู้ป่วยโดยการจับมือและ
Design	- Quasi Experimental				

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
Level - B	2) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 3) ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน การมองเห็น และการพูด สามารถพูดและฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ 4) ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา Outcome Measure & Data collection - ความวิตกกังวล ประเมินโดย สปีลเบอร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger, at.al., 1970) กลุ่มควบคุม Pre-test ประเมินก่อนเข้าเรียน Post -test หลังการเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 2 กลุ่มทดลอง Pre-test ประเมินก่อนการได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัว Post -test หลังการเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 2	มีบทบาท พร้อมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีการสาธิตและปฏิบัติไปพร้อมกันในการดูแลเรื่องการรักษา หิวห่ม และการออกกำลังกายและทำ เจริญครอบครัวนั่งในสถานที่ที่จัดไว้พูดคุยถึงความรู้สึกในการมาเยี่ยม ข้อสงสัย ปัญหาและความไม่สบายใจที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และค้นหาทางแก้ปัญหา Results - ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p.05) - ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p.05) Implication - การให้ข้อมูลร่วมกันกับการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 35 – 70 นาที สามารถลดความวิตกกังวลได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	พิกุล ดันดิธรรม	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาล รามธิบดี ช่วงเวลาดังแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2532 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2533	Intervention	กลุ่มควบคุม ให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และให้การดูแลตาม มาตรฐานปกติ โดยหลังเยี่ยมเสร็จให้ญาติผู้ป่วย กลับมาห้องเดิม
Year	2533	Population	ญาติสายตรงที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยมาก ที่สุดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัด พิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี		
Title	ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาในหน่วย บำบัดพิเศษ โดยการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อ ระดับความวิตกกังวล	Inclusion criteria	1) ต้องเป็นญาติผู้ป่วยที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 18 ปี ขึ้นไป 2) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น และการพูด สามารถฟังภาษาไทยรู้เรื่อง และเข้าใจ 3) ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาและ สามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้	Results	- ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมเครื่องมือนี้อาจที่พบ เห็น ในหน่วยบำบัดพิเศษวัตถุประสงค์วิธีที่ใช้รักษา ผู้ป่วย การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับตามกิจวัตร - ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย - คำนวณนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนต่อผู้ป่วย - เปิดโอกาสให้ซักถาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีก่อน การเข้าเยี่ยม โดยหลังเยี่ยมเสร็จให้ญาติผู้ป่วยกลับมา ห้องเดิม
Objective	เพื่อเปรียบเทียบระดับความ วิตกกังวลของญาติผู้ป่วยใน หน่วยบำบัดพิเศษที่ได้รับ การเตรียมกับไม่ได้รับเตรียม อย่างมีแบบแผน				
Design	RCT				ความวิตกกังวล - กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับความวิตก กังวลหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
Level	A	5) ไม่เป็นผู้ที่แสดงอาการวิตกกังวลมากจนเห็น ได้ชัดว่าจะ"ไม่สามารถตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลหรือรับฟังข้อมูลจากผู้วิจัยได้รู้เรื่อง เช่น ร้องไห้ กระสับกระส่าย"ไม่สนใจฟัง อะอะ ไวยาซ ญาติผู้ป่วยหน่วยบำบัดพิเศษ อายุกรรม จำนวน 52 คน - กลุ่มทดลอง 26 คน - กลุ่มควบคุม 26 คน ให้มีความสัมพันธ์เหมือนกันมากที่สุด ใช้วิธีจับสลากในครั้งแรกว่าเป็นกลุ่มควบคุมหรือทดลองญาติผู้ป่วยคนที่ 2 จะเป็นกลุ่มตรงข้ามสลับกันไปเรื่อย ๆ Outcome Measure & Data collection ความวิตกกังวล ประเมิน โดย สปีดเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger, at.al.,1970) กลุ่มควบคุม Pretest ประเมินทั้ง 2 เรื่อง ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	- กลุ่มทดลอง มีระดับความวิตกกังวลหลัง ได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.01) - การให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ใช้เวลาประมาณ 10 นาที สามารถลดความวิตกกังวลความวิตกกังวลได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Post-test หลังจากการเชื่อมผู้ป่วย ระยะเวลา ของการประเมินครั้งหลังห่างจากครั้งแรก ไม่น้อยกว่า 30 นาที และไม่เกิน 24 ชั่วโมง	

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD การเสริมสร้างของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	นาฏยา เอื่องไพโรจน์	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาล นพรัตนราชธานีใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ใน ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึงเดือน พฤศจิกายน 2534	Intervention	กลุ่มควบคุม ให้การดูแลตามมาตรฐานปกติ
Year	2535	Population	ผู้สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน หน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาล นพรัตนราชธานีใหม่ Inclusion criteria 1) อายุระหว่าง 18-65 ปี 2) เป็นผู้สมรสของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ใหญ่ชนิดที่รอได้เป็นครั้งแรก และภายหลัง การผ่าตัดได้รับการดูแลหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยกรรม 3) เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรกในวันแรก หลังผ่าตัด และไม่ดื่มมีประสาการณ เกี่ยวกับการมีญาติสาตรงเข้ารับการรักษา ในหน่วยบำบัดพิเศษมาก่อน		กลุ่มทดลอง จะได้รับข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ให้ข้อมูลในวันที่ 1 และ 2 ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งละประมาณ 30 นาที วันที่ 1
Title	ผลของการให้ข้อมูลอย่างมี แบบแผนต่อความวิตกกังวล ของผู้สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ ในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยกรรม				- แนะนำลักษณะทั่วไปของหน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม - เหตุผลที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยกรรม
Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อ ความวิตกกังวลของผู้สมรส ของผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วย บำบัดพิเศษศัลยกรรม				- การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด อาการของผู้ป่วยขณะนั้น อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย และ การรักษาพยาบาล - การปฏิบัติต่อผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม - กฎระเบียบต่าง ๆ เวลาเยี่ยม การอยู่ผู้ป่วย การ แต่งกายของญาติขณะเข้าเยี่ยม - เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และ ใ้ระบาย ความรู้สึก ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีก่อนการเข้าเยี่ยม - ให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเข้าไป ด้วยและอยู่ใกล้ ๆ ให้โอกาสซักถาม
Design	Quasi Experimental				
Level	B				

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	4) สามารถเข้าใจ อ่าน พูด เขียน ภาษาไทย ได้ 5) ชินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษา ใน หน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม จำนวน 20 ราย - กลุ่มทดลอง 10 คน - กลุ่มควบคุม 10 คน ความวิตกกังวล ประเมิน โดย The State Trait Anxiety Inventory Form X-1 ของ สปิตเบอร์เกอร์ และคณะ(Spielberger, Atal., 1970) กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ติดตามผลห่างจากครั้งแรกไม่น้อย กว่า 30 นาที และไม่เกิน 1 ชั่วโมง	- หลังเยี่ยมเสร็จให้กลับไปห้องเดิมเพื่อตอบแบบ ประเมิน และนัดหมายให้มาเยี่ยม ในวันต่อไป วันที่ 2 - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทำไปของผู้ป่วย และเปิด โอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกต่าง ๆ - ทำแบบประเมินความวิตกกังวลครั้งที่ 3 - กลุ่มตัวอย่างได้เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยโดยผู้วิจัยเข้าไป ด้วยและอยู่ใกล้ ๆ - หลังเยี่ยมเสร็จให้กลับไปห้องเดิม เพื่อตอบแบบ ประเมินครั้งที่ 4 ความวิตกกังวล - ความวิตกกังวลก่อน ได้รับข้อมูลและหลัง ได้รับ ข้อมูลต่างกันแบบแผนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.01) - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อน ได้รับข้อมูล และหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (p.01) และค่าเฉลี่ยของคะแนน

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	ครั้งที่ 3 ติดตามในวันที่ 2 ก่อนเริ่มผู้ป่วย ครั้งที่ 4 ติดตามในวันที่ 2 หลังจากเริ่มผู้ป่วย กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนการได้รับข้อมูล อย่างมีแบบแผน ครั้งที่ 2 หลังจากเริ่มผู้ป่วย โดยติดตามผลห่างจากครั้งแรกไม่น้อยกว่า 30 นาที และไม่เกิน 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 ติดตามในวันที่ 2 ก่อนเริ่มผู้ป่วย ครั้งที่ 4 ติดตามในวันที่ 2 หลังจากเริ่มผู้ป่วย	ความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลและหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน - การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใช้ระยะเวลาจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ สามารถลด ความวิตกกังวลลงได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD กว้างขวางเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention	Intervention/ Results/ Implication	
Author	- รัตนา อัญปด้า	Setting	- โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณศรีนครินทร์ใหม่		กลุ่มควบคุม	ได้รับการพยาบาลตามปกติ
Year	- 2543	Population	- สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล มหาวชิราลงกรณศรีนครินทร์ใหม่		กลุ่มทดลอง	ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลจาก พยาบาลวิชาชีพ
Title	- ผลของการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์ต่อความ วิตกกังวลของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะ	Sample size	- สมาชิกในครอบครัวของผู้เจ็บป่วย บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณศรีนครินทร์ใหม่ จำนวน 20 ราย		วันที่ 1- ขึ้นตอนที่ 1	สร้างสัมพันธภาพเตรียมสมาชิก ครอบครัวของผู้ป่วยก่อนการเข้าชั้น โดยบอกสภาพ ผู้ป่วย การบาดเจ็บที่ศีรษะ การตรวจวินิจฉัย การ รักษา สภาพของหน่วยงานพิเศษ กฎระเบียบและข้อ ควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยม เจกเอกสารเกี่ยวกับ
Objective	- เพื่อศึกษาผลการสนับสนุน ด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อ ความวิตกกังวลของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะ		กลุ่มควบคุม 10 ราย กลุ่มทดลอง 10 ราย Inclusion criteria 1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) สามารถอ่าน พูด และเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา 4) ผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะมีคะแนนการ ประเมินความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow		กฎระเบียบ	- ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลในครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่ ข้างเตียง อธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ
Design	- Quasi Experimental				- ขึ้นตอนที่ 3	ตอบคำถามที่สมาชิกครอบครัวซักถาม วันที่ 2
Level	- B				- ขึ้นตอนที่ 1	บอกความก้าวหน้า และการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้กับสมาชิกครอบครัว
					- ขึ้นตอนที่ 2	พยาบาลในครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยม ผู้ป่วย เพื่อให้รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือและกิจจกรรมการพยาบาล
					- ขึ้นตอนที่ 3	รับฟังการระบายความรู้สึกและตอบ

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		Coma Scale น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน Outcome Measure & Data collection - ความวิตกกังวล ประเมินโดย สปีลเบิร์กเกอร์ (Spicberger, 1983) กลุ่มควบคุม Pre-test วันแรกที่สมาชิกครอบครัวมา เยี่ยมผู้ป่วย Post-test วันที่ 3 ที่สมาชิกครอบครัวมา เยี่ยมผู้ป่วย กลุ่มทดลอง Pre-test วันแรกที่สมาชิกครอบครัวมา เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ Post-test วันที่ 3 หลังการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์	วันที่ 3 - บอกความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้กับ สมาชิกในครอบครัว - ขั้นตอนที่ 2 พยาธิจิตในครอบครัวที่เกี่ยวข้อง และตอบคำถามและเชื่อม - ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังการพหุศาสตร์ครอบครัวเข้า เยี่ยมผู้ป่วย จะตอบคำถามที่สมาชิกในครอบครัว ซักถาม ในงานวิจัยนี้ไม่ได้รับความช่วยเหลือในการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและกำลังใจ - ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและ อารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) - ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มี ความวิตกกังวลลดลงมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD การเสริมสร้างของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
				Implication	- การให้ข้อมูลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ใช้ระยะเวลา 3 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา สามารถลดความวิตกกังวลได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD กว้างขวางที่รุนแรงของผู้ป่วย (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	สุทธิณี วัฒนกุล	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลอินทรีบุรี	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ
Year	2547	Population	-สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลอินทรีบุรี		กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเขียนอย่างมีแบบแผนเป็นเวลา 3 วัน
Title	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเขียนอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ	Inclusion criteria	1) มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี 2) ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคนนั้นว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย และรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด		ใช้ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล การให้ข้อมูลและการพยาบาลระบบสนับสนุน คู่มือได้จัดวิธีขึ้นเรื่องการเตรียมสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านการให้ข้อมูลครอบคลุมเรื่อง สภาพแวดล้อม เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ การพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติ
Objective	เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษ		3) มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกหรือก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับหรือมากกว่า 40 คะแนนขึ้นไป		พร้อมคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ด้านการได้อยู่ใกล้ชิด พกครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียงรับสิทธิในการเขียนนอกเวลาปกติที่ทางหน่วยบำบัดพิเศษกำหนด ด้านการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย การสัมผัสผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การจัดหาหน้า หวีผม ออกกำลังกายและทำแนะนำการเรียก และการพูดให้กำลังใจ ด้านกำลังใจและระบบความรู้สึก เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบความรู้สึกไม่สบายใจ ให้การตอบใจ
Design	Quasi Experimental		และการได้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ		
Level	B		5) ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท และอื่นใดที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา		

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Exclusion criteria 1) ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษน้อยกว่า 3 วัน 2) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยไม่สามารถเขียนผู้ป่วยได้ครบทั้ง 3 วัน Sample size - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 40 รายที่มีบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาใหม่ในหน่วยบำบัดพิเศษ กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย Outcome Measure & Data collection - ความวิตกกังวล ประเมิน โดย สปีดเบอร์-เกอร์ (Spielberger, 1983) กลุ่มควบคุม Pre-test ประเมินก่อนการเข้าเยี่ยม Post-test หลังการเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 1,2และ3 กลุ่มทดลอง Pre-test ประเมินก่อนการได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมโยงอย่างมีแบบแผน Post-test หลังการเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 1,2และ3	ให้กำลังใจในการแก้ปัญหา ช่วยแนะแนวทางในการแก้ปัญหาหลังสนับสนุน และแหล่งประโยชน์ - กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมโยงอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) - กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมโยงอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<0.05) - การให้ข้อมูลร่วมกับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ใช้ระยะเวลา 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ สามารถลดความวิตกกังวลได้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD กว้างขวางที่เรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	สุวิทย์ จันทระจิต	Setting	- หน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลพญาไท 1	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ
Year	2547	Population	- สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเลือก สองที่มารับบริการในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลพญาไท 1		กลุ่มทดลอง จะได้รับข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 วัน ใช้ระยะเวลาในการบำบัดวันที่ 1 ประมาณ 35 - 45 นาที วันที่ 2 ประมาณ 10 - 15 นาที และวันที่ 3 ประมาณ 10 นาที ก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในแต่ละวัน ได้รับการ รวบรวมข้อมูล วางแผนการให้ข้อมูล ปฏิบัติการให้ ข้อมูล โดยให้ดูวิดีโอการให้ข้อมูลด้านร่างกาย ด้าน จิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ-สังคมวัฒนธรรม ในการที่มีความวิตกกังวลมาก พยาบาลใช้เวลาในการ พูดคุย ให้กำลังใจ และรับฟังปัญหาเปิดโอกาสให้ซักถาม
Objective	- เพื่อพัฒนาระบบการจัดการรูปแบบ การให้ข้อมูลแก่สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเลือก สองในหน่วยบำบัดพิเศษ - เพื่อศึกษาผลของการใช้ รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีต่อ ความวิตกกังวลของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเลือก สองในหน่วยบำบัดพิเศษ		Inclusion criteria 1) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย 2) สามารถที่จะตอบแบบสอบถามได้ 3) มีบทบาทความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะ สามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่น้อง ที่มีความผูกพัน กับผู้ป่วย โดยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด และหรือเป็นผู้ที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 4) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 5) เป็นบุคคลเดียวกันที่อยู่กับผู้ป่วย ตั้งแต่ วัน แรกที่มารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบำบัด พิเศษ และได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูล จากพยาบาล	Results	- ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค จิตลดลงหลังจากได้รับการให้ข้อมูล มี ความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.01) - ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค จิตลดลงหลังจากได้รับการให้ข้อมูล มี ความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.01) - ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรค จิตลดลงหลังจากได้รับการให้ข้อมูล มี ความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.01)

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD กวาระซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication
Design	- Quasi Experimental	Exclusion criteria 1) ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษน้อยกว่า 1 วัน 2) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัยไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ครบทั้ง 3 วัน 3) สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		Implication
Level	- B			
		Sample size - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในหน่วยบำบัดพิเศษโรงพยาบาลพญาไท1 จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 15 ราย		- การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลา 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 - 45 นาที สามารถลดความวิตกกังวลได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
		Outcome measures & Data collection - ความวิตกกังวล ประเมิน โดย สปีดเมียร์-เกอร์ (Spielberger, 1983) กลุ่มควบคุม Pre-test ประเมินก่อนการเข้าเยี่ยม Post-test หลังการเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3		

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
		กลุ่มทดลอง Pre-test ประเมินก่อนการได้รับรูปแบบการให้ ข้อมูล Post-test หลังการได้รับรูปแบบการให้ข้อมูล ในวันที่ 3	

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยและรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection		Intervention/ Results/ Implication	
Author	อรัญญา ศรีศิขรา	Setting	หน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ
Year	2547	Population	ญาติสายตรงที่อยู่ใกล้หรือผู้ป่วยใน ครอบครัวเดียวกันหรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ประกอบด้วยบิดา มารดา บุตร พี่เลี้ยงทางสายเลือด และบุตรบุญธรรม สามีภรรยา หรือผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันที่เห็นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่		กลุ่มทดลอง ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ โดยแบ่งช่วงระยะเวลาในการให้ข้อมูลเป็น 3 ระยะ - ระยะที่ 1 หลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ภายใน 24-48 ชม.ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของหน่วยบำบัดพิเศษ สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยการรักษายาบาลที่ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ กฎระเบียบการเข้าเยี่ยม เจกแผ่นพื้นแนะนำหน่วยบำบัดพิเศษ และการปฏิบัติตัว นำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ไปเยี่ยมซึ่งเตียงผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที และนัดหมายเวลาเข้าเยี่ยมครั้งต่อไป - ระยะที่ 2 หลังเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ภายใน 48-72 ชม. ประกอบด้วย การสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยในปัจจุบัน การพบการนัดโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล และแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้ซักถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที
Objective	เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่	Inclusion criteria	1) มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีความสามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ หรือเข้าใจในภาษาท้องถิ่นและติดต่อสื่อสารได้ 4) ไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนอนรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่ ได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 - 5 วัน		
Design	Quasi Experimental				
Level	B				

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัย และรูปแบบการบำบัดเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล PTSD ภาพเสริมสร้างของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/ Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures & Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	Exclusion criteria - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถย้ายออกจากหน่วยบำบัดพิเศษเกิน 5 วัน Sample size - สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่ จำนวน 30 ราย - กลุ่มควบคุม 15 ราย - กลุ่มทดลอง 15 ราย Outcome measures & Data collection - ความวิตกกังวล ประเมินโดย สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1972) กลุ่มควบคุม Pre-test ประเมินก่อนการเข้าเยี่ยม Post-test ในช่วงเวลา 3 – 5 วัน หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ กลุ่มทดลอง Pre-test ประเมินก่อนการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล Post-test ประเมินหลังการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล	- ระยะที่ 3 เป็นเวลา 72 ชั่วโมง - วัน ประกอบด้วยการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลต่อเนื่องในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพใช้ระยะเวลา 15 – 20 นาที - ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ ภายหลังได้รับการสนับสนุนข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p.05) - ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษ กลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.05) - การให้ข้อมูลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ใช้ระยะเวลา 3 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา สามารถลดความวิตกกังวลได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ในหน่วยบำบัดพิเศษได้ Results Implication

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

นางสาวปรารถนา ฉิมวงษ์

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 18 กรกฎาคม 2519

สถานที่เกิด

จังหวัดสระบุรี

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

พระพุทธบาท สระบุรี

พ.ศ. 2539 - 2543

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2543 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลอ่างทอง

หออภิบาลผู้ป่วยสัลยกรรม จังหวัดอ่างทอง

โทรศัพท์ 035 – 615111 ต่อ 368

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

ที่อยู่

บ้านเลขที่ 60 หมู่ 1 ต. ท่าต่อ

อ. महाराज จ. อุรุยา