

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญ
ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย
ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

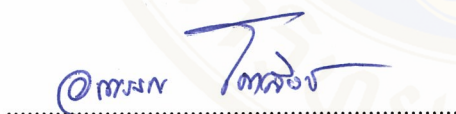
ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วย
ในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย
ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



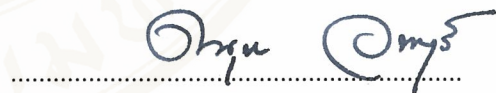
นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ
ผู้วิจัย



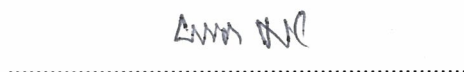
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วลัยธดา ฉันทะเรืองวนิชย์,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



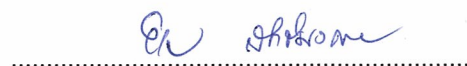
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพรรณ โตสิงห์, พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



อาจารย์ ดนุตา จามจุรี, กศ.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

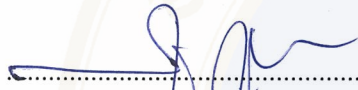
เรื่อง

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วย
ในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย
ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2553



พลอากาศตรีวิบูลย์ ตระกูลสุน,

พบ.ว.ศัลยกรรม

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นางสาวนันทิพย์ ประสิทธิ์การ

ผู้วิจัย



อาจารย์ ดนุลดา จามจุรี,

กศ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุษาวดี อัครวิเศษ,

Ph.D. (Nursing)

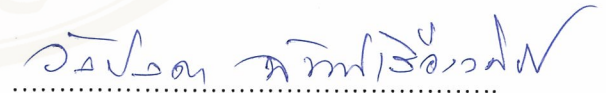
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรรถพรณ โตสิงห์,

พย.ด.

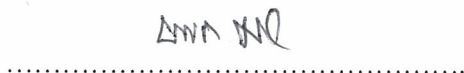
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วลัยลดา ฉันทะเรืองวนิชย์,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ อาจารย์ ดร.ดนุชดา จามจุรี ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ อาจารย์พลอากาศตรีนายแพทย์ วิบูลย์ ตระกูลสุน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็น ประโยชน์และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ จนวิทยานิพนธ์เสร็จ สมบูรณ์ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณา ของคณาจารย์ที่มีต่อผู้วิจัย จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติ ผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย รวมทั้งข้อคิดเห็นและแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี หัวหน้าฝ่ายการ พยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล อย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวประสิทธิ์การ ครอบครัวปิ่นทอง ครอบครัว คงคิด ขอบคุณพี่ๆ น้องๆ รวมทั้งเพื่อนทุกๆ คน ที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความรักความห่วงใย และให้ กำลังใจด้วยดีตลอดมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้

น้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย
ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

THE EFFECTS OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR READINESS
PREPARATION OF CAREGIVERS IN DEALING WITH PATIENT CRISES ON CAREGIVERS'
NEEDS RESPONSE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

น้ำทิพย์ ประสิทธิการ 5037323 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วัลย์ลดา นันทน์เรืองวนิชย์, พย.ค., อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค.,
คนุชดา จามจุรี, กศ.ค.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ที่เข้ารับ การรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 72 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2553 กลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ใช้ทฤษฎีของอากิลเรา (Aguilera, 1994) การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบสถิติที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 (SD = .29) และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.85 (SD = .37) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เมื่อมีบุคลากรเพียงพอ มีสถานที่พร้อมในการดูแลญาติผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน และบุคลากรที่ให้คำแนะนำต้องผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษา

คำสำคัญ: การได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติ/การเตรียมความพร้อมญาติ / การเผชิญภาวะวิกฤต /
แนวปฏิบัติการพยาบาล / หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

THE EFFECTS OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR READINESS PREPARATION OF CAREGIVERS IN DEALING WITH PATIENT CRISES ON CAREGIVERS' NEEDS RESPONSE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

NAMTHIP PRASITTIKAN 5037323 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WALLADA CHANRUANGVANICH, D.N.S., ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., DANULADA JAMJUREE, Ed.D.

ABSTRACT

This was a quasi-experimental research study which aimed to study the effects of clinical nursing practice guidelines for readiness preparation of caregivers in dealing with patient crises on caregivers' needs response at the emergency department. The sample consisted of 72 direct caregivers of crisis patients who were admitted at the emergency department of Banrai Hospital, Uthaitanee Province between October 2008–January, 2010. Clinical nursing practice guidelines were developed using Aguilera Theory (Aguilera, 1994). The control group was given normal clinical nursing treatment, whereas the experimental group received clinical nursing treatment according to the practice guidelines for readiness preparation of caregivers in dealing with patient crises. The research method used was a questionnaire to assess the effectiveness of caregivers' needs response prior to hospital discharge. The data analysis was carried out by t-test.

The research revealed that the experimental group had a higher level of needs response than the control group with statistical significance at $p < .01$. The experimental group had a needs response average value equal to 3.68 (SD = .29) and the control group had the average value equal to 2.85 (SD = .37). The research suggests applying these clinical nursing practice guidelines when there are sufficient personnel, adequate resources available for caregivers, and trained counseling staff.

KEY WORDS: CAREGIVERS' NEEDS RESPONSE / CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES / DEALING WITH CRISIS / EMERGENCY DEPARTMENT / READINESS PREPARATION OF CAREGIVER

117 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามตัวแปร	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
1. การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตและกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วย	13
1.1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย	13
1.2 การประเมินการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย	13
1.3 การแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	16
1.4 แนวทางการตัดสินใจในการบำบัดรักษา	16
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและ	19
การตอบสนองของญาติผู้ป่วย	
2.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วย	19
2.2 การตอบสนองของญาติต่อความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. เทคนิคการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย	28
4. การประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วย	30
5. ความต้องการของญาติผู้ป่วย	31
6. ทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา	34
6.1 แนวความคิดพื้นฐานทฤษฎีภาวะวิกฤต	34
6.2 ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความสมดุลเมื่อเผชิญภาวะวิกฤต	35
6.3 การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตตามกรอบแนวคิด	36
7. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยเพื่อ	39
เผชิญภาวะวิกฤตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
8. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เพื่อลดภาวะวิกฤต	40
ทางอารมณ์ของญาติผู้ป่วย	
9. สรุป	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
การกำหนดขนาดของกลุ่มอย่าง	44
แหล่งเก็บข้อมูล	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	46
ขั้นตอนการดำเนินการ	46
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	51
บทที่ 5 การอภิปรายผล	58
บทที่ 6 สรุปผลผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	66
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	78
รายการอ้างอิง	64
ภาคผนวก	100
ประวัติผู้วิจัย	117

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ตารางแสดงค่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา	15
2	จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติค่าที่	53
3	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง จำแนกตามสภาพอาการ โดยใช้สถิติไคสแควร์	54
4	จำนวนร้อยละ ประเภทของการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของผู้ป่วย	55
5	จำนวน ร้อยละและการเปรียบเทียบความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำแนกตามระดับความรุนแรง และเปรียบเทียบความรุนแรง ของการเจ็บป่วยด้วยสถิติทดสอบค่าที่	56
6	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบค่าที่	57
7	การเปรียบเทียบค่าคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ ของญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่	59

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2 แนวคิดของทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา	38
3 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานสำคัญ ซึ่งให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง (American Association of Critical Care Nurse, 2005) ปัญหาของผู้ป่วยที่พบบ่อยในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ อาการหอบเหนื่อยหายใจลำบากหรือเกิดภาวะหยุดหายใจ ร้อยละ 32 ภาวะช็อกหรือมีระดับความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 21.71 ระบบไหลเวียนโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 18.86 ระดับความรู้สึกตัวลดลง ร้อยละ 13.14 อาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 10.29 เป็นต้น (Chang, Chen, Chang & Kuo, 2004) ซึ่งสาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากโรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่, 2551; Chang et al., 2004) โดยปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งสาเหตุดังกล่าวต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 25.9 และมีอัตราการเสียชีวิตภายในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสูงถึง ร้อยละ 59.2 (Chang et al., 2004)

จากสถิติผู้รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ้านไร่ ปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 29,509 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมาก มีภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต 391 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 1.33 ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดด้วยความเร่งด่วนโดยการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 8.15 และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 47.25 (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่, 2551) และพบสถิติผู้รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีจำนวนผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพและการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุทัยธานี ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้รับบริการทั้งหมด จำนวน 22,024 คน มีผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ร้อยละ 4.75 ซึ่งผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้รับการช่วยเหลือด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 28 (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลอุทัยธานี, 2551) และสถิติผู้รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาท ปีพ.ศ. 2551 ทั้งหมด จำนวน 63,386 คน มีผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ร้อยละ 4.14 โดยผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 23.87 (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาท, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า สถิติผู้มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปีพ.ศ. 2551 ทั้งหมด จำนวน 74,278 คน มีผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ร้อยละ 9.12 โดยผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้รับการช่วยเหลือด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพและใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 38.76 (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2551) ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเหล่านี้ ส่วนใหญ่ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพและการใส่ท่อช่วยหายใจ และพบว่า ผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ร้อยละ 75 จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ และร้อยละ 84 ได้รับการส่งตัวไปยังหอผู้ป่วยหนัก (Gray, Gill, Airey & Williams, 2003)

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล กลัวว่าจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวเพื่อรับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัวเกิดความกดดันและความรู้สึกขัดแย้งสูงขึ้น (Keller, Goldstein & Runkle, 2002; Leske, 2003; Tracy, 2006) เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่ได้เตรียมการไว้ล่วงหน้า ทำให้ไม่พร้อมที่จะรับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (Leske, 2002) ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นอาจทำให้ญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เช่น เป็นลมหมดสติ หายใจเร็ว รู้สึกปั่นป่วนในท้อง อ่อนเพลีย รู้สึกไม่สุขสบายกายและใจ สมาธิสั้นลง การใช้เหตุผลในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง (Schwecke, 2003; Shives, 2005) สิ่งที่ญาติต้องการคือ ความเชื่อมั่น การสื่อสารกับทีมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ความช่วยเหลือ รวมถึงการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Redley, Beanlard & Botti, 2003; Tracy, 2006) ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความวิตกกังวลของญาติเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย การดำเนินของโรค วิธีการดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การพยากรณ์โรค ทำให้ญาติผู้ป่วยประเมินอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะอันตราย (Hardicre, 2003; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste & Grypdonck, 2005) นอกจากนั้น ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้คลาดเคลื่อนจากความจริง ไม่สามารถบอกความรู้สึกกังวลใจและความต้องการการช่วยเหลือ รวมถึงขาดประสบการณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วย (Aguilera, 1998) โดยญาติผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมในขณะรอผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การนั่งหรือนอนนิ่งๆ การเดินไปมา การถามคำถามเดิมซ้ำๆ กับเจ้าหน้าที่หลายๆ คน การปฏิเสธที่จะ

ยอมรับความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สมาชิกอื่น ไม่สามารถจะรับรู้ข้อมูลหรือนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Farrar, 2002; Hadicre, 2003) และพบว่า ถ้าหากขาดการสนับสนุนด้านข้อมูล ได้รับข้อมูลไม่ตรงกับความจริง หรือข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความต้องการ ยิ่งทำให้เพิ่มระดับความวิตกกังวลมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกาย ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม เช่น เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ร้องไห้ ไม่ไว้วางใจในการให้การรักษารักษาของแพทย์และพยาบาล ขัดขวางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ โกรธ และไม่พึงพอใจในการรักษา ทำให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา (Leske, 2002; Schwecke, 2003; Shives, 2005; Varcarolis, 2002) รวมถึงส่งผลให้รูปแบบการรับประทานอาหารและรูปแบบการนอนผิดปกติ เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้เมื่อไม่ได้รับการแก้ไข (Horn & Tesh, 2000)

การให้ความช่วยเหลือญาติผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย กระบวนการในการรักษา และผลของการรักษา จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น (Tracy, 2006) เพื่อให้ญาติมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือและร่วมแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เนื่องจากการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับญาติผู้ป่วยสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ รวมทั้งเพิ่มระดับความพึงพอใจในการให้บริการการพยาบาลที่ได้รับให้สูงขึ้น (Panprasert, 2004) ข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยต้องการ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการรักษาพยาบาล โดยการให้ข้อมูลความเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเพิ่มเติมเป็นระยะ อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีอาการไม่คงที่ ประกอบกับภาวะเครียดของญาติ ส่งผลให้กระบวนการรับรู้ของญาติลดลง จากการที่มีสมาชิกอื่นไม่สามารถจะรับรู้ข้อมูลหรือนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้น ญาติจึงต้องการได้รับข้อมูลซ้ำหลายๆ ครั้ง (Bowman, 2000; Redley et al., 2003; Schwecke, 2003; Shives, 2005; Varcarolis, 2002) ได้แก่ แนวทางการดูแลและการรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ความรุนแรง หรือกระบวนการดำเนินของโรค รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ (Keller et al., 2002) โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย และเหมาะสมกับสภาวะอารมณ์ของญาติ (Leske, 2002; Williams, 2005) ซึ่งการได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการของญาติผู้ป่วยจะทำให้เกิดความไว้วางใจผู้ให้การสนับสนุน สามารถระบายความรู้สึกของตนให้กับบุคคลที่เข้าใจ ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (Erikson & Lauri, 2000) และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Leske, 2002)

ปัญหาของการดูแลในภาวะวิกฤต คือ ทีมสุขภาพมุ่งเน้นที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมญาติของผู้ป่วยและขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Tracy, 2006) โดยทั่วไปเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเมื่อเข้ารับ

การรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตและอาการทางด้านร่างกายมากกว่าการเตรียมความพร้อมญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 45.85 และมีการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการนวดหัวใจ ร้อยละ 7.05 (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่, 2550) รวมทั้งทีมสุขภาพขาดทักษะในการสื่อสาร อาจก่อให้เกิดประเด็นความขัดแย้งระหว่างทีมสุขภาพและญาติผู้ป่วยเป็นสาเหตุให้มีการฟ้องร้องและการร้องเรียนตามมา (Keller et al., 2002)

รายงานการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 84 มีความพึงพอใจในการให้บริการ แต่ยังพบปัญหาการร้องเรียนด้านการบริการและการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาพยาบาล (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่, 2551) และจากสถิติของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุทัยธานี ในการสำรวจระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ญาติมีความพึงพอใจร้อยละ 78.5 (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุทัยธานี, 2551) สำหรับปัญหาที่คล้ายคลึงกันของโรงพยาบาลบ้านไร่และโรงพยาบาลอุทัยธานี ที่มีการร้องเรียนเป็นจำนวนมาก คือเรื่องการไม่ให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ขณะที่ทีมสุขภาพให้การรักษา และความเข้าใจข้อมูลที่แตกต่างกันของญาติ (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่, 2551; หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุทัยธานี, 2551) นอกจากนั้นรายงานของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีข้อร้องเรียนเรื่องการให้การรักษา จำนวน 556 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.08 การให้บริการ จำนวน 48 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 1.30 (ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข, 2547) ดังนั้น การเตรียมพร้อมญาติและการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย และสามารถปรับตัวในการตอบสนองต่อภาวะความสูญเสียที่ก่อให้เกิดความกลัวและความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ญาติเข้าใจสถานะของผู้ป่วย แนวทางในการให้การรักษาร่วมตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย และเห็นความสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตให้พ้นจากภาวะคุกคามชีวิตของทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดการขัดแย้งและปัญหาเรื่องการฟ้องร้องและการร้องเรียนในพฤติกรรมบริการตามมา (Keller et al., 2002)

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการให้ข้อมูลของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งศึกษาโดยนิตยา เดชพิทักษ์ศิริกุล (2543) เกี่ยวกับรูปแบบการให้ข้อมูลในผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการ

สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่า สามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ รวมทั้งเพิ่มระดับความพึงพอใจในการให้บริการการพยาบาล (Panprasert, 2004) อย่างไรก็ตามงานวิจัยด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุมไปถึงระยะการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงาน รวมทั้งการพยาบาลในการช่วยปลอบโยนและให้กำลังใจหลังการประเมินสภาพอารมณ์ของญาติ นอกจากนั้นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ ยังขาดรูปแบบการช่วยเหลือญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยได้ จึงต้องการแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับหน่วยงานมาใช้ดูแลญาติผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนอง ความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของวรรณภา เคนวงษ์ (Kenwong, 2006) ที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งแนวปฏิบัตินี้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง โดยใช้กรอบทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเดรา (Aguilera, 1994) ในการส่งเสริมให้บุคคลกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลไม่เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผ่านการตรวจสอบและเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปตรวจสอบกับญาติผู้ป่วย จำนวน 4 ราย พบว่าสามารถปฏิบัติได้จริงและได้ผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ กล่าวคือ ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ในด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน และด้านความสุขสบาย ทำให้ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย ขณะนั่งรอผู้ป่วยรับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามยังไม่ได้ทำการทดสอบผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลมาก่อน ผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัตินี้มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ และทำการทดสอบผลด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้เป็นแบบแผนในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอีกทางหนึ่ง

ปัญหาการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต มีผลต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

ญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติ ได้รับการตอบสนองความต้องการ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผลกระทบต่อญาติอาจมีความรุนแรงเท่ากับหรือมากกว่าที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือคุกคามต่อชีวิต ทำให้ญาติผู้ป่วยต้องพบกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Aguilera, 1998; Leske, 2002) ญาติจึงต้องการความช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ซึ่งหากญาติได้รับการตอบสนองความต้องการก็สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าหากญาติไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการญาติจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่ไว้วางใจทีมสุขภาพ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวต่อทีมสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงการไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Georgita, 2000)

การเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของมนุษย์นั้น ทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่า วัฏจักรเปรียบเสมือนระบบเปิดที่มีการติดต่อกับภายนอกตลอดเวลา ซึ่งตามปกติจะอยู่ในภาวะสมดุล สำหรับภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful event) หรือภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์และภาวะเครียดจากภายนอก (Situational crisis) มากระทบ ดังนั้น การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบญาติผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติมีการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่สามารถบอกความรู้สึกกังวลใจตลอดจนการขาดประสบการณ์การใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาภาวะวิกฤตของผู้ป่วย จึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้กลับสู่ภาวะสมดุล (Aguilera, 1998) การเข้าสู่ภาวะสมดุลของร่างกายต้องใช้ปัจจัยสมดุล (Balancing factor) ที่ประกอบด้วย 1) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event) 2) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอตามความต้องการ (Adequate situational support) 3) การใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาในการปรับตัว (Coping mechanism)

ระยะแรกที่ญาติประสบกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย ญาติจะมีความตึงเครียด ตกใจกลัว เสียขวัญ ซ็อก ไม่เชื่อในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะนี้เป็นระยะก่อนวิกฤตหรือระยะช็อก (Precrisis or shock) ซึ่งร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ อาจใช้เวลานานเป็นนาที หรือชั่วโมง และถ้าบุคคลไม่ได้รับการแก้ไขจะนำไปสู่ระยะวิกฤตหรือระยะการใช้กลไกป้องกันตัว ล้มเหลว (Crisis or defensive retreat) ในระยะนี้บุคคลเริ่มตระหนักว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองและจะมีผลกระทบอย่างไร จึงเกิดความวิตกกังวลมาก ซึมเศร้าหรือโกรธ โดยแสดงออกมาทางพฤติกรรมต่าง ๆ กัน ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาการนั้นจะคงอยู่นาน 1-2 วันหรือหลายวัน (Aguilera & Messick, 1986)

อากิลเลรา (1998) กล่าวว่า การช่วยเหลือบุคคลไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตนั้นจะต้องใช้ปัจจัย 3 ประการดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ บุคคลจะต้องรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งบุคคลต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึกตึงเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงจุด สำหรับในการแก้ไขปัญหานี้ บุคคลต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเพียงพอ ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดาย ลึกลับ หวัง ไร้ที่พึ่ง และการนำกลไกการปรับตัวมาใช้ในการเผชิญปัญหา โดยการมุ่งที่จะแก้ไขปัญหานั้น ด้วยวิธีการเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการความเครียดนั้น จากการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ทำลายกำลังใจและลดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหานั้น จากนั้นจึงเริ่มเรียนรู้ ใฝ่ถาม และขอคำแนะนำ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลกลับไปสู่ภาวะสมดุลของร่างกาย

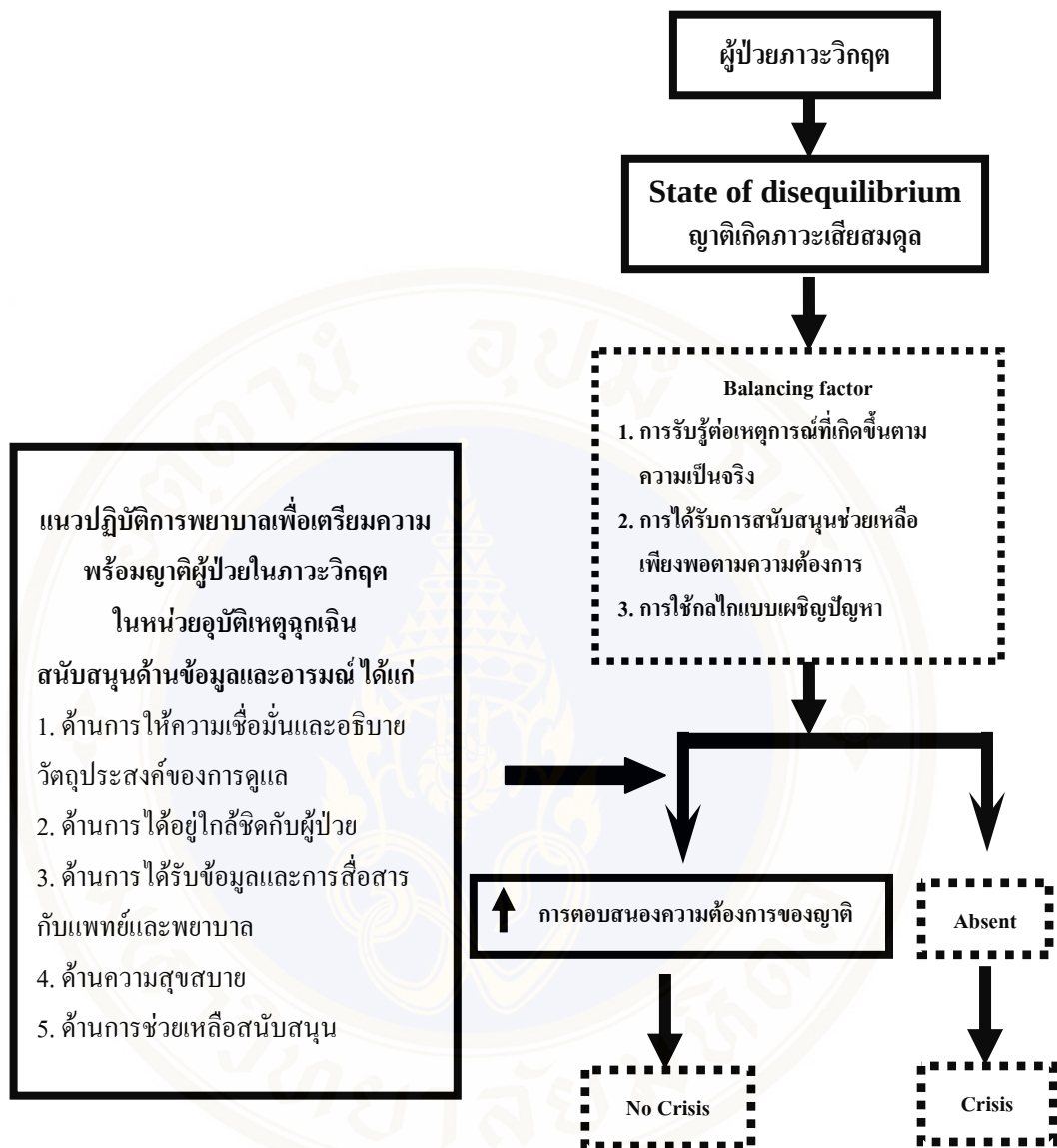
ผู้วิจัยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยวิกฤตเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติการพยาบาลของวรรณภา เคนวงษ์ (Kenwong, 2006) จัดทำขึ้นจากการใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1994) ในการส่งเสริมการกลับเข้าสู่สภาวะสมดุลของร่างกายของญาติผู้ป่วย ด้วยการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงาน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะญาติมาถึงโรงพยาบาล ระยะให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น และระยะหลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น

ระยะญาติมาถึงโรงพยาบาล พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพอารมณ์ของญาติ และให้การช่วยเหลือตามสภาพอารมณ์ของญาติซักถามอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและระหว่างเดินทางมาโรงพยาบาล หลังจากนั้นพาญาติไปนั่งในที่ที่จัดเตรียมไว้ รวมทั้งการแนะนำ

สถานที่และสภาพแวดล้อมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ญาติไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย สิ้นหวัง หรือไร้ที่พึ่ง (Alvarez & Kirby, 2006; Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007)

ระยะให้การรักษายาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการรักษายาบาล และให้ข้อมูลความเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุก 30 นาทีหรือตามความเปลี่ยนแปลงของอาการที่เลวลงเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติได้รับรู้อาการและการรักษาได้อย่างถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง รวมทั้งมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ อันได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี อบอุ่น ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาของญาติผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับความสุขสบาย พาญาติเข้าเยี่ยมเมื่อญาติต้องการและอยู่เป็นเพื่อนขณะญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ตลอดจนตอบข้อซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ญาติใช้กลไกในการเผชิญปัญหา โดยการมุ่งที่จะแก้ไขปัญหามาจากการพยายามจัดการกับความเครียดนั้นด้วยการให้ญาติพบกับสภาพจริงของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม ระบายความรู้สึก หรือบอกความต้องการของญาติ ซึ่งจะช่วยให้ญาติลดระดับความวิตกกังวลลง และสามารถตอบสนองตามความต้องการของญาติได้ (Critchell & Marik, 2002; Leske, 2002) รวมถึงการแนะนำแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม การให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ และการให้ญาติได้เข้าพบเมื่อญาติต้องการช่วยให้ญาติเข้าใจปัญหา มีการปรับตัวและปรับอารมณ์ ทำให้ญาติเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Leske, 2002)

ระยะหลังให้การรักษายาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ญาติจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และเหตุผลในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่นหรือต่างโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ญาติได้รับรู้อาการ การรักษา และสาเหตุในการส่งต่อผู้ป่วยตรงตามความเป็นจริง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นอกจากนั้นแนะนำการใช้สิทธิการรักษาและเอกสารที่จำเป็นต้องใช้ สภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา เพื่อให้เห็นภาพของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญข้างหน้า และเกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีอย่างต่อเนื่อง และหมดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ทำให้บุคคลสามารถกลับเข้าสู่สภาพสมดุลของร่างกายได้ (Aguilera, 1998) ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้ จะทำให้ญาติตอบสนองต่อระยะวิกฤตหรือระยะการใช้กลไกป้องกันตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ขณะเข้ารับการรักษา ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เริ่มศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2553

นิยามตัวแปร

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต หมายถึง แนวทางการดูแลช่วยเหลือญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย แนวปฏิบัตินี้ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของวอร์เรนกา เคนวังก์ (Kenwong, 2006) ขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นระยะๆ ทุก 30 นาที หรือเมื่อมีอาการเลวลง รวมถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีอบอุ่น ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาของญาติผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับความสุขสบาย พาญาติเข้าเยี่ยมเมื่อญาติต้องการและอยู่เป็นเพื่อนขณะญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และตอบข้อซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนการแนะนำแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะญาติมาถึงโรงพยาบาล ระยะให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น และระยะหลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยใน หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

ญาติผู้ป่วย หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึงผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต มีอาการไม่คงที่ (AACC Nurse, 2005) ซึ่งอาจเกิดจากอวัยวะหนึ่งๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภัยอันตรายต่างๆ ส่งผลให้ร่างกายมีปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดที่เร่งด่วน ด้วยการกู้ชีพ การบำบัดด้วยยา หรือการผ่าตัด และต้องการการเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้เครื่องมือ Modifies Early Warning Scoring System (MEWS) ของซับเบและคณะ (Subbe et al., 2006) ซึ่งประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological scoring system) 5 ค่า และพบค่าผิดปกติตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไป ของระดับความรู้สึกตัว, อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของชีพจร, ความดันโลหิตซิสโตลิก หรืออุณหภูมิกาย

การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง การที่ญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Redley et al., 2003) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการได้รับตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของญาติผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแล (Assurance and Meaning) ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) ด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับแพทย์

และพยาบาล (Information and communication) ด้านความสบาย (Comfort) และด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ของเรดลีย์และคณะ (Redley, LeVasseur, Peters & Bethune, 2003) ซึ่งแปลโดยวรรณภา เคนวงษ์ (Kenwong, 2006) มีทั้งหมด 38 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด

การพยาบาลปกติ หมายถึง การพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับญาติผู้ป่วยตามปกติ ในการให้การดูแลญาติผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การเตรียมหลักฐานสิทธิการรักษา และการอธิบายให้ญาติทราบเกี่ยวกับสาเหตุการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงกว่า หรือการส่งผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ที่ได้รับการทดสอบผลว่าสามารถเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เกิดความมั่นใจในการดูแลญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเพิ่มมากขึ้น
2. พยาบาลสามารถให้การดูแลญาติในระยะวิกฤตได้อย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงเป็นระบบ ช่วยให้ญาติเข้าใจถึงสถานการณ์ความเจ็บป่วย ญาติจึงให้ความไว้วางใจ ลดปัญหาการร้องเรียน/การฟ้องร้อง และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นได้
3. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่นเกี่ยวข้องกับการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตและกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วย
 - 1.1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย
 - 1.2 การประเมินการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย
 - 1.3 การแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
 - 1.4 แนวทางการตัดสินใจในการบำบัดรักษา
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและการตอบสนองของญาติผู้ป่วย
 - 2.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วย
 - 2.2 การตอบสนองของญาติ
3. เทคนิคการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย
4. การประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วย
5. ความต้องการของญาติผู้ป่วย
6. ทฤษฎีภาวะวิกฤตของอิลเลอร์
 - 6.1 แนวความคิดพื้นฐานทฤษฎีภาวะวิกฤต
 - 6.2 ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความสมดุลเมื่อเผชิญภาวะวิกฤต
 - 6.3 การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตตามกรอบแนวคิด
7. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
8. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เพื่อลดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของญาติผู้ป่วย
9. สรุป

1. การเจ็บป่วยภาวะวิกฤตและกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วย

1.1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

การให้การดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มุ่งเน้นในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต และคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะวิกฤตและการเจ็บป่วยภาวะวิกฤต (Critical illness) ไว้หลายท่านดังนี้

American Association of Critical – Care Nurse (2005) ได้ให้ความหมายผู้ป่วยวิกฤตไว้ว่า ผู้ป่วยวิกฤตคือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตจะมีการไม่คงที่ และมีอาการที่ซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

Chan Yoo Kuen (2005) กล่าวว่า Acutely ill patient หมายถึง ผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ที่มีการทำงานล้มเหลวของอวัยวะร่วมกัน ทำให้ปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบทางเดินหายใจถูกคุกคาม ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย

ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (2547) กล่าวว่า ผู้ป่วยวิกฤตหมายถึง ผู้ป่วยซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening condition) ต่างๆ หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว โดยภาวะนี้อาจเกิดจากอวัยวะหนึ่งๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภัยอันตรายต่างๆ

อรพรรณ โตสิงห์ (2551) กล่าวว่า Critical illness คือ การเจ็บป่วยวิกฤต, การเจ็บป่วยฉุกเฉิน, อาการเจ็บป่วยที่มีลักษณะคุกคามชีวิต ต้องการการบำบัดที่เร่งด่วน (การกู้ชีพ การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยการผ่าตัด) ต้องการการบริบาลที่ใกล้ชิด การเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือเฉพาะ

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยภาวะวิกฤตหมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต มีอาการไม่คงที่ ซึ่งอาจเกิดจากอวัยวะหนึ่งๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภัยอันตรายต่างๆ ส่งผลให้ร่างกายมีปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดที่เร่งด่วนด้วยการกู้ชีพ การบำบัดด้วยยา หรือการผ่าตัด และต้องการการเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง

1.2 การประเมินการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยใช้ค่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physical Scoring System) จากการศึกษา พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤตจากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ Modified Early Warning Scoring System (MEWS) ซึ่งมีความเที่ยงตรงชัดเจน ง่าย และสะดวก รวดเร็ว ในการใช้แยกผู้ป่วยวิกฤต ออกจากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ามารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

(Burch, Tarr & Morroni, 2008; Subbe et al., 2006) การประเมินอาการผู้ป่วยเริ่มทำเมื่อผู้ป่วยเข้ามา รับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยมีค่าคะแนนทางสรีรวิทยา (Physiological scoring system) ผิดปกติตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการ บำบัดรักษาทันทีทันใด หรือการรวมค่าคะแนนทางสรีรวิทยาที่วัดได้ ซึ่งมีค่าคะแนนรวม 0-15 คะแนน โดยถ้ามีค่าคะแนนรวมของค่าคะแนนทางสรีรวิทยาที่วัดได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (ตารางที่ 1) ประกอบด้วยค่าคะแนน ทางสรีรวิทยา ดังนี้

1. อัตราการหายใจ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 ครั้งต่อนาที, ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) น้อยกว่า ร้อยละ 90
2. อัตราการเต้นของชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ 130 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 40 ครั้งต่อนาที
3. ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 มม.ปรอท หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มม.ปรอท
4. ระดับอุณหภูมิกาย น้อยกว่า 35 องศาเซลเซียส หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส
5. ระดับความรู้สึกตัว ไม่มีการตอบสนอง หรือมีค่าคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma scale) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน

ตาราง 1 ตารางแสดงค่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Scoring System)

การวัดค่าทางสรีระวิทยา	ค่าคะแนนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา						
	3	2	1	0	1	2	3
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)							
อัตราการเต้นของชีพจร (ครั้งต่อนาที)		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)		<9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)		<90%		$\geq 95\%$			
ระดับอุณหภูมิร่างกาย (องศาเซลเซียส)		<35		35-38.4		≥ 38.5	
ระดับความรู้สึกตัว (AVPU score)				รู้สึกตัวดี (Alert)	ตอบสนองต่อเสียง (Reacting to voice)	ตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Reacting to painful stimuli)	ไม่มีการตอบสนอง (Unresponsive)

หมายเหตุ: ระดับความรู้สึกตัว (AVPU score): A (Alert): รู้สึกตัวดี: ค่าคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma scale) = 15 คะแนน, V (Responding to voice): การตอบสนองต่อเสียง: ค่าคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma scale) = 14 คะแนน, P (Responding to painful stimuli): การตอบสนองต่อความเจ็บปวด: ค่าคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma scale) = 13-9 คะแนน, U (Unresponsive): ไม่มีการตอบสนอง: ค่าคะแนน กลาสโกว์ (Glasgow coma scale) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน

1.3 การแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรก ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วย ในภาวะวิกฤต ซึ่งมีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่าง ทันทีทั้งที่ ในการประเมินอาการ, จัดการ, และให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน และให้การรักษาตาม สภาพความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (Ekwall, Gerdtz & Manias, 2008) The American Hospital Association ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ออกเป็น 3 ประเภทดังต่อไปนี้

1. ภาวะฉุกเฉิน (Emergency) เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที การรอนจะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือความพิการ ภาวะเหล่านี้ได้แก่ หัวใจหยุด การอุดตันของ ทางเดินหายใจ ช็อก ภาวะเลือดออกมาก บาดเจ็บรุนแรงหลายแห่ง
2. ภาวะรีบด่วน (Urgent) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้ใน ระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง เช่น อาการปวดรุนแรงของอวัยวะต่างๆ ท้องร่วงรุนแรง กระตุกหัก การบาดเจ็บ
3. ภาวะไม่รีบด่วน (Non-urgent) หมายถึง เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ฉุกเฉิน ไม่มีความ จำเป็นต้องใช้บริการของแผนกฉุกเฉิน เช่น ใช้หวัด เจ็บคอ ปวดหลัง ตกขาว ริดสีดวงทวาร เป็นต้น

1.4 แนวทางการตัดสินใจในการบำบัดรักษา

สำหรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน The American Hospital Association มีแนวทางสำหรับการ ตัดสินใจในการให้การรักษ โดยอาศัยหลักการพิจารณา 3 ประการคือ

หลักการที่ 1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาภาวะคุกคามต่อชีวิตอย่าง ถูกต้องและรวดเร็ว แบ่งเป็น 3 ประเภทตามความเร่งด่วนดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยหนักอาการมีแนวโน้มการเสียชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษา และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ประเภทที่ 2 จำเป็นต้องใช้เครื่องมือเฝ้าติดตามพิเศษ หรืออาจต้องมีวิธีการรักษาแบบ เร่งด่วน

ประเภทที่ 3 ได้รับการตัดสินใจว่าจะจำกัดการรักษา เช่น ไม่ใส่ท่อหลอดลม หรือไม่ ทำฟีนคินซีฟ (Do Not Resuscitation: DNR)

หลักการที่ 2 จำแนกผู้ป่วยตามโรคหรือภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ซึ่ง ประกอบด้วยโรคหรือภาวะต่างๆ ดังนี้

1. ระบบไหลเวียน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction), ช็อกที่มีสาเหตุจากหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ความดันเลือดสูงเฉียบพลัน เจ็บหน้าอกไม่หาย เป็นต้น

2. ระบบหายใจ เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure), ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary embolism), ไอเป็นเลือดรุนแรง เป็นต้น

3. ระบบประสาท ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้ตัวหมดสติจากโรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน (Acute stroke), ได้รับสารพิษหรือขาดออกซิเจน, เลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Acute subarachnoid hemorrhage) และการเลื่อนหรือการเคลื่อนที่ของสมอง (Brain herniated), เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis), โรคทางสมองหรือโรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuromuscular disease) ที่มีอาการทางสมองและสมรรถภาพลดลง, มีอาการชักซ้ำๆกันที่ยังไม่ฟื้นคืนสติหลังการชักครั้งแรก (Status epilepticus), สมองตายและต้องเป็นผู้ให้อวัยวะเพื่อปลูกถ่าย ได้รับอันตรายทางสมองรุนแรง เป็นต้น

4. สาเหตุจากยา ทำให้ความดันเลือดไม่คงที่ ไม่รู้ตัวต้องรับการใส่ท่อหลอดลม เป็นต้น

5. ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เลือดออกรุนแรงในกระเพาะ, ดับลมเหลวรุนแรง ดับอ่อนอักเสบรุนแรง หลอดอาหารทะลุ เป็นต้น

6. ระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Diabetic ketoacidosis: DKA), ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษรุนแรง (Thyroid crisis), ระบบการทำงานของต่อมหมวกไตเป็นพิษรุนแรง (Adrenal crisis), ระดับซีรั่มแคลเซียม แมกนีเซียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส ต่ำหรือสูงกว่าปกติ เป็นต้น

7. อื่นๆ ได้แก่ มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock), การได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น ไฟฟ้า ชมน้ำ

จากการศึกษาของชางและคณะ (Chang et al., 2004) พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและมาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 อันดับแรก ได้แก่

1. ภาวะฉุกเฉินทางระบบหายใจ ได้แก่ ภาวะหยุดหายใจ, หายใจหอบเหนื่อย
2. ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ได้แก่ ภาวะช็อก, ภาวะความดันโลหิตต่ำ
3. อาการระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก, หัวใจเต้นผิดจังหวะ

4. เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด, เลือดออกอวัยวะภายใน

5. ระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้แก่ อาการโคม่า, ความเปลี่ยนแปลงของสภาพจิต, ชัก

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและมาใช้บริการ มีดังนี้ (หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่, 2551)

1. ระบบหายใจล้มเหลว ได้แก่ ภาวะหยุดหายใจ, หายใจเหนื่อยหอบ
2. ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ, ภาวะความดันโลหิตสูง
3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว, อาการเจ็บหน้าอก

หลักการที่ 3 ข้อมูลสิ่งตรวจพบได้

1. สัญญาณชีพ (Vital sign) ได้แก่ ชีพจร น้อยกว่า 40 หรือมากกว่า 150 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) น้อยกว่า 80 มม.ปรอท, ความดันเลือดเฉลี่ย น้อยกว่า 60 มม.ปรอท, ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่า 120 มม.ปรอท, อัตราการหายใจ มากกว่า 35 ครั้งต่อนาที
2. ผลตรวจค่าสูดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับซีรัมโซเดียม น้อยกว่า 110 mEq/ลิตร หรือมากกว่า 170 mEq/ลิตร, ระดับซีรัมโปแทสเซียม น้อยกว่า 2 mEq/ลิตร หรือมากกว่า 7 mEq/ลิตร, ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) น้อยกว่า 50 มม.ปรอท, ระดับกรด-ด่างในเลือด (pH) น้อยกว่า 7.1 หรือ มากกว่า 7.7, ระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 800 มก./ดล., ระดับซีรัมแคลเซียม มากกว่า 15 มก./ดล., มีระดับยาหรือสารเคมีในช่วงอันตราย
3. การตรวจภาพรังสี/ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)/การถ่ายภาพรังสีตัดเป็นส่วนๆ ตามระดับความลึก (Tomography) พบเลือดออกในสมองหรือมีการแตกของอวัยวะภายในหรือมีการแยกของหลอดเลือดแดงที่โป่งพอง (Dissecting aortic aneurysm)
4. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบความผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดไม่คงที่ เช่น มีกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น ภาวะหัวใจเต้นเร็วที่มีจุดกำเนิดจากหัวใจห้องล่าง (Sustained ventricular tachycardia), หัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ (Ventricular fibrillation) หรือภาวะกีดกันหัวใจเต็มที่ (Complete heart block) เป็นต้น
5. ตรวจร่างกายพบรูม่านตาไม่เท่ากันในคนไข้ที่หมดสติ ได้รับอันตรายจากไฟลวก (Burn) ที่มากกว่า ร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวกาย (Body surface area, BSA), ทางเดินหายใจอุดกั้น, ชักไม่หยุด, อวัยวะส่วนปลายมีปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Cyanosis), ภาวะที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจครัดหัวใจ (Cardiac tamponade) เป็นต้น

การให้บริการบริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บที่เข้ามารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องมีการจำแนกผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาดูตามความเร่งด่วนของอาการผู้ป่วยในขณะนั้น ด้วยความถูกต้องรวดเร็ว โดยใช้เครื่องมือ Modified Early Warning Scoring System (MEWS) ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่วัดได้ (Physiological Scoring System) ซึ่งมีค่าผิดปกติตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต และดูแนวโน้มการเสียชีวิตจากการใช้ค่าคะแนนรวมทางสรีรวิทยาที่

วัดได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง รวดเร็ว รักษาชีวิตและการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในร่างกาย อย่างไรก็ตามการพิจารณาให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยควรยึดหลัก 3 ประการ คือ ประโยชน์ต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งระดับความรุนแรงของโรคหรือภาวะของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลที่ตรวจพบได้ในขณะนั้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ามายังหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จะได้รับการประเมินอาการ และได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน ด้วยยาหรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ภายหลังให้การดูแลดังกล่าว แล้วพบว่า ผู้ป่วยมีค่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยามีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอุทัยธานี แต่ในกรณีหลังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ค่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยามีคะแนนรวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และผู้ป่วยไม่ต้องการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยโรค แพทย์จะให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่

2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและการตอบสนองของญาติผู้ป่วย

2.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติ โดยผลกระทบที่มีต่อญาตินั้นอาจเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยเสียอีก ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (Leske, 2002) ส่งผลให้ญาติเกิดความวิตกกังวล จากการคาดเดาอาการของผู้ป่วยที่คาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่สามารถบอกความรู้สึกกังวลใจ และความต้องการการช่วยเหลือ รวมทั้งขาดประสบการณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วย (Aguilera, 1998) ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย อารมณ์ บทบาทหน้าที่ รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจและสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งญาติต้องการความช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต และหากญาติได้รับการตอบสนองความต้องการก็จะสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ (Aguilera, 1998; Redley et al., 2003) แต่ในทางตรงข้ามหากญาติไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ญาติจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่ไว้วางใจบุคลากร ไม่ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล หรือแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวต่อบุคลากรของโรงพยาบาล พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการที่ญาติไม่สามารถปรับตัวได้ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์จากความวิตกกังวลที่เกิดจากการเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตนั่นเอง (Georgita, 2000; Leske, 2002) ซึ่งการเจ็บป่วย

ภาวะวิกฤตของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยได้ ในด้าน 1) ด้านภาวะสุขภาพ, 2) ด้านบทบาทหน้าที่, 3) ด้านเศรษฐกิจและสัมพันธภาพ และ 4) ด้านอารมณ์, ดังต่อไปนี้

1. ด้านภาวะสุขภาพของร่างกาย

สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะอันตราย และก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากวิถีทางหรือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ และจำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการปรับตัวในเวลาจำกัด ซึ่งอาจเกิดขึ้นชั่วคราวแต่มีผลคุกคามต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง และไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการที่มากขึ้นกว่าภาวะปกติ เพื่อให้สามารถคงภาวะสมดุลของร่างกายไว้ได้ (Aguilera, 1998) เช่น การได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง กระบวนการรักษาของแพทย์ สถานที่นั่งรอสำหรับญาติ การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการมีผู้รับฟังและเห็นใจ หากไม่ได้รับการตอบสนองดังกล่าวจะเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ การรับฟังน้อยลง แบบแผนการนอนผิดปกติ การรับประทานอาหารและความอยากอาหารลดลง สมาธิสั้น มีอาการสับสนลึกลับ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็วความสนใจตนเองลดลง ทำให้แบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเกิดความสับสน ไม่อดทน โกรธ ร้องไห้ ซึมเศร้า รู้สึกผิด พุดจาหยาบคาย กล่าวโทษผู้อื่น ไม่พอใจในการรักษาพยาบาล ขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การพูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิม (Farrar, 2002; Hadicre, 2003; Horn & Tesh, 2000; Leske, 2002; Schwecke, 2003; Shives, 2005; Varcariolis, 2002)

2. ด้านบทบาทหน้าที่

เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่นๆ ทำให้เกิดความตึงเครียดครอบครัวจึงต้องมีการปรับตัว ด้วยการช่วยรับภาระและทำหน้าที่แทนขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้ตามปกติ (Appleyard, 2000) ดังนั้น สมาชิกครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท และหน้าที่ของแต่ละบุคคลเพื่อคงภาวะสมดุลของครอบครัวไว้

3. ด้านเศรษฐกิจ และสัมพันธภาพ

การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้หารายได้ส่วนใหญ่เพื่อมาจุนเจือในครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรายที่ไม่มีสิทธิพิเศษ รวมถึงค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว (Huang, 2004) ส่วนของผลกระทบในด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัวนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีปฏิกิริยาและมีพฤติกรรมต่างๆ

ที่แตกต่างกันจึงเกิดความกดดันและความรู้สึกขัดแย้งสูง (Keller et al., 2002; Leske, 2003; Tracy, 2006) ในการเผชิญกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและการรักษาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งต้องพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่พยาบาลรักษาภาพลักษณ์ของตนเองไว้ พยายามปรับอารมณ์ให้มีเหตุผล รักษาสัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและเพื่อน ปฏิติกริยาของครอบครัวจะเป็นในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ คือ อายุ อารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา การเผชิญปัญหาที่เคยใช้มาแล้ว ตลอดจนความสามารถในการคิดวิเคราะห์หรือความเฉลียวฉลาดนั่นเอง (Boudreaux & McCabe, 2000) ครอบครัวจึงต้องการความช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Leske, 2002; Redley et al., 2003)

4. ด้านอารมณ์

ญาติของผู้ป่วยวิตกกังวลเมื่อรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรงกับผู้ป่วยส่งผล กระทบโดยตรงต่อญาติ คือ ทำให้บุคคลสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ (Aguilera, 1998) มักมีความรู้สึกโกรธ เสียใจ รู้สึกผิด คับข้องใจ กลัว วิตกกังวล และยังมีความหวังแต่บางครั้งอาจรู้สึกหมดหวังได้เช่นกัน นอกจากนี้อาจรู้สึกปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหรือดำเนินผู้ป่วย การพยายามลดความสำคัญของการเจ็บป่วยหรือปฏิเสธการเจ็บป่วย แสดงออกถึงความไม่สนใจหรือสนใจข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มากผิดปกติ รู้สึกตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Leske, 2002) ซึ่งญาติของผู้ป่วยอาจต้องการความมั่นใจในเรื่องนั้น ต้องการยืนยันคำตอบที่ได้รับหรืออาจเป็นการหลีกเลี่ยงที่จะไม่พูดถึงความรุนแรงของโรค การพยายามแสดงให้เห็นว่าตนเข้มแข็งสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา (Horn & Tesh, 2000; Leske, 2002; Redley et al., 2003) โดยถ้าญาติไม่ได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของญาติสูงขึ้น ทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Aguilera, 1998)

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบายกาย กระวนกระวายใจ รู้สึกไม่แน่นอน หวาดหวั่น หวาดกลัว จากการประเมินเหตุการณ์ที่มากกระตุ้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ ความจำ และการปรับตัวเสียไป (Shives, 2005; Spielberger, 1972; Varcariolis, 2002) ซึ่งสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1966) ได้แบ่งความวิตกกังวลในเชิงจิตวิทยาออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลโดยขึ้นกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ การที่บุคคลรับรู้ความกดดันของเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความขัดแย้งที่มีอยู่ซึ่งทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ไม่อาจหยุดความคิดคาดการณ์ที่เกินความเป็นจริงได้ทำให้มีความรู้สึกตึงเครียด

ไม่สุขสบาย หวาดหวั่น กระวนกระวายมีการแสดงออกอย่างชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม และส่วนหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลประจำตัวซึ่งอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวที่แฝงอยู่ในบุคลิกภาพซึ่งประกอบอยู่เป็นอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล มีลักษณะค่อนข้างคงที่ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเป็นตัวกระตุ้น หรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลขณะเผชิญ เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำกว่า เมื่อภาวะวิตกกังวลพื้นฐานทางอารมณ์ที่ถูกเก็บกดไว้จะเป็นแรงเสริมให้สภาพอารมณ์หวาดวิตกนั้นรุนแรง หรือเพิ่มขึ้นโดยไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้นได้

บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความวิตกกังวลขณะเผชิญให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำจะอธิบายเหตุผลหรือวิเคราะห์ความหมายจากสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือคุกคามที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง (Spielberger et al., 1983) ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญของญาติผู้ป่วย อันเนื่องจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตที่เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล จากการรับรู้เหตุการณ์หรือการประเมินอาการของผู้ป่วยคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง แต่ไม่สามารถบอกความรู้สึกกังวลใจ และความต้องการการช่วยเหลือ ตลอดจนขาดประสบการณ์ในการใช้กลไกแบบเผชิญปัญหา (Aguilera, 1998) จึงส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

การแบ่งระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งนั้นมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นซึ่งอาจจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่มาจากภายในหรือภายนอก การแปลความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ถ้าเป็นบุคคลที่หวาดหวั่นง่ายเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยก็ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลในระดับรุนแรงได้เหมือนกัน ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะมากจะน้อยกำหนดให้แน่ชัดลงไปไม่ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคล ความสัมพันธ์ และเหตุการณ์ (Alvares & Kirby, 2006) ระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกันจะมีผลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองที่แตกต่างกัน ซึ่งลักษณะต่างๆทั้งในส่วนร่างกาย พฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่แสดงถึงความวิตกกังวลสามารถแบ่งเป็นระดับได้ตั้งแต่ระดับ 1 จนถึงระดับ 4 ดังนี้ (Videbeck, 2004; Shives, 2005)

ระดับ 1 ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild anxiety) ผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้ จะมีความตื่นตัวเพิ่มขึ้นต่อสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอกจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลระดับนี้บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และมีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพปกติ กล้ามเนื้อตึงตัวเล็กน้อย รุ่มนตา ขยายปกติ

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมสงบ สุขุม มีสมาธิ มีการรู้ตัวดีมี
ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ คือ มีความสบายใจ รู้สึกปลอดภัย ไม่มีการแสดง
ออกทางอารมณ์ชนิดใดมากเกินไป

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมดีและกว้างขึ้น
มีความคิดสร้างสรรค์ วางแผนและนึกคิดสิ่งใหม่ๆ

ระดับ 2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้
ความสามารถในการรับรู้จะค่อนข้างแคบ บุคคลจะยังสามารถให้ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเฉพาะ
ระบบทางสรีระเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งมีปฏิกิริยาต่างๆ ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพปกติ หรืออาจจะเปลี่ยนแปลง
เล็กน้อยอาจจะรู้สึกถึงความไม่สบาย

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ เริ่มมือสั่นและตัวสั่นเล็กน้อย อาจนั่งไม่ค่อย
ติด ไม่ค่อยสงบ พูดบ่นมากขึ้น หงุดหงิดเสียงดัง ไวต่อการถูกกระตุ้นและมีพฤติกรรมมากขึ้น

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จะเริ่มมีอาการหงุดหงิดแสดงท่าทีหวาดหวั่น
หมกมุ่นกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นหรืออาจจะหลีกเลี่ยงเพราะกลัวหรืออาย

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมแคบลง สนใจหรือ
เอาใจใส่แต่สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก คิดแต่จะแก้ปัญหาเฉพาะในจุดใดจุดหนึ่งอย่างมุ่งมั่น เป็นต้น

ระดับ 3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะ
ทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลง สติปัญญาที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่างๆ จะลดลง
ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ มากขึ้น ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ระบบ
ประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นมากขึ้น ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย ปากแห้ง เบื่ออาหาร

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม คือ มือ แขน ขาสั่นจนสังเกตเห็นได้ นั่งไม่ติด
ลูกตุ้กลอนพูดมากขึ้น การสื่อสารสับสนและเริ่มมีนอนไม่หลับ

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จะเกิดอารมณ์หวาดกลัว รู้สึกไม่มีความสุข กระวนกระวายใจ รู้สึกไม่มั่นคงหรือไม่ปลอดภัย รู้สึกท้อแท้

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ การรับรู้สภาพแวดล้อมแคบลงจนไม่รับรู้อะไร แสดงถึงความคิดสับสน หมกมุ่น คิดไม่ออก ขาดความสามารถในการคิด สมาธิไม่ดี ตัดสินใจไม่ได้ หลงลืม เป็นต้น

ระดับ 4 ความวิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด (Panic) ในความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีการทุกอย่างเต็มที่ ความสามารถในการรับรู้เสียไปมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนไป ไม่สามารถที่จะสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ มีปฏิกิริยาทางด้านต่างๆ มากขึ้นจนเห็นได้ชัดเจน ดังนี้

ปฏิกิริยาทางด้านร่างกาย คือ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น หรือรุนแรงขึ้นความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีด เป็นต้น

ปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม มักจะคล้ายกับความรุนแรงระดับ 3 แต่มีความรุนแรงมากกว่า คือ เมื่อตัวตื่นจนทำอะไรไม่ถูก มักจะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยง กลัวตาย แสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้ชัดเจนต่างๆ เช่น ตะโกนเสียงดัง พูดไม่รู้เรื่อง เสียงสั่น ตื่นตระหนก และอาจเข้าไปทำร้ายผู้อื่น

ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จะแสดงความหวาดกลัวสุดขีด รู้สึกหมดหนทาง กลัวถูกทอดทิ้งให้เผชิญเหตุการณ์คนเดียว และกลัวตาย

ปฏิกิริยาทางด้านความคิด คือ มีการรับรู้สภาพแวดล้อมจำกัดมาก คิดอะไรไม่ออกแก้ปัญหาไม่ได้ สับสนและตัดสินใจไม่ได้ เป็นต้น

ความวิตกกังวลมักจำกัดขีดความสามารถ การรับรู้ และการแสดงออกของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากเรื่องเล็กๆ จนถึงเรื่องที่รุนแรง หรือทำให้ยากต่อการตัดสินใจจนเกิดการลังเล ทำให้ความจำและการปรับตัวเสียไปทำให้เกิดอาการแสดงทางกายออกมา (Leske, 2002) อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลมิใช่จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลเสียเสมอไป การเกิดความวิตกกังวลจะมีทั้งประโยชน์และโทษ ในด้านประโยชน์ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จะเป็นการป้องกันอันตรายให้แก่ร่างกาย (Shives, 2005) โดยการกระตุ้นโครงสร้างต่างๆ ของร่างกายให้เตรียมพร้อมเพื่อเผชิญอันตราย ช่วยให้มีความตื่นตัว ว่องไวในการปฏิบัติงาน และทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จ แต่ในบางครั้งความวิตกกังวลอาจกลายเป็นสิ่งทำลายได้ ถ้าบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลมากเกินไป (Alvares & Kirby, 2006; Shives, 2005)

ผลของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นภาวะความวิตกกังวลดังกล่าวจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางจิตใจและระบบต่างๆ ของร่างกาย (Shives, 2005; Videbeck, 2004) ดังนี้

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยา ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยา ถือว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่บุคคลรู้สึกหรือไม่รู้สึกก็ได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกซึ่งจะทำงานตรงข้ามกัน ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล เมื่อเกิดความวิตกกังวล ไฮโปทาลามัสจะส่งกระแสประสาทผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังอะดรีนอลเมดัลลาให้หลั่งฮอร์โมนแคทีโกลามีน ซึ่งประกอบด้วยอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินจะเข้าสู่กระแสโลหิตไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้นการหายใจจะลึกและเร็วขึ้นเส้นเลือดส่วนปลายหดตัวทำให้มือและเท้าเย็นซีด ปากแห้งเหงื่อออกตามฝ่ามือ เป็นต้น ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิลไปกระตุ้นอะดรีนอลคอร์เทค ให้หลั่งอะดรีโนคอร์ติคอยด์ 3 ชนิด ได้แก่ มินอราโลคอร์ติคอยด์(Mineralocorticoid) เพื่อควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoids) มีผลทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีนไขมัน และน้ำตาลในร่างกายมากขึ้นและแอนโดรเจน (Androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้ นอกจากนี้ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังจะหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic hormone) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ทั้งนี้การตอบสนองทางด้านร่างกายต่อความวิตกกังวลจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวลและความแตกต่างระหว่างบุคคล

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งจะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิดและโมโหง่ายทั้งนี้เป็นผลมาจากความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ

3. ผลต่อความคิดความจำและการเรียนรู้ทำให้ความสามารถทางด้านสมาธิและความจำลดลง ลืมง่าย ความคิดฟุ้งซ่าน สับสน การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีความสามารถในการรวบรวมความคิด ครุ่นคิดแต่อดีต ไม่สนใจเรื่องราวที่ควรจะเป็น

4. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีพฤติกรรมแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทาง เช่น บุคลิกภาพ รูปแบบการพูดเปลี่ยนไป นอกจากนี้พฤติกรรมแสดงออกมักจะเป็นแบบอัตโนมัติที่เห็นได้บ่อยคือ หงุดหงิด โมโหง่าย หรือนิ่งเฉยนอนไม่หลับไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์แก่ตัวเอง

โดยทั่วไปความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ถือเป็นเรื่องปกติเป็นวัฏกระตุ้นทำให้บุคคลเกิดการตื่นตัวและเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย แต่ถ้าหากได้รับ

การถูกระตุ้นที่ต่อเนื่องยาวนานและรุนแรงจะมีโอกาสทำให้ลักษณะหรือโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ เกิดความเสียหายอย่างถาวร ก่อให้เกิดโรคต่างๆของร่างกาย และส่งผลย้อนกลับไปสร้างปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น (Alvares & Kirby, 2006) ซึ่งญาติจะมีการปรับตัวในการเผชิญกับการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วย และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน (Boudreaux & McCabe, 2000)

สรุปว่าผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ส่งผลต่อญาติได้เท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยเอง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพร่างกาย อารมณ์ บทบาทหน้าที่ สภาพเศรษฐกิจ รวมถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จากการที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลจากสถานการณ์ภายนอกที่มากระทบ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วย เพื่อให้ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การตอบสนองของญาติต่อการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลโดยตรงกับสมาชิกคนอื่นๆ ภายในครอบครัว ซึ่ง Epperson (1977) กล่าวว่า ภายใต้อาการณั้ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ครอบครัวจะปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตด้วยกัน 6 ระยะดังนี้

1. ระยะที่มีความวิตกกังวลสูง โดยส่วนใหญ่ครอบครัวต้องผ่านระยะนี้ เป็นระยะที่ครอบครัวแสดงออกถึงความกระวนกระวายใจ เดินไปเดินมา มีลักษณะสับสน สงสัยสงสัย มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อคอและไหล่ นอกจากนี้ อาจเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว (Shives, 2005; Videbeck, 2004)

2. ระยะปฏิเสธ เป็นระยะที่มีความสำคัญ เนื่องจากครอบครัวจะปฏิเสธการยอมรับความจริง ปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น มักพบใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤต

3. ระยะโกรธ มักปรากฏในครอบครัวที่มีความรุนแรง โดยการตำหนิในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์

4. ระยะเสียใจ ครอบครัวรู้สึกผิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะนี้สามารถอธิบายถึงความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมช่วยเหลือหรือสนับสนุนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ระยะโศกเศร้า เป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 4 สมาชิกในครอบครัวมักแสดงออกโดยการร้องไห้ เพื่อบรรเทาความตึงเครียดที่เกิดขึ้น ระยะเวลาและความรุนแรงของระยะนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

6. ระยะกลับคืนสู่สภาพเดิม เป็นระยะที่ความวิตกกังวลน้อยลง ยอมรับความเป็นจริงและผลที่เกิดขึ้น คาดหวังในสิ่งที่เป็นจริง ใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในครอบครัว โดยครอบครัว

สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสมาชิกในครอบครัวเริ่มมีการช่วยเหลือ ร่วมกันวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ ในอนาคตซึ่งกันและกัน

ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดความสูญเสีย หรือความตาย และความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เป็นสถานการณ์ความเครียดที่รุนแรงและทำให้เกิดภาวะวิกฤตแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการปรับตัวต่อการสูญเสีย (Bereavement process) อาจใช้เวลาเป็นวันหรือตลอดชีวิตของบุคคล ในการจัดการกับอารมณ์เศร้า (Grief) ที่เกิดจากการสูญเสียสิ่งที่สำคัญหรือบุคคลอันเป็นที่รัก หรือคาดการณ์ว่าอาจจะเกิดการสูญเสีย (Anticipate loss) ขั้นตอนในกระบวนการสูญเสียที่กล่าวถึงมากที่สุด คือ ขั้นตอนการปรับตัวของผู้ใกล้ชิดตายจนสามารถยอมรับความตายของตนเองได้ ของ Kubler – Ross (1969) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเชิงพฤติกรรมเน้นการสูญเสียชีวิตประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะปฏิเสธ (Denial) เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่ปฏิเสธเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปฏิเสธที่จะยอมรับหรือเข้าใจการสูญเสีย
2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่ต่อต้านการสูญเสีย โกรธทุกๆ คน และทุกสิ่งทุกอย่างที่แวดล้อมตนเอง
3. ระยะต่อรอง (Bargaining) เป็นภาวะที่บุคคลพยายามต่อรอง หลีกเลียง หรือป้องกันการสูญเสียที่เกิดขึ้น
4. ระยะซึมเศร้า (Depression) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงความจริงของการสูญเสีย ผลกระทบที่ปรากฏอย่างชัดเจน เกิดอาการซึมเศร้า ความทุกข์โศกที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้แยกตัวจากผู้อื่น
5. ระยะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่บุคคลยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม การให้การรักษายาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการให้การพยาบาลด้วยความรวดเร็วและญาติผู้ป่วยใช้ระยะเวลาอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินค่อนข้างสั้น ดังนั้นปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยมักเกิดในระยะต้นๆ ของปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์สและพูลเลอร์ (Morse & Pooler, 2002) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยและปฏิกิริยาระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับพยาบาลและผู้ป่วยในห้องช่วยฟื้นคืนชีพ (Trauma-resuscitation room) โดยการบันทึกวิดีโอและนำพฤติกรรมมาอธิบายด้วย Model of Suffering พบว่าพฤติกรรมของญาติผู้ป่วยจะแสดงออกได้ 2 ระยะ อันได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเก็บกดอารมณ์ไว้ (Enduring) อาการที่จะสังเกตได้คือ จะพูดด้วยน้ำเสียงโทนเดียว, มีอาการแข็งทื่อ เคลื่อนไหวร่างกายช้าๆ, ไม่พูดคุยกับ

บุคคลอื่นที่ไม่คุ้นเคยและจะตอบคำถามด้วยคำเพียงพยางค์เดียวหรือประโยคสั้นๆ และแยกตัวจากบุคคลอื่น ระยะที่ 2 ระยะแสดงอารมณ์ (Suffering) พวกนี้จะไม่เก็บกดอารมณ์เอาไว้จะแสดงออกโดยการร้องไห้ หรือมีอาการสะอึกสะอื้น จะอยู่ในท่าก้มตัวหรืออตัว และต้องการประทับประคอง และการปลอบโยนจากบุคคลรอบข้าง ในความสัมพันธ์ระหว่างระยะเก็บกดอารมณ์และระยะแสดงอารมณ์ในระยะแรกหลังเกิดภาวะวิกฤต บุคคลจะเริ่มด้วยระยะของการเก็บกดและจะมีอาการอดกลั้นจนกระทั่งรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ ต่อมาจะเข้าสู่ระยะแสดงอารมณ์ หรืออาจกลับไปมาระหว่าง 2 ระยะนี้ได้ตามความสำคัญของระยะเก็บกดและแสดงอารมณ์เป็นไปตามความรุนแรงและระยะเวลาในการเตรียมตัว ลักษณะของบุคคล รวมถึงลักษณะของวัฒนธรรม สถานการณ์ปัจจุบัน และปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ

สรุปได้ว่า การตอบสนองของญาติต่อการเผชิญภาวะการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 ระยะ อันได้แก่ 1) ระยะช็อก (Shock) เริ่มเมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลเปิดกว้างในการยอมรับความช่วยเหลือและคำแนะนำจากบุคคลอื่น 2) ระยะปกป้องตนเอง (Defensive retreat) เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบในการสู้หรือหนี เป้าหมายหลักของสมาชิกรอบครัวในระยะนี้ คือ การลดความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ 3) ระยะยอมรับ (Acknowledgement) ครอบครัวจะยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริง โดยสมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความเข้มแข็งของบุคคล หรืออาจเกิดความรู้สึกสูญเสีย ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า สับสน แยกตัวและมีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งไม่สามารถเข้าสู่ระยะปรับตัวได้ 4) ระยะปรับตัวได้และมีการเปลี่ยนแปลง (Adaptation and change) เป็นระยะที่สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดจากภาวะวิกฤตของผู้ป่วยระดับความวิตกกังวลและความเครียดลดลง สามารถมองปัญหาวิกฤตตามความเป็นจริงและพูดถึงเหตุการณ์วิกฤตได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น ญาติจึงต้องการการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ในการลดความตึงเครียดในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลญาติจึงต้องมีเทคนิคในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้เทคนิคในการสื่อสารตามสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งในการปรับอารมณ์

3. เทคนิคการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย

การช่วยเหลือญาติในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลญาติผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ญาติสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม หลักการให้การพยาบาลและการช่วยเหลือญาติในสภาวะอารมณ์ที่ตึงเครียด พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารและการประเมินการรับรู้ของญาติที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะอารมณ์ของญาติในขณะนั้น

ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึก และบอกถึงความต้องการการช่วยเหลือ รวมทั้งสามารถนำกลไกแบบเผชิญปัญหาด้วยการมุ่งที่จะแก้ปัญหาและมุ่งในการปรับอารมณ์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องนำเทคนิคในการสื่อสารมาใช้ให้เหมาะสมกับสภาพอารมณ์ และมีบุคลิกลักษณะที่อบอุ่น น่าเชื่อถือ ตลอดจนมีการประเมินการรับรู้ก่อนให้การพยาบาลเสมอ ซึ่งมีเทคนิคที่จำเป็นในการสื่อสาร ดังต่อไปนี้ (ทัศนยา บุญทอง และจารุวรรณ ต. สกุล, 2548; อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย, 2549)

1. การรู้จักและทักทาย (Giving recognition) การแสดงความสนใจยอมรับความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ เน้นความมีคุณค่าและการให้เกียรติ โดยการแสดงการรู้จัก จำได้ ด้วยการทักทาย เรียกชื่อได้ถูกต้อง จำเรื่องราวของผู้รับบริการได้ สังเกตได้ถึง การเปลี่ยนแปลงและให้ความสนใจกับสิ่งนั้น

2. การตั้งใจฟัง (Deliberate listening) ผู้ฟังตั้งใจฟังทุกคำพูด เพื่อให้ได้ข้อมูลชัดเจน โดยผู้ฟังจะต้องตั้งใจฟังและไม่ต่อต้านหรือเลือกฟัง รวมทั้งไม่ใส่ความรู้สึกส่วนตัวหรือการตัดสินใดๆ ลงไปในข้อมูล ทำให้บุคคลรู้สึกผ่อนคลาย อยากเล่าและอยากระบายความรู้สึกมากขึ้น

3. การเคารพผู้อื่น (Respect) มีเจตคติ ความรู้สึกและการแสดงออกต่อผู้รับบริการ โดยให้ความเคารพต่อความจริงที่ว่าบุคคลแต่ละคนมีคุณค่าในความเป็นตนเอง มีศักดิ์ศรี และมีพลังอยู่ในตัว

4. การยอมรับ (Accepting) การแสดงการยอมรับและเข้าใจความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมของผู้รับบริการ ซึ่งการยอมรับนี้ไม่ได้หมายถึงการเห็นด้วยกับผู้รับบริการ แต่เป็นการยอมรับผู้รับบริการในขณะที่ติดต่อสื่อสารกัน โดยผู้ให้บริการแสดงท่าทีสนใจตั้งใจรับฟัง ไม่แสดงท่าทางตำหนิ โกรธ กลัว ซึ่งการยอมรับสามารถแสดงได้ทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง

5. การใช้ความเงียบ (Using silent) การใช้ความเงียบขณะสนทนา เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้รวบรวมความคิด ทบทวนสิ่งที่พูดไปแล้วและสิ่งที่จะพูดต่อไป นอกจากนี้ยังได้ตระหนักถึงอารมณ์ของตนเองขณะสนทนา สำหรับผู้ให้บริการนั้นการใช้ความเงียบทำให้มีเวลาสังเกต พฤติกรรมและการแสดงออกของผู้รับบริการอย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น

6. การทวนซ้ำ (Restating) การกล่าวซ้ำประเด็นสำคัญที่ผู้รับบริการพูด ซึ่งเป็นการสะท้อนเนื้อหา โดยจะทวนซ้ำคำพูดทั้งข้อความหรือบางส่วน เพื่อเน้นเนื้อหาหลักของคำพูดก็ได้ การทวนซ้ำจะช่วยให้ผู้รับบริการได้ทบทวนสิ่งที่ตนพูดถึงและเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการอธิบายรายละเอียดในสิ่งที่พูดเพิ่มเติม

7. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection) การพูดสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้รับบริการพูด ซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกของผู้รับบริการ เพื่อให้ได้ใคร่ครวญคำพูดและประเมินความรู้สึกของ

ตนเองอีกครั้งหนึ่ง เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความรู้สึกที่คลุมเครือได้ชัดเจน และผู้ให้บริการต้องพิจารณาว่าผู้รับบริการมีความรู้สึกที่แท้จริงอย่างไร

8. การสรุป (Summarizing) การทำให้ผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลสำคัญในการสนทนาสรุปให้เป็นเรื่องราวชัดเจน เพื่อให้ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการเข้าใจสิ่งที่ได้สนทนาตรงกัน การสรุปจะต้องรวบรวมทั้งประเด็นเนื้อหาที่สำคัญและความรู้สึกของผู้รับบริการที่แสดงออกขณะสนทนา โดยไม่เพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้ให้บริการ วิธีการสรุปนั้นอาจจะให้ผู้รับบริการเป็นผู้สรุป ผู้ให้บริการช่วยเพิ่มเติม หรือให้ผู้ให้บริการสรุปเองทั้งหมดก็ได้ และช่วงเวลาของการสรุปอาจทำเมื่อสิ้นสุดการสนทนาแต่ละครั้ง สรุปประเด็นสำคัญระหว่างการสนทนา หรือสรุปเพื่อนำไปสู่การเริ่มต้นการสนทนาเรื่องใหม่ก็ได้

9. การบอกสิ่งที่สังเกตเห็น (Making observation) การที่ผู้ให้บริการบอกสิ่งที่สังเกตเห็น หรือรับรู้ในตัวผู้รับบริการ โดยเฉพาะกิริยาท่าทางที่แสดงออกถึงอารมณ์ของผู้รับบริการทราบ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการสำรวจตนเองและบอกถึงความรู้สึกของตนในขณะนั้น

10. การเน้นจุดสนใจ (Focusing) การเน้นเฉพาะประเด็นหรือเรื่องที่สำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ใช้เมื่อผู้รับบริการอยู่ในภาวะสับสน พุดคววนไม่ได้เนื้อหา หรือเปลี่ยนเรื่องสนทนาบ่อย ๆ ผู้ให้บริการต้องพยายามชักชวน ให้ผู้รับบริการพูดเข้าสู่จุดสำคัญของปัญหาให้ได้ โดยแยกข้อมูลที่ไม่สัมพันธ์กันออกจากเรื่องที่สนทนา

พยายามที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากใช้เทคนิคในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพแล้วนั้น ต้องมีการประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพดีในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

4. การประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วย (Mental State Examination)

โดยใช้แบบ ทดสอบ TMSE (Thai Mental State Examination) มีคะแนนรวมทั้ง 6 ข้อ เท่ากับ 30 คะแนนประกอบด้วย 1) การทดสอบการรับรู้ (Orientation) มีคะแนนรวม 6 คะแนน โดยแบ่งเป็นคะแนนเกี่ยวกับเวลา 4 คะแนน เรื่องสถานที่ 1 คะแนน และเรื่องบุคคล 1 คะแนน 2) การจดจำ (Registration) มีคะแนนเต็ม 3 คะแนน โดยให้ผู้ทดสอบจำชื่อของ 3 อย่าง คือ ดันไม้ รถมอเตอร์ และมือ ซึ่งผู้ทดสอบจะเป็นผู้บอกคำดังกล่าวให้ฟัง พูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที โดยให้คะแนนทดสอบของแต่ละข้อเท่ากับ 1 คะแนน 3) ความใส่ใจ (Attention) มีค่าคะแนนรวม 5 คะแนน ทดสอบโดยการให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อวันย้อนหลังตามลำดับ โดยยกตัวอย่างเริ่มจากวันอาทิตย์นับย้อนหลังไปก็คือ วันเสาร์ จากนั้นให้ผู้ถูกทดสอบบอกชื่อวันย้อนหลังต่อไปเรื่อยๆ ให้ครบอีก 5 วัน ให้คะแนนจากคำตอบชื่อวันที่ถูกต้องวันละ 1 คะแนน 4) การคำนวณ (Calculation) มีคะแนนรวม

เท่ากับ 3 คะแนน โดยให้ผู้ถูกทดสอบคำนวณเลข 100-7 ไปตามลำดับ 3 ครั้ง คำตอบที่ถูกต้องของแต่ละช่วงจะได้คะแนน 1 คะแนน 5) ด้านภาษา (Language) มีคะแนนรวม 10 คะแนน ทดสอบโดยการให้บอกสิ่งของ 2 สิ่ง ที่ผู้ทดสอบได้ชี้ให้ดู ได้แก่ นาฬิกา และเสื้อ คะแนนของแต่ละสิ่งเท่ากับ 1 คะแนน จากนั้นทดสอบการพูดตาม โดยกำหนดประโยคมาตรฐาน คือ “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” และให้คิดคะแนนการพูดตามถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน ต่อไปด้านการทำตามคำสั่งมี 3 ขั้นตอนของการฟังกระดก มีคะแนน 3 คะแนน สำหรับด้านการอ่านให้อ่านตามข้อความในแผ่นป้ายที่เขียนไว้ มี 1 คะแนน ด้านการทดสอบการเขียน ให้ผู้ถูกทดสอบวาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง โดยเป็นภาพสามเหลี่ยมวางทับสี่เหลี่ยมจัตุรัส มีคะแนน 2 คะแนน และด้านความคิดอ่าน เปรียบเทียบความเหมือนกันของสิ่งของ มีคะแนน 1 คะแนน ยกตัวอย่างเช่น ถ้วยกับส้มเหมือนกัน คือเป็นผลไม้ หลังจากนั้นถามผู้ทดสอบว่าแมวกับสุนัขนั้นเหมือนกันคืออะไร 6) การระลึกได้ (Recall) มีคะแนนรวม 3 คะแนน ทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบย้อนนึกจำสิ่งของ 3 สิ่ง ที่บอกให้จำไว้ ตั้งแต่ช่วงต้นของการทดสอบ อันได้แก่ ต้นไม้ รถยนต์ และมือ ให้คะแนนสิ่งละ 1 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2002)

การประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อให้ญาติรับรู้ข้อมูลและเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการตัดสินใจให้ความร่วมมือและร่วมแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ส่งผลให้ญาติได้รับการตอบสนองความต้องการ และเกิดประสิทธิภาพที่ดีในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

5. ความต้องการของญาติผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วย ภายหลังเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตหรือการบาดเจ็บ พบว่า ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตไว้มากพอควร ซึ่งผลการศึกษาอาจจะแตกต่างกันออกไปบ้างขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา แต่โดยภาพรวมแล้วญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีความต้องการที่คล้ายคลึงกัน และในการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความต้องการที่สำคัญประกอบด้วย

1. การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) ญาติต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยสามารถที่จะมองเห็นหรือใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และเปิดโอกาสให้อยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ช่วยฟื้นคืนชีพและการทำหัตถการขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิต (Redley et al., 2003; MacLean et al.,

2003) อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ร้ายแรงจนสมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย ช่วงเวลานี้ คือระยะเวลาช่วงสุดท้ายที่สมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจะมีร่วมกัน และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่าคุณต้องสูญเสียผู้ป่วยไปในระยะเวลาอันใกล้ เป็นความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลที่ตนรักและผูกพันอย่างกะทันหัน สมาชิกในครอบครัวจึงมีความต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ตนรักให้มากที่สุด ก่อนการสูญเสียจริงจะมาถึง (Maxwell et al., 2007) สอดคล้องกับงานวิจัยของเมียน (Mian, 1991) เกี่ยวกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โดยการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวทางโทรศัพท์ภายหลังจากมารับบริการ และผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน 3-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกล่าวถึงความต้องการในขณะที่รับรู้ว่าจะต้องสูญเสียผู้ป่วยไปในระยะเวลาอันใกล้ และเกิดความเศร้าโศกขึ้นว่า ขณะนั้นเขารู้สึกสับสน และมีความต้องการที่จะได้เห็นผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุดไม่ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นก็ตาม

2. ข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (Information and communication) ความต้องการด้านการสื่อสารและข้อมูลจากทีมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยอาการรุนแรงและร้ายแรงเป็นสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน การต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะช็อก ไม่เชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น รู้สึกสับสน ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร บางครั้งอาจพบว่าสมาชิกในครอบครัวจะแสดงอาการโกรธเคือง ไม่พอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การวินิจฉัยของแพทย์ และการรักษาที่ให้อยู่ เกิดความวิตกกังวล และกลัวที่จะต้องสูญเสียผู้ป่วยไป (Alvares & Kirby, 2006; Leske, 2002; Murphy & Nightingale, 2002) ในระยะนี้ญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ป่วย เมื่อบุคคลอันเป็นที่รักหรือใกล้ชิดเจ็บป่วยและต้องเข้ารับรักษาตัวในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมิเชล (Mishel, 1984) แบ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของครอบครัว เป็น 4 ลักษณะได้แก่ 1) ความคลุมเครือ (Ambiguity) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา 2) การขาดความกระจ่างเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) มักมีสาเหตุมาจากการได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์ ขาดความเข้าใจในคำอธิบายที่ได้รับหรือการขาดความเข้าใจในคำอธิบายที่ได้รับหรือขาดความชัดเจนในข้อมูล 3) การขาดข้อมูล (Lack of information) เกี่ยวกับการวินิจฉัย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย 4) การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาของความเจ็บป่วยและพยากรณ์ของโรคได้ (Unpredictability) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงเกิดพฤติกรรมแสวงหาซักถามข้อมูลต่างๆ และการได้รับข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างกระจ่างชัด จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจสถานการณ์และยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึงได้มากขึ้น (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) ซึ่งความต้องการด้านข้อมูลที่สำคัญ

สำหรับสมาชิกในครอบครัวจะรวมถึงความถี่ของการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการรักษา ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกระบวนการดูแล ประกอบไปด้วยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการประทับประคองผู้ป่วย ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะของผู้ป่วย รวมถึงความคาดหวัง และญาติต้องการทราบถึงสถานะของผู้ป่วยก่อนการเซ็นยินยอมรับการรักษา (จิตติมา วทานิชเวช, 2540; Critchell & Marik, 2007; McLean, 2003; Leske 2002, Redley et al., 2003)

3. การให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา (Assurance and meaning) ญาติผู้ป่วยมีความต้องการทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างดีที่สุดและได้รับการอธิบายถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและให้การรักษาผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ (Maxwell et al., 2007; Redley et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมากอตติ,ไซเอนิและดริโก (Magotti, Saiani & Drigo, 1999) ที่ศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเซตเทรนิโน โดยศึกษาความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยจำนวน 50 คนเปรียบเทียบกับกรรับรู้ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและกลุ่มสมรสจำนวน 72 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสมรสของผู้ป่วยต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดมากที่สุด และพยาบาลรับรู้ความต้องการของญาติผู้ป่วยมีความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดมากที่สุด และพยาบาลรับรู้ความต้องการของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยได้ตรงกัน ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของจงกล ศรีวัฒนาและพรทิพา สุภรศรี (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชลบุรี โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 65 คน พบว่าสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุดในเรื่องของความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดเช่นกัน

4. การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) โดยพบว่าความต้องการในเรื่องการต้องการการสนับสนุนของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตจะเกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของญาติและการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อให้เผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจ (Leske, 2002; Redley et al., 2003) เนื่องจากการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดสมดุลและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับญาติผู้ป่วยคือ การเสียความสมดุลทางอารมณ์และทางจิตใจทำให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดในการเผชิญปัญหา และต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือมากขึ้นกว่าปกติ เพื่อให้สามารถคงความสมดุลของระบบครอบครัวไว้ได้ (Leske, 2002)

5. ความสุขสบาย (Comfort) การอำนวยความสะดวกสบายแก่ญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระหว่างรอ โดยการเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น หอน้ำ น้ำดื่ม โทรศัพท์ เป็นต้น จะช่วยให้ญาติคลายความทุกข์ทรมานและลดภาวะเศร้าโศกเพราะความต้องการอาหารเป็นความต้องการขั้น

พื้นฐานของมนุษย์เมื่อญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานแล้วจะทำให้รู้สึกสุขสบายมากขึ้น แต่ในความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการที่มีความสำคัญค่อนข้างน้อยสำหรับญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต (Leske, 2002; Redley et al., 2003) อาจเนื่องมาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันด้วยการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยและผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงทำให้สมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยหรือความตายที่จะมาถึงของผู้ป่วยอันดับแรก ความสนใจของสมาชิกในครอบครัวจึงมุ่งไปที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าที่คิดถึงความต้องการช่วยเหลือและความสะดวกสบายของตนเอง (Gavaghan, 2002)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มาใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความต้องการทั้งหมด 5 ด้าน คือ การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity), การได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (Information and communication), การให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา (Assurance and meaning), การช่วยเหลือสนับสนุน (Support), และความสุขสบาย (Comfort) ซึ่งจากการศึกษาของหลายท่านที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ทราบว่าญาติผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ เพื่อช่วยในกระบวนการรับรู้และปรับตัวต่อความเครียดจากภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในขณะนั้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Gavaghan, 2002; Leske, 2002; Maxwell et al., 2007; Redley et al., 2003; Washington, 2001)

6. ทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา

6.1 แนวความคิดพื้นฐานทฤษฎีภาวะวิกฤต

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาอธิบายถึงการเกิดภาวะวิกฤตของมนุษย์ว่าเกิดจากสาเหตุใดและมีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องบ้าง พบว่า จากการศึกษาทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1998) กล่าวว่าไว้วามมนุษย์เปรียบเสมือนระบบซึ่งเป็นระบบเปิดที่มีการติดต่อกับภายนอกตลอดเวลา ในภาวะปกติมนุษย์จะอยู่ในภาวะสมดุลเมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful event) หรือภาวะวิกฤตซึ่งภาวะที่เกิดขึ้นแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ภาวะวิกฤตที่เกิดจากการเจริญเติบโตเข้าสู่ภาวะและพัฒนาการ (Developmental or Maturational crisis) และภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์และภาวะเครียดจากภายนอก (Situational crisis) มาตรการจะก่อให้เกิดความไม่สมดุลเกิดขึ้น ซึ่งเมื่อญาติผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่วิกฤตของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และต้องการความช่วยเหลือ บุคคลจะพยายามนำปัจจัยสมดุล (Balancing factor) มาใช้เพื่อให้สามารถกลับไปสู่ภาวะสมดุลได้

6.2 ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความสมดุลเมื่อเผชิญภาวะวิกฤต

อกิลเลรา (1998) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย จากเหตุการณ์ภายนอกที่เข้ามากระทบทำให้บุคคลนั้นเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ บุคคลจึงต้องนำปัจจัยสมดุล (Balancing factor) มาใช้เพื่อให้สามารถกลับไปสู่ภาวะสมดุลได้ ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้ร่างกายเกิดความสมดุล ได้แก่

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event) คือการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหากบุคคลรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกนึกถึงเครียดของตนเอง การแก้ปัญหาที่จะทำได้ตรงจุด หากรับรู้เหตุการณ์ผิดๆ เข้าใจปัญหาผิดๆ ไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึกนึกถึงเครียดย่อมทำให้บุคคลแก้ปัญหาได้ไม่ตรงจุด ความสามารถและความตั้งใจในการแก้ปัญหาก็จะขาดประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาย่อมไม่สำเร็จ ความเครียดจะยังคงอยู่ต่อไป

2. การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอตามความต้องการ (Adequate situational support) เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา ย่อมต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ เมื่อมีการสนับสนุนเพียงพอ บุคคลจะไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย และรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ที่พึ่ง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม แต่หากบุคคลไม่มีแหล่งสนับสนุนเพียงพอ จะทำให้บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง สิ้นหวัง จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

3. การใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาในการปรับตัว (Coping mechanism) กลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิต หากบุคคลมีการพัฒนาการใช้กลไกในการปรับตัว ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหานั้นบุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้ โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งการจัดการกับความเครียดนั้นมี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem) เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น และการมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ทำลายขวัญและลดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหของตน

การที่บุคคลสามารถนำปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ จะส่งผลให้บุคคลสามารถพิจารณาหาหนทางในการแก้ไขปัญหาได้ ทำให้บุคคลกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล และไม่เกิดภาวะวิกฤตขึ้น แต่ในทางตรงข้าม ถ้าขาดปัจจัยสมดุลประการใดประการหนึ่ง หรือทั้ง 3 ประการ จะทำให้บุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุล และเกิดภาวะวิกฤตขึ้นตามมา ดังแสดงในแผนภูมิ 2

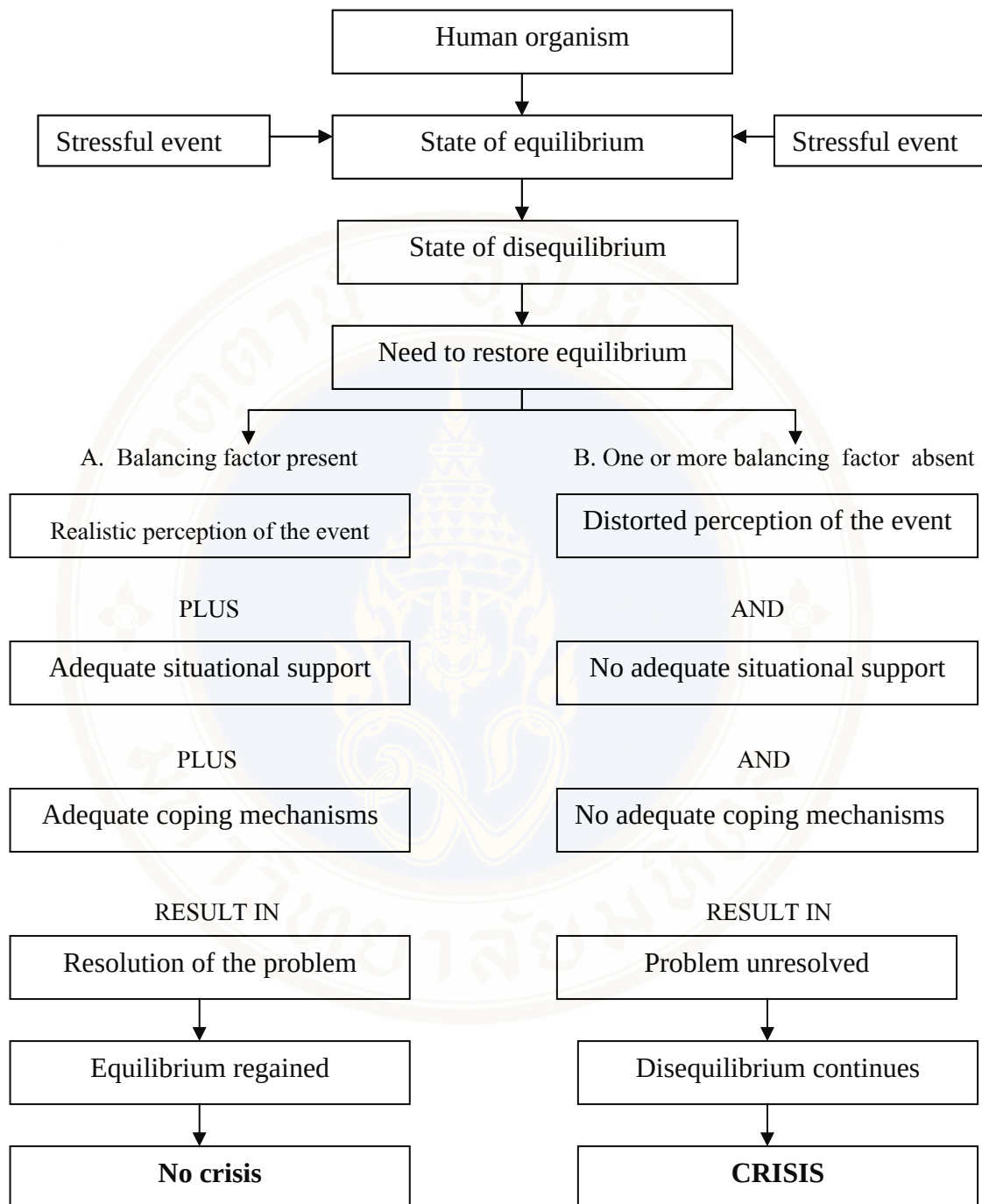
6.3 การตอบสนองของญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

เมื่อภาวะวิกฤตเกิดขึ้นญาติผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะวิกฤตแตกต่างกันออกไป ซึ่งอากิลเลราและเมสสิก (1986) กล่าวว่า เมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤต ครอบครัวจะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนวิกฤต หรือระยะช็อก (Precrisis or shock) เป็นระยะแรกที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ ขาไปทั้งตัว ตกใจกลัว เสียขวัญ ระยะนี้อาจนานเป็นนาทีหรือชั่วโมง
2. ระยะวิกฤตหรือระยะการใช้กลไกป้องกันตนล้มเหลว (Crisis or defensive retreat) เป็นระยะที่บุคคลประสบความล้มเหลวในการเผชิญปัญหา เริ่มตระหนักว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเองและจะมีผลกระทบอย่างไร ระยะนี้บุคคลจะมีความรู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก ซึมเศร้าหรือโกรธ มีพฤติกรรมแสดงออก ได้แก่ กระสับกระส่าย อยู่ไม่สุข เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ระยะนี้อาจกินเวลา 1-2 วัน หรือหลายวัน
3. ระยะยอมรับหรือระยะเริ่มปรับตัวได้ (Recoil or beginning of resolution) ระยะนี้เริ่มยอมรับความจริงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามหาทางแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดีอีกครั้ง ความคิดสงบลง ไม่สับสน บุคคลเริ่มเรียนรู้ ใต้อถาม และขอคำแนะนำจากบุคคลอื่นที่รู้ดีกว่าตนเอง ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์
4. ระยะกลับเข้าสู่สภาพปกติ ปรับตัวได้และมีการเปลี่ยนแปลง (Resolution, adaptation and change) เป็นระยะที่บุคคลสามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม การแก้ปัญหาประสบความสำเร็จ ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน
5. ระยะหลังวิกฤต (Post crisis) เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมหลังการเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยบุคคลเกิดทักษะในการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสม หรือในทางตรงกันข้ามอาจเกิดวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้การปฏิเสธ หรือวิธีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้แก่ การคิดเหวี่ยง, การใช้ยา หรือการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม

อย่างไรก็ตาม การให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินค่อนข้างสั้น ดังนั้น จึงพบการตอบสนองของญาติที่ชัดเจน 3 ระยะ ได้แก่ 1).ระยะก่อนวิกฤตหรือระยะช็อก 2).ระยะวิกฤตหรือระยะการใช้กลไกป้องกันตนล้มเหลว 3).ระยะยอมรับหรือระยะเริ่มปรับตัวได้ ในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย โดยสามารถประเมินผลการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติ จากการที่ญาติของผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย ร่วมตัดสินใจกับทีมสุขภาพในการให้การรักษาผู้ป่วย รวมทั้งใต้อถาม และขอคำแนะนำจากทีมสุขภาพ ส่วนในระยะกลับสู่สภาพปกติ และ

ระยะหลังวิกฤตญาติจะต้องใช้เวลานานในการแสดงการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น จากการทบทวนทฤษฎีภาวะวิกฤตของอิลเดรา (1998) พบว่า ภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วยทางกายสามารถคุกคามต่อความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดมาก่อนทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้การรับรู้ของบุคคลคลาดเคลื่อนจากความจริง ไม่สามารถบอกความรู้สึก กังวลใจ และความต้องการการช่วยเหลือ รวมทั้งขาดประสบการณ์ในการใช้กลไกแบบเผชิญปัญหา ส่งผลให้บุคคลเกิดความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย ดังนั้น บุคคลจึงพยายามหาวิธีในการทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล



แผนภูมิ 2 แสดงแนวคิดของทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเลรา (Aguilera, 1998)

7. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของวรรณภา เคนวงษ์ (Kenwong, 2006) ที่สร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งวรรณภา เคนวงษ์ พัฒนามาจากการเกิดปัญหาและข้อมูลที่รวบรวมได้จากการปฏิบัติงาน และจากการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าแพทย์และพยาบาลมุ่งเน้นในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะภาวะวิกฤต โดยขาดแนวทางในการให้การดูแลญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ดังนั้น จึงมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทำให้ทราบถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแล (Assurance and meaning) ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) ด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับแพทย์และพยาบาล (Information and communication) ด้านความสุขสบาย (Comfort) และด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ของเรดลีย์และคณะ (Redley et al., 2003) การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และส่งผลกระทบต่อจิตใจของญาติผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์

จากแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera, 1994) กล่าวว่าไว้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดภาวะความไม่สมดุลของร่างกาย ซึ่งถ้าบุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ขึ้น บุคคลจึงพยายามนำปัจจัยสมดุล (Balancing factor) อันได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอตามความต้องการ และการใช้กลไกแบบเผชิญปัญหา มาใช้เพื่อกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทำให้บุคคลไม่เกิดภาวะวิกฤต ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวพัฒนาจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากงานวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 8 เรื่อง และผ่านการตรวจสอบและเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบกับญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 4 ราย พบว่า สามารถปฏิบัติได้จริงและได้ผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ กล่าวคือ ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ในด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านข้อมูลและการสื่อสารกับ

บุคลากรในทีมสุขภาพ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน และด้านความสุขสบาย ทำให้ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว อะอะ โวยวาย ขณะนั่งรอผู้ป่วยรับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของวรรณภา เคนวงษ์ (Kenwong, 2006) ยังไม่ได้ทำการทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปทำการทดสอบผลของแนวปฏิบัติ แต่เนื่องจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ เป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

8. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เพื่อลดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของญาติผู้ป่วย

ในระยะแรกหลังจากญาติผู้ป่วยรับรู้และพบเห็นสภาพอาการของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกได้อย่างมากมาย และเกิดความวิตกกังวล (Farrar, 2002; Leske, 2002) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระยะนี้เป็นการสนับสนุนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ญาติผู้ป่วย เข้าใจ ยอมรับและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น หากญาติผู้ป่วยขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ร่วมกับขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์ จะทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006; Erikson & Lauri, 2000) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นตัวปรับสมดุลต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยการลดระดับการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น (Hardicre, 2003; Johansson, Fridlund & Hildingh, 2005) ซึ่งอกลีเลรา (1998) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลขึ้นในร่างกายจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ การคาดเดาเหตุการณ์ที่คาดเคลื่อนจากความเป็นจริง รวมทั้งขาดประสบการณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤต อกลีเลราจึงนำปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมาใช้ในการทำให้บุคคลกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ จากการศึกษาของ กอเอนซ์ (Gaw-Ens, 1994) พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยต้องการข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเป็นอย่างมากในระยะแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยยังต้องการการประคับประคองด้านอารมณ์ จิตใจ ความรักความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ได้มีโอกาสระบายความรู้สึกเสริมสร้างกำลังใจ (Farrar, 2002)

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนข้อมูลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยลดลง เมื่อมีการแจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์

เกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย (Johnson & Frank, 1995) และการได้รับข้อมูลขณะมาเยี่ยมผู้ป่วย (อริยญา ศรีคำชาว, 2548; Aimin, 1999) รวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการผ่าตัด ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ สามารถลดระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; รัตนา อยู่เปล่า, 2543) นอกจากนี้ สมคิด ปานประเสริฐ (2547) ศึกษาการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุ ขณะรอการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ สามารถลดระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยรับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษารายงานการวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ สามารถลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บได้ ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มระดับความพึงพอใจในการให้บริการ อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วยก็จะเกิดความวิตกกังวลจากสถานการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรง และคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย บุคคลจึงค้นหากลวิธีในการทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมการกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลของญาติผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ญาติผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของวอร์ดภา เคนวงษ์ (2549) ที่ส่งเสริมการกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล มาทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลว่าสามารถลดระดับความวิตกกังวล และตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย รวมทั้งช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

9. สรุป

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยส่งผลกระทบอย่างมากต่อญาติผู้ป่วย เมื่อญาติผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการหนักหรืออยู่ในภาวะอันตรายที่คาดเคลื่อนจากความเป็นจริง โดยพบว่าการประเมินอาการของญาติที่คาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับสภาพอาการ การตรวจวินิจฉัยโรค แนวทางในการรักษาพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบข้างผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างญาติผู้ป่วยกับทีม

รักษาพยาบาลผู้ป่วย การห้ามเข้าเยี่ยมผู้ป่วยขณะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติจึงไม่สามารถบอกความรู้สึกกังวลใจและความต้องการการช่วยเหลือได้ เนื่องจากขาดบุคคลที่ไว้วางใจในการระบายความรู้สึก คอยรับฟังปัญหา หรือตอบข้อสงสัยกับข้อใจ รวมทั้งขาดบุคคลที่คอยให้กำลังใจ ปลอบใจ ตลอดจนญาติผู้ป่วยขาดประสบการณ์ในการใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย ทำให้ญาติผู้ป่วยมีการปรับตัวหรือการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อทีมรักษาพยาบาล เอะอะโวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จนเกิดปัญหาในเรื่องการฟ้องร้องและการร้องเรียนตามมา ดังนั้น ทีมรักษาพยาบาลต้องมีแนวทางในการดูแลญาติผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมการรักษาพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยมากที่สุด ในการดูแลไม่ให้ญาติผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตในอารมณ์จากเหตุการณ์ภายนอกที่เข้ามากระทบ โดยส่งเสริมให้บุคคลนำปัจจัยสมดุล 3 ประการมาใช้ อันได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การกำหนดคุณค่าในสถานการณ์ และการใช้กลไกการเผชิญปัญหาโดยการมุ่งแก้ปัญหาหรือมุ่งปรับอารมณ์ ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ด้วยการจัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยลดลง และญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเพิ่มมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ทำการศึกษาญาติผู้ป่วย 1 ราย ต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

1. คุณสมบัติของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (กลุ่มตัวอย่าง)

1. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย
2. มีการรับรู้และการสื่อสารปกติ
3. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. คุณสมบัติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

1. อัตราการหายใจ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 ครั้งต่อนาที, ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) น้อยกว่าร้อยละ 90
2. อัตราการเต้นของชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ 130 หรือน้อยกว่า 40 ครั้งต่อนาที
3. ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 มม.ปรอท หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มม.ปรอท
4. ระดับอุณหภูมิร่างกาย น้อยกว่า 35 องศาเซลเซียส หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส

5. ระดับความรู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อเสียง หรือ ค่าคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma scale) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน (Subbe et al., 2006)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ญาติของผู้ป่วยไม่มาพร้อมผู้ป่วย ภายใน 30 นาที

การกำหนดขนาดของกลุ่มอย่าง

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง มีจำนวนประชากรเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตที่เข้ามารับการรักษา ประมาณ 391 คนต่อปี จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีลักษณะของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับงานวิจัย การสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักจากงานวิจัยของอรัญญา ศรีคำขาว (2548) นำมาหาขนาดอิทธิพล (Effect Size = d) ตามสูตรของเฮดจ์ (Hedges, 1982) และคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect size) ได้ .70 และกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 และเปิดตารางของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2008) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน โดยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เพิ่มอีก 7-8 คน ดังนั้น มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน

แหล่งเก็บข้อมูล

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไป มีอัตราส่วนการให้บริการ 1:10 รายต่อวัน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ โดยผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ญาติของผู้ป่วยที่ดูแลจะเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยหรือเรียกใช้บริการ EMS ของโรงพยาบาล และประสานงานกับองค์การบริหารส่วนอำเภอหรือองค์การบริหารส่วนตำบลในการให้การช่วยเหลือนำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ป่วยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตมารับบริการทุกวัน ประมาณ 30-35 รายต่อเดือน และมีผู้ป่วยบาดเจ็บในภาวะวิกฤตมารับบริการ ประมาณ 8-10 รายต่อเดือน สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:5 มีพยาบาลวิชาชีพประจำการ จำนวน 8 คน และมีเจ้าหน้าที่เวชิกฉุกเฉิน จำนวน 1 คน อัตรากำลังในการให้บริการ คือ เวรเช้า 3 คน เวรบ่าย 3 คน และเวรดึก 1 คน มีแพทย์ทั่วไปใช้ทุน จำนวน 3 คน ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันละ 1 คน โดยส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอุทัยธานี เมื่อเกินขีดความสามารถในการให้การรักษากลับมาทุกกรณี โดยกรณีที่ผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงขณะนำส่ง จะมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน หรือใช้พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เวชิก อย่างละ 1 คน ในการดูแลขณะนำส่งผู้ป่วย หรือรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษามารับในหอผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังให้การช่วยเหลือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยดัดแปลงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของวรรณภา เคนวงษ์ (Kenwong, 2006) ให้เหมาะสมกับหน่วยงาน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- 1.1 ระยะที่ 1 เมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาล
- 1.2 ระยะที่ 2 ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น
- 1.3 ระยะที่ 3 หลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น
 - กรณีส่งต่อผู้ป่วยหลังให้การช่วยเหลือไปยังหอผู้ป่วยใน
 - กรณีส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอุทัยธานี

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้เครื่องมือ Modified Early Warning Scoring System (MEWS) ของซันเบและคณะ (Subbe et al., 2006) ซึ่งประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา 5 ค่า และพบค่าผิดปกติตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไป ดังนี้

1. อัตราการหายใจ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 ครั้งต่อนาที, ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) น้อยกว่า ร้อยละ 90
2. อัตราการเต้นของชีพจร มากกว่าหรือเท่ากับ 130 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 40 ครั้งต่อนาที
3. ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 มม.ปรอท หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มม.ปรอท
4. ระดับอุณหภูมิกาย น้อยกว่า 35 องศาเซลเซียส หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 องศาเซลเซียส
5. ระดับความรู้สึกตัว ไม่มีการตอบสนอง หรือมีค่าคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow coma scale) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน

3. แบบสอบถามการได้รับตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบเติมคำตอบในช่องว่างบันทึกโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เลขที่เวชระเบียน เพศ อายุ อาชีพ ผู้นำส่ง สภาพอาการของผู้ป่วย อาการสำคัญ ค่าคะแนนทางสรีรวิทยาที่วัดได้ ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์ในการเผชิญกับการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นแบบสอบถามของเรดลีย์และคณะ (2003) แปลโดยวรรณภา เคนวงษ์ สอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแล (Assurance and Meaning) จำนวน 9 ข้อ ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) จำนวน 5 ข้อ ด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับแพทย์และพยาบาล (Information and communication) จำนวน 10 ข้อ ด้านความสบาย (Comfort) จำนวน 6 ข้อ และด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต และแบบวัดระดับความวิตกกังวล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์	1 ท่าน
แพทย์แผนกอายุรกรรมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1 ท่าน

หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ไปใช้กับญาติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าแอลฟาครอนบาค = .94 และทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 ราย ได้ค่าแอลฟาครอนบาค = .97

ขั้นตอนการดำเนินการ

การเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลประจำการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาในรายวิชา Health counseling จำนวน 2 หน่วยกิต ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การลดอคติในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงวางแผนเตรียมผู้ช่วยวิจัยไว้จำนวน 5 ท่าน เนื่องจากเป็นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่สามารถคาดเดาเวลาที่ผู้ป่วยจะมาใช้บริการได้อย่างแน่นอน จึงต้องมีการวางแผนเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้มีเพียงพอทั้ง 3 เวร และเพื่อเวรหยุด ในการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามในการการศึกษาค้นครั้งนี้สรุปว่าใช้ผู้ช่วยวิจัยไปเพียง 3 ท่าน

การเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีอายุการปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี เป็นผู้ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยและแบบประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย ด้วยเครื่องมือแบบสอบถามการได้รับตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีขั้นตอนในการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1. ชี้แจงรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
2. ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม
3. ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม
4. เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามประเด็นที่สงสัย และเน้นย้ำให้ผู้ช่วยวิจัยตระหนักว่าหากมีข้อสงสัยใดๆ ระหว่างการเก็บข้อมูล สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่ เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการวิจัย แก่หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านไร่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยคัดเลือกญาติผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นดำเนินการเก็บ ข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. เมื่อญาตินำผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยว่ามีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำลังได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปขอความร่วมมือในญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อญาติผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ญาติลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2. ให้การพยาบาลตามปกติ โดยเมื่อญาติมาถึงซักประวัติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แล้วเชิญให้ญาตินั่งรอด้านนอก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มเสียชีวิตประสานงานแพทย์ให้แจ้งญาติทราบ ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น หรือโรงพยาบาลอื่น พร้อมทั้งบอกให้ญาติทราบว่าต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น

3. ผู้ช่วยวิจัยให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที (ซึ่งเป็นช่วงเวลาเตรียมพร้อมเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาล อุทัยธานีหรือเตรียมรับเข้ารักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่)

กลุ่มทดลอง

1. เมื่อญาตินำผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยว่ามีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำลังได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปขอความร่วมมือในญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อญาติผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ญาติผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และให้ญาติลงนามในใบยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว)

2. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยทันทีเมื่อมาถึง และประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยและสภาพอารมณ์ของญาติ หลังจากนั้นพาญาติไปนั่งที่เก้าอี้ที่จัดไว้ แนะนำสถานที่ ได้แก่ ห้องน้ำ น้ำดื่ม และโทรศัพท์ แล้วจึงเริ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ การรักษาเบื้องต้น แจ้งให้ญาติทราบอาการ และการรักษาที่ให้เพิ่มเติม รวมทั้งแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเหมาะสม หรือทุก 30 นาที และพาญาติสนิท 1-2 คนเข้าเยี่ยม โดยพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนปลอบใจและตอบข้อซักถามญาติขณะเข้าเยี่ยม

3. หลังให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้ว ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแพทย์แจ้งให้ญาติทราบเกี่ยวกับอาการและสาเหตุในการส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลฉุกเฉินหรือส่งไปยังหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านไร่ หลังจากนั้น พยาบาลเตรียมดูแลความเรียบร้อยของผู้ป่วย และแจ้งสภาพอาการผู้ป่วยขณะนั้น พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น หรือโรงพยาบาลอื่น ในขณะนำส่งพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่ผู้ป่วยจะไปรับการรักษาต่อ ส่วนในกรณีผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต ประสานงานแพทย์แจ้งอาการ แนวโน้มการเสียชีวิต และดูแลผู้ป่วยจนมีอาการคงที่ก่อนส่งผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลฉุกเฉิน พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติตามวิธีการดูแลก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

4. ผู้ช่วยวิจัยให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที (ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาหรืออยู่ระหว่างการเตรียมพร้อมเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลฉุกเฉินหรือเตรียมรับเข้ารักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีการกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยที่จะได้รับต่อไป โดยผู้ที่สมัครใจจะเข้าร่วมในการวิจัยได้ลงนามยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ การรายงานผลการวิจัยจะไม่มีผลกระทบชื่อของผู้ป่วยและญาติ และรายงานเป็นผลสรุปของการศึกษาทั้งหมด

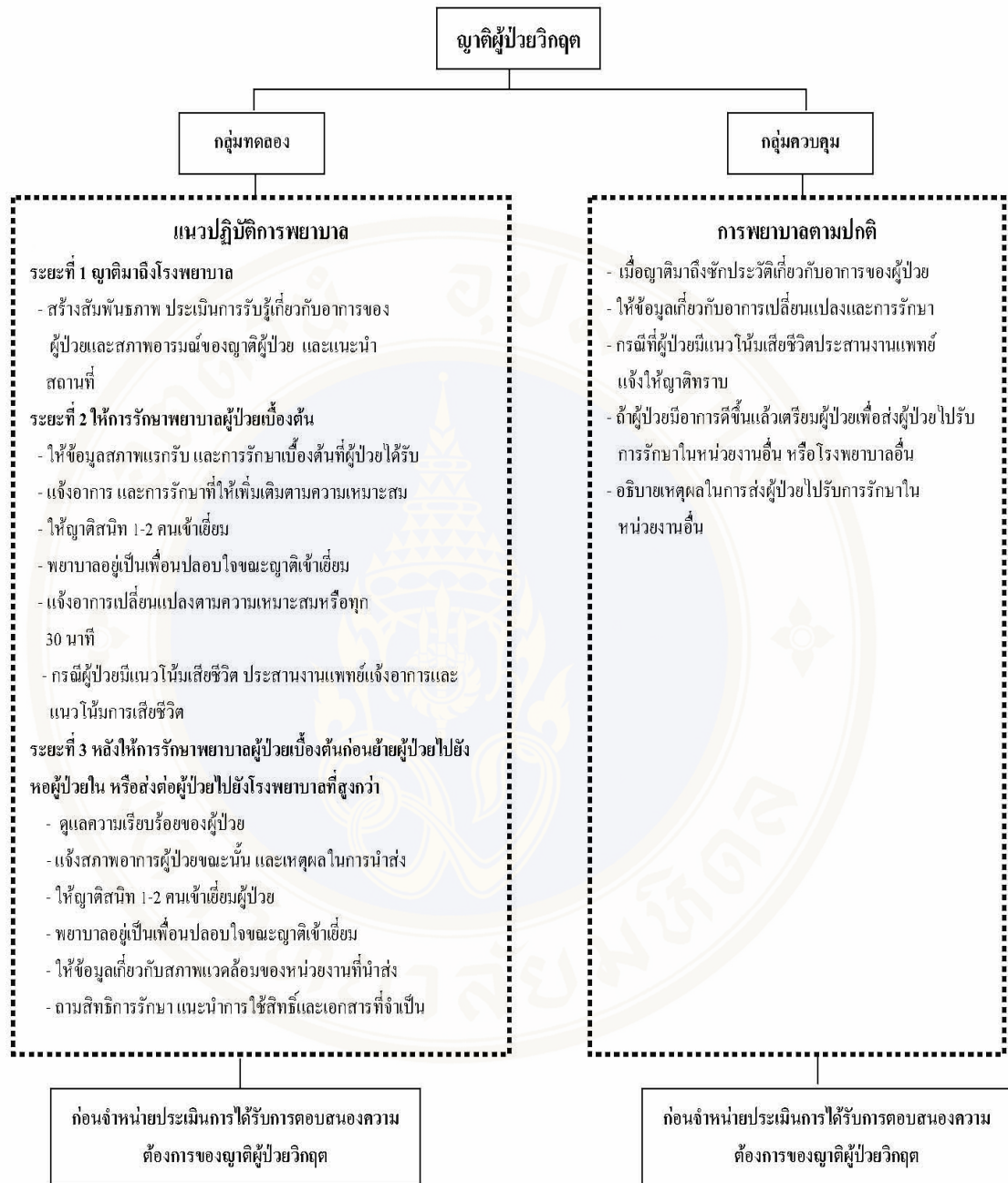
การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ วิเคราะห์โดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square และ Independent t-test
3. เปรียบเทียบการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test





แผนภูมิ 3 แสดงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2553 จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 36 คน และกลุ่มทดลอง 36 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แสดงดังตาราง 2

ตอนที่ 2 ข้อมูลสภาพอาการของผู้ป่วย แสดงดังตาราง 3 และ 4

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แสดงดังตาราง 5

ตอนที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตาราง 6

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตาราง 7

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.10 มีอายุตั้งแต่ 18- 88 ปี อายุเฉลี่ย 54.78 ปี (SD = 21.53) สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.80 มีอายุอยู่ตั้งแต่ 27 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 64.44 ปี (SD = 17.24) สำหรับกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทดสอบค่าที (t-test) พบว่าผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		χ^2	t-test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศของผู้ป่วย					.48 ^{ns}	
ชาย	14	38.90	17	47.20		
หญิง	22	61.10	19	52.80		
อายุ (ปี)						
< 40	10	27.78	5	13.89		
40-60	8	22.22	8	22.22		
> 60	18	50	23	63.89		
Range		18-88		27-89		
Mean		54.78		64.44		.04*
S.D.		21.53		17.24		
อาชีพของผู้ป่วย					.81 ^{ns}	
รับจ้าง	4	11.1	4	11.1		
ค้าขาย	1	2.8	-	-		
รับราชการ	1	2.8	1	2.8		
เกษตรกร	9	25	12	33.3		
แม่บ้าน	3	8.3	-	-		
ไม่มีงานทำ	18	50	19	52.8		

ns = no statistical significance

* $p < .05$

ตอนที่ 2 ข้อมูลสภาพอาการของผู้ป่วย

สภาพอาการของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี (GCS = 9-15) ร้อยละ 97.20 สามารถหายใจได้เอง แต่พบว่าผู้ป่วย 1 ราย ที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวแรกเริ่มมีค่าคะแนนกลาสโกว์ 6 คะแนน (E1V1M4) คือ ผู้ป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (DTX = 39 mg%) หลังจากให้การบำบัดด้วยยาแล้วผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี ค่าคะแนนกลาสโกว์ก่อนจำหน่าย 15 คะแนน ส่วนในกลุ่มควบคุมทุกคนมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี และสามารถหายใจได้เอง โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่ ร้อยละ 91.70 ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานี ร้อยละ 8.30 ส่วนในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่ ร้อยละ 83.30 และส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอุทัยธานี ร้อยละ 16.70 เมื่อเปรียบเทียบสภาพอาการของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ผู้ป่วยมีสภาพอาการไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 3 และผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เกิดการเจ็บป่วยจากโรคมามากกว่าการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจำแนกตามสภาพอาการ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับความรู้สึกรู้ตัว					.31 ^{ns}
รู้สึกรู้ตัว (GCS = 9-15)	35	97.20	36	100	
ไม่รู้สึกรู้ตัว (GCS ≤ 8)	1	2.80	-	-	
การหายใจ					
หายใจได้เอง	36	100	36	100	
ใส่ท่อช่วยหายใจ	-	-	-	-	
สถานะสุดท้าย					.29 ^{ns}
Admit	33	91.70	30	83.30	
Refer	3	8.30	6	16.70	

ns = no statistical significance

ตาราง 4 ประเภทของการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วยจากโรค				
โรคปอดอักเสบ	3	8.33	4	11.11
โรคอุจจาระร่วง	3	8.33	8	22.22
โรคกรวยไตอักเสบ	9	25	6	16.66
โรคถุงลมโป่งพอง	4	11.11	3	8.33
โรคหอบหืด	3	8.33	2	5.56
ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ	3	8.33	2	5.56
โรคความดันโลหิตสูง	2	5.56	3	8.33
ภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ	1	2.78	2	5.56
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ				
บาดเจ็บรุนแรงทางสมอง	5	13.89	3	8.33
กระดูก Femur หักและมีภาวะความดันต่ำจากการเสียเลือด	2	5.56	1	2.78
บาดเจ็บกระดูกสันหลังและมีภาวะความดันโลหิตต่ำ	-		1	2.78
บาดเจ็บทรวงอกและมีภาวะเลือดออกในปอด	1	2.78	1	2.78

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64 (SD = 0.9) ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.92 คะแนน (SD = 1.36) ส่วนระดับคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยก่อนจำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.22 คะแนน (SD = 1.2) ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.53 คะแนน (SD = 1.44) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งแรกรับและก่อนจำหน่ายด้วยสถิติค่าที (t-test) พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความรุนแรงของการเจ็บป่วย จำแนกตามระดับความรุนแรง และเปรียบเทียบความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test)

คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test
	Mean	SD	Mean	SD	
แรกเริ่ม	3.64	0.9	3.92	1.36	.33 ^{ns}
จำหน่าย	2.22	1.2	2.53	1.44	.31 ^{ns}

ns = no statistical significance

ตอนที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตาราง 4

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.90 มีอายุตั้งแต่ 22 - 54 ปี อายุเฉลี่ย 35.61 ปี (SD = 9.88) สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.60 มีอายุอยู่ตั้งแต่ 26 - 72 ปี อายุเฉลี่ย 43.36 ปี (SD = 10.07) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รวมทั้งมีรายได้พอเพียง โดยในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 55.60 ในกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 69.40 แต่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติค่าที (t-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน แต่อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		χ^2	t-test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.47 ^{ns}	
ชาย	13	36.1	16	44.4		
หญิง	23	63.9	20	55.6		
อายุ (ปี)						
< 40	23	63.89	15	41.67		
40-60	13	36.11	19	52.78		
> 60	-	-	2	5.55		
Range	22 - 54		26 - 72			
Mean	35.61		43.36			.02 [*]
S.D.	9.88		10.07			
อาชีพของญาติผู้ป่วย					.65 ^{ns}	
รับจ้าง	13	36.1	13	36.1		
ค้าขาย	1	2.8	2	5.6		
รับราชการ	3	8.3	1	2.8		
เกษตรกร	18	50.0	19	52.8		
ไม่มีงานทำ	1	2.8	-	-		
รัฐวิสาหกิจ	-	-	1	2.8		

ns = no statistical significance

* $p < .05$

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทดสอบค่าที (t-test) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		χ^2	t-test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					.41 ^{ns}	
ไม่ได้เรียน	-	-	1	2.8		
ประถมศึกษา	20	55.6	23	63.9		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	16.7	5	13.9		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	22.2	5	13.9		
อาชีวศึกษาหรือ อนุปริญญา	1	2.8	1	2.8		
ปริญญาตรี	1	2.8	1	2.8		
รายได้					.33 ^{ns}	
พอเพียง	23	63.9	19	52.8		
ไม่พอเพียง	13	36.1	17	47.2		
ประสบการณ์					.78 ^{ns}	
มี	8	22.2	9	25.0		
ไม่มี	28	77.8	27	75.0		
ความสัมพันธ์					.35 ^{ns}	
คู่สมรส	8	22.2	8	22.2		
บิดา	2	5.6	1	2.8		
มารดา	5	13.9	1	2.8		
บุตร	20	55.6	25	69.4		
พี่น้อง	-	-	1	2.8		
ญาติ	1	2.8	-	-		

ns = no statistical significance

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

การเปรียบเทียบการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน (SD = .29) และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.85 คะแนน (SD = .37) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อทดสอบหาอิทธิพลของตัวแปรเกินด้านอายุพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อค่าคะแนนการตอบสนองความต้องการของญาติ จึงทำการทดสอบคะแนนของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 การเปรียบเทียบค่าคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

คะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ	Mean	SD	t-test
กลุ่มทดลอง	3.64	.29	.000*
กลุ่มควบคุม	2.85	.37	

* $p < .01$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปราย ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 ราย มีคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากอายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้การปรับตัวและความพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือ (Ekwall, Gerdtz & Manias, 2008) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงอายุ 22 - 72 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงที่ค่อนข้างใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม และเป็นช่วงอายุของวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ ซึ่งต้องการเหตุผล และมีความมั่นคงด้านอารมณ์ (Gavaghan, 2002) ดังนั้น เมื่อทำการทดสอบหาอิทธิพลของอายุ จึงไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับงานของนิทยา เดชพิทักษ์กุล (2543) และสมคิด ปานประเสริฐ (Panprasert, 2004) ที่พบว่าอายุของญาติไม่มีอิทธิพลต่อการช่วยเหลือญาติในการเผชิญภาวะการเจ็บป่วย ขณะนั่งรอผู้ป่วยรับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อมีการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกรับและจำหน่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับความรุนแรงไม่แตกต่างกัน และพบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลงหรือคงเดิมได้ หลังให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Tse, Wu, Suen, Ko, & Young (2006) พบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลงหลังผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่ส่งผลต่อการช่วยเหลือญาติผู้ป่วย

การตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า ญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติ ได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การศึกษาแสดงให้เห็นว่า เมื่อญาติต้องเผชิญภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย จากการที่ปัจจัยสมดุล 3 ประการ อันได้แก่ 1) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event) 2) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอตามความต้องการ 3) การใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาในการปรับตัว (Coping mechanism) ถูกรบกวน ทำให้ญาติเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Aguilera, 1998) การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ช่วยทำให้ญาติกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาลพยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพอารมณ์ และให้การช่วยเหลือประคับประคองจิตใจ ดังการศึกษาของ Alvarez & Kirby (2006) และ Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007) ซึ่งพบว่า การดูแลดังกล่าวจะช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย ลึกลับ หรือไร้ที่พึ่ง หลังจากนั้นในระยะให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติได้รับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นระยะๆ ทุก 30 นาที หรือตามความเปลี่ยนแปลงของอาการที่เลวลงเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินสภาพอารมณ์ และการรับรู้ของญาติก่อนการให้ข้อมูลทุกครั้ง การดูแลดังกล่าวสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ (Panprasert, 2004) ตลอดจนเพิ่มระดับความพึงพอใจของญาติขณะนั่งรอ (นิตยา เศษพิทักษ์ศิริกุล, 2543) นอกจากนั้นเมื่อเข้าสู่ระยะหลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ญาติจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และเหตุผลในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่นหรือต่างโรงพยาบาล รวมทั้งสภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา เพื่อให้เห็นภาพของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญข้างหน้า ตลอดจนแนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลให้ญาติลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของกันยา วังแสงยะฤทธิ์ (2549) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของญาติลดลงเมื่อญาติได้รับข้อมูลเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังสามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม (Critchell & Marik, 2002; Leske, 2002) อธิบายได้จากทฤษฎีของ Aguilera (1998) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเผชิญภาวะวิกฤตต้องได้รับการช่วยเหลือให้ปัจจัยสมดุลทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นกลับสู่ภาวะปกติบุคคลจึงไม่มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้น

ปัญหาวิกฤตทางอารมณ์ที่พบระหว่างเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาลจะแสดงพฤติกรรม เออะ โอวาย เรียกให้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเร็ว เมื่อเจ้าหน้าที่ถามชื่อ-สกุล และประวัติการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อค้นหาเพิ่มประวัติผู้ป่วย ญาติแสดงความไม่พอใจ โกรธ และพูดว่า “ให้ดูคนไข้ก่อนเดี๋ยวค่อยถาม คนไข้จะแย่อยู่แล้ว” ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า 6 คะแนน โดยพยาบาลในทีมสุขภาพไม่มีการประเมินสภาวะอารมณ์ของญาติ จึงมุ่งเน้นที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต จึงทำให้เกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมการให้บริการทุกเดือน แต่ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลของกลุ่มทดลอง ไม่พบข้อร้องเรียนดังกล่าว เนื่องจาก เมื่อญาติมีพฤติกรรมก้าวร้าว เออะ โอวาย ผู้วิจัยจะเข้าไปประเมินสภาพอารมณ์ และให้การช่วยเหลือทันที ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี รับฟัง ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และให้ระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อน หรือบอกความต้องการ จัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนให้ญาติสามารถมองเห็นผู้ป่วย ทำให้มีความรู้สึกว่าได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ญาติจึงสงบ และให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย จึงไม่มีข้อร้องเรียนในการให้บริการ และมีระดับความพึงพอใจของญาติในการให้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 84 เป็น ร้อยละ 88 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับความพึงพอใจคงเดิม

จึงเห็นได้ว่าการดูแลญาติของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการสูงกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากการความต้องการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) ด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ 3) ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา 4) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนและ 5) ด้านความสุขสบาย (Redley et al., 2003) ได้รับการตอบสนอง ดังนั้นเมื่อญาติต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จากการประเมินอาการของผู้ป่วยว่าหนักเนื่องจากขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ และไม่สามารถบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นหรือบอกความต้องการได้ (Hardicre, 2003; Verhaeghe et al., 2005) ส่งผลให้ญาติเกิดภาวะเสียสมดุลขึ้นในร่างกาย ญาติจึงพยายามนำปัจจัยสมดุล (Balancing factor) มาใช้เพื่อให้สามารถกลับไปสู่ภาวะสมดุล การได้รับความช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ในระยะที่ 1 ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพอารมณ์และการรับรู้ เตรียมความพร้อม ก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง และในระยะที่ 2 ให้ข้อมูลเพื่อให้ญาติได้รับรู้เกี่ยวกับสภาพอาการ

อาการแสดง การรักษา อุปกรณ์ต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง อยู่เป็นเพื่อนญาติเมื่อญาติตัดสินใจเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยของญาติตามความเป็นจริงในขณะนั้น ระยะที่ 3 แนะนำเกี่ยวกับสถานที่ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ สิทธิการรักษา เหตุผลในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น ส่งผลให้ญาติไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย สิ้นหวัง หรือไร้ที่พึ่ง เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง การตอบสนองของญาติดำเนินเข้าสู่ระยะยอมรับหรือปรับตัวได้ทำให้ญาติใช้กลไกแบบเผชิญปัญหา โดยการมุ่งปรับอารมณ์ ทำให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Leske, 2002) ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นตัวปรับสมดุลต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยการลดระดับการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น (Hardicre, 2003; Johansson, Fridlund & Hildingh, 2005) จึงสามารถลดระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยได้ (กันยา วังเฮงยะ ฤทธิ์, 2549; รัตนา อยู่เปล่า, 2543) และเพิ่มระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย (Panprasert, 2004) จึงป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ จากการที่ปัจจัยสมดุลทั้ง 3 ประการกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของญาติผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 72 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 36 คน ได้แก่ กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาล ระยะให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และระยะหลังให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ และแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มจากเมื่อผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาลผู้วิจัยคัดแยกผู้ป่วยวิกฤตจากความผิดปกติของค่าคะแนนทางสรีระวิทยาอย่างน้อย 1 ค่าขึ้นไป เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงาน นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย โดยใช้จำนวนร้อยละ และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และเปรียบเทียบการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติค่าที (t-test)

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.10 มีอายุตั้งแต่ 18- 88 ปี อายุเฉลี่ย 54.78 ปี สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.80 มีอายุอยู่ตั้งแต่ 27 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 64.44 ปี ($SD = 17.24$) สภาพอาการของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีระดับความรู้สึกรู้ตัว ร้อยละ 97.20 สามารถหายใจได้เอง ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี และสามารถหายใจได้เอง โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 50 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและสภาพอาการของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่อายุของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64 ($SD = 0.9$) ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนแรกเริ่มเฉลี่ย 3.92 คะแนน ($SD = 1.36$) ส่วนระดับคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยก่อนจำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.22 คะแนน ($SD = 1.20$) ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 2.53 คะแนน ($SD = 1.44$) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติค่าที (t-test) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.90 มีอายุตั้งแต่ 22 – 54 ปี อายุเฉลี่ย 35.61 ปี ($SD = 9.88$) สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.60 มีอายุอยู่ตั้งแต่ 26 - 72 ปี อายุเฉลี่ย 43.36 ปี ($SD = 10.07$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รวมทั้งมีรายได้พอเพียง โดยในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 55.60 ในกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 69.40 แต่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ญาติของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน แต่อายุของญาติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการเปรียบเทียบการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน ($SD = .29$) และกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.85 คะแนน ($SD = .368$) เมื่อทดสอบหาอิทธิพลของตัวแปรทางด้านอายุพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อค่าคะแนนการตอบสนองความต้องการของญาติ จึงทำการทดสอบคะแนนสองกลุ่มด้วยสถิติค่าที (t-test) พบว่า ญาติของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการวิจัยพบว่า

ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้จะสามารถอ้างอิงได้เมื่อแนวปฏิบัติที่นำไปใช้ มีบุคลากรเพียงพอ และมีสถานที่พร้อมในการดูแลญาติผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วน และบุคลากรที่ให้คำแนะนำต้องผ่านการอบรม ด้านการให้คำปรึกษา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะรายด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สิ่งแวดล้อมในเรื่องสถานที่ในการดูแลญาติผู้ป่วย ควรจัดให้เป็นสัดส่วนให้ญาติสามารถมองเห็นผู้ป่วย และไม่ขัดขวางการให้การรักษของทีมสุขภาพ โดยจัดที่นั่งรอให้ญาติในมุมหนึ่งของห้องห่างจากเตียงผู้ป่วยประมาณ 3 เมตร ในพื้นที่ที่ไม่ขวางเส้นทางในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และจัดห้องที่เป็นสัดส่วนมีกระจกเลื่อนเปิดให้ญาติมองเห็นผู้ป่วยขณะที่รับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และปิดเมื่อญาติเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ โดยมีผู้วิจัยนั่งเป็นเพื่อน หรือจัดให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้หรือญาติคนอื่นที่มาด้วยนั่งเป็นเพื่อน จนกระทั่งสามารถควบคุมอารมณ์ได้ จึงสอบถามการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยต่อไป

2. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องทักษะการให้คำปรึกษา การประเมินสภาพอารมณ์ และการรับรู้ให้กับแพทย์ พยาบาล และฝึกทักษะในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย โดยจัดให้เป็นมาตรฐานของหน่วยงานว่าบุคลากรในหน่วยงานต้องผ่านการฝึกทักษะในการดูแลญาติผู้ป่วย ปีละ 1 ครั้ง

3. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลญาติผู้ป่วยขณะเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ให้กับผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปล โดยจัดให้เป็นมาตรฐานของหน่วยงานว่าผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปลในหน่วยงานต้องผ่านการฝึกทักษะในการดูแลญาติผู้ป่วย ปีละ 1 ครั้ง

4. โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและสนับสนุนแนวคิดในการดูแลญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย โดยกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลที่เอื้ออำนวยและส่งเสริมการบริการพยาบาลที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลญาติผู้ป่วยเทียบเท่ากับการดูแลผู้ป่วย ด้วยการจัดอัตรากำลังในแต่ละเวรอย่างน้อยให้มีพยาบาล 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พนักงานเปล 1 คน โดยกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้พยาบาล 1 คนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ญาติมาถึงโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงาน กรณีที่อัตรากำลังเวรย้าย-ดึก ไม่พอให้จัดระบบการหมุนเวียนพยาบาลจากหน่วยอื่นมาช่วยปฏิบัติงานตามตารางการช่วยเหลือของฝ่ายการพยาบาล

5. การให้ข้อมูลที่เน้นลักษณะการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) กับญาติผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นหรือปรับเปลี่ยนตามความต้องการและความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลของญาติผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการญาติผู้ป่วย ให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากประสบการณ์การทำงานในภาวะที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ

1. กำหนดผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในการให้ข้อมูลและดูแลญาติ เพื่อป้องกันความสับสนในการได้รับข้อมูลของญาติ

2. จัดแนวทางในการดูแลญาติ โดยกำหนดให้หัวหน้าเวรในแต่ละเวร เป็นผู้ให้การดูแลญาติ เนื่องจากหัวหน้าเวรต้องประสานงานกับแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งหัวหน้าเวรเป็นผู้ที่ทราบประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3. เมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาลพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วย และประเมินสภาพอารมณ์ และการรับรู้ของญาติ และสร้างสัมพันธภาพไปพร้อมกันโดยใช้เทคนิคในการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการใช้กลไกแบบเผชิญปัญหา

3.1 ประเมินความวิตกกังวล กลัวการสูญเสีย (Anxiety) โดยสังเกตลักษณะสีหน้า และพฤติกรรมที่ญาติแสดงออก ได้แก่ เอะอะ โวยวาย ไม่ตอบคำถาม บอกให้เจ้าหน้าที่ดูแลไข้ก่อน แล้วค่อยซักประวัติในภายหลัง

3.2 ประเมินภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยสังเกตการร้องไห้ ไม่ให้ความร่วมมือ และไม่ตอบคำถาม หรือสีหน้าหม่นหมอง ซึม เฉย ตอบไม่ตรงคำถาม

4. ภายหลังประเมินอาการของผู้ป่วย และประเมินสภาพอารมณ์ของญาติ พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติไปพร้อมๆ กัน ดังนี้

4.1 เมื่อรับผู้ป่วยและญาติเข้ามายังหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลในทีมให้การพยาบาลเบื้องต้นได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด

4.2 พยาบาลหัวหน้าเวรเข้าไปแนะนำตัว และแพทย์เวรประจำวันแก่ญาติผู้ป่วย ซักถามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ชื่อ สกุล ของผู้ป่วยจากญาติผู้ป่วย

4.3 พยาบาลหัวหน้าเวร กล่าวกับญาติผู้ป่วยว่า “แพทย์และพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด” และพาไปนั่งในที่ที่จัดไว้ แนะนำตำแหน่งน้ำดื่ม โทรศัพท์ ทางไปห้องน้ำ ถ้าญาติมีความตึงเครียดทางอารมณ์ อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ รายงานอาการผู้ป่วยให้แพทย์ทราบ

4.4 แพทย์ซักถามอาการจากญาติเพิ่มเติม ให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการ อาการแสดง และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลหัวหน้าเวรประเมินสภาพอารมณ์และการรับรู้ของญาติ แล้วให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการ อาการแสดงและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพิ่มเติมจากที่แพทย์อธิบาย

4.5 สอบถามความสนใจในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และอยู่เป็นเพื่อนขณะญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลควรเดินเข้าไปพบญาติอย่างน้อยทุก 5-10 นาที และเมื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจนพ้นขีดอันตราย

4.6 ภายหลังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจนมีอาการคงที่แล้ว แพทย์ให้ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยใน หรือส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานี แพทย์บอกสาเหตุของการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ ณ หน่วยงานอื่น พยาบาลหัวหน้าเวรประเมินสภาพอารมณ์และการรับรู้ แล้วอธิบายเพิ่มเติมรายละเอียดที่ญาติยังไม่เข้าใจ รวมทั้งแนะนำสิทธิการรักษา เอกสารที่ต้องใช้ และแนะนำสถานที่ที่ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ และเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ให้แก่นักศึกษาพยาบาลควรเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตให้กับญาติผู้ป่วย ในภาคทฤษฎีควรจัดบรรยายหัวข้อแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตโดยส่งเสริมให้บุคคลกลับเข้าสู่สภาวะสมดุลไม่เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์

2. จัดการอบรมระยะสั้น สำหรับพยาบาลเพื่อฝึกทักษะการให้คำปรึกษาและการดูแลญาติผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย

3. จัดสัมมนาเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย โดยเน้นการดูแลเพื่อให้บุคคลกลับสู่สภาวะสมดุลและไม่เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ให้กับแพทย์ พยาบาล และนักศึกษา ในระดับปริญญาตรี ปริญญาโทและปริญญาเอก เพื่อให้มีการปรับปรุงพัฒนาการบริการและการศึกษาที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. การศึกษา เพื่อติดตามผลในระยะหลังจำหน่ายออกจากหน่วยงานถึงความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ในการฟื้นฟูด้านจิตใจ

2. ศึกษาเชิงระบบถึงผลของการปฏิบัติงานของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการวิจัยเชิงทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในประเด็นอื่น ๆ
ต่อไป



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

THE EFFECTS OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR READINESS PREPARATION OF CAREGIVERS IN DEALING WITH PATIENT CRISES ON CAREGIVERS' NEEDS RESPONSE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

น้ำทิพย์ ประสิทธิการ 5037323 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วัลย์ลดา ถิ่นท่งเรืองวนิชย์, พย.ค., อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค., ดนุลดา จามจุรี, กศ.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

การเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของสมาชิกในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (Tracy, 2006) โดยเฉพาะการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทันทั่วทั้ง (American Association of Critical Care Nurse, 2005) หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะคุกคามต่อชีวิต และช่วยเหลือสนับสนุนญาติในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤต ร้อยละ 75 จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ และร้อยละ 84 ถูกส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนัก (Gray, Gill, Airey & Williams, 2003) สถานการณ์ดังกล่าวกระตุ้นให้ญาติเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลว่าจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ครอบครัวเกิดความกดดันและมีความรู้สึกขัดแย้งสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย (Keller, Goldstein & Runkle, 2002; Leske, 2003; Tracy, 2006) ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นอาจทำให้ญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เช่น เป็นลม หมดสติ หายใจเร็ว รู้สึกปั่นป่วนในท้อง อ่อนเพลีย รู้สึกไม่สุขสบายกายและใจ สมาธิสั้นลง การใช้เหตุผลในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง (Schwecke, 2003; Shives, 2005) สิ่งที่

ญาติต้องการคือ ความเชื่อมั่น การสื่อสารกับทีมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ความช่วยเหลือ รวมถึงการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Redley, Beanland & Botti, 2003; Tracy, 2006)

การให้ความช่วยเหลือญาติผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย กระบวนการในการรักษา และผลของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น (Tracy, 2006) เพื่อให้ญาติมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือและร่วมแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เนื่องจากการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับญาติผู้ป่วยสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ รวมทั้งเพิ่มระดับความพึงพอใจในการให้บริการการพยาบาลที่ได้รับให้สูงขึ้น (Panprasert, 2004; นิตยา เศษพิทักษ์ศิริกุล, 2543)

ข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยต้องการ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการรักษาพยาบาล โดยการให้ข้อมูลความเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเพิ่มเติมเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีอาการไม่คงที่ ประกอบกับภาวะเครียดของญาติ ส่งผลให้กระบวนการรับรู้ของญาติลดลง จากการที่มีสมาธิสั้นไม่สามารถจะรับรู้หรือนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้นญาติจึงต้องการได้รับข้อมูลซ้ำหลายๆ ครั้ง (Bowman, 2000; Redley et al., 2003; Schwecke, 2003; Shives, 2005; Varcariolis, 2002) ได้แก่ แนวทางการดูแลและการรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ความรุนแรง หรือกระบวนการดำเนินของโรค รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ (Keller et al., 2002) โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามอาการของผู้ป่วย และเหมาะสมกับสภาวะอารมณ์ของญาติ (Leske, 2002; Williams, 2005) การได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการของญาติผู้ป่วยจะทำให้เกิดความไว้วางใจและกล้าระบายความรู้สึกของตนเอง ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (Erikson & Lauri, 2000) ตลอดจนสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Leske, 2002)

เนื่องจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ที่ผู้วิจัยทำงานอยู่ยังขาดรูปแบบการช่วยเหลือญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตที่เป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหน่วยงาน จึงต้องการแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพมาใช้ดูแลญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยทบทวนพบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของวรรณภา เคนวงษ์ (Kenwong, 2006) แนวปฏิบัตินี้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง และใช้กรอบทฤษฎีภาวะวิกฤตของอากิลเรา (Aguilera, 1994) ในการส่งเสริมให้บุคคลกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลไม่เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ แต่ยังไม่ได้ทำการทดสอบผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลมาก่อน ผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัตินี้มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ และทำการทดสอบผลด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ก่อนนำมาใช้เป็นแบบแผนในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอีกทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

ญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติ ได้รับการตอบสนองความต้องการ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีการศึกษาวิจัย

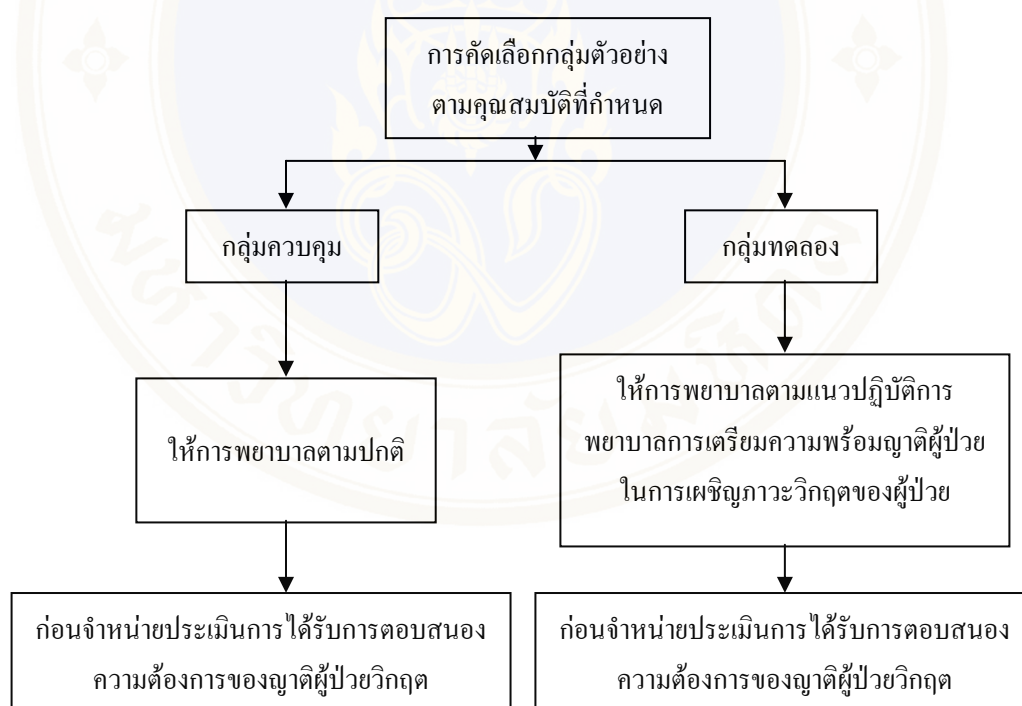
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤต ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของญาติผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 72 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 36 คน ได้แก่ กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างบนพื้นฐานของอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) โดยอ้างอิงการศึกษาของ อรัญญา ศรีคำขาว (2548) ในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก นำมาหาขนาดอิทธิพล (Effect Size = d) ตามสูตรของเฮดจ์ (Hedges, 1982) และคำนวณขนาดของอิทธิพล (Effect size) ได้ .70 และกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 และเปิดตารางของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2008) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน โดยป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง อีก 10% เพิ่มอีก 7-8 คน ดังนั้น มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาล ระยะให้การพยาบาลเบื้องต้น และระยะหลังให้การพยาบาลเบื้องต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถามของเรดลีย์และคณะ (2003) แปลโดยวรรณภา เคนวงษ์ เป็นเครื่องมือชนิดมาตราส่วน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ในการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแล (Assurance and Meaning) จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับแพทย์และพยาบาล (Information and communication) จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านความสบาย (Comfort) จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support) จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย จำนวน 20 ราย = .94 และทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 ราย = .97

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



แผนภูมิ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยคัดเลือกญาติผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. เมื่อญาตินำผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยว่ามีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำลังได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับญาติผู้ป่วย ที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อญาติผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ญาติลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2. ให้การพยาบาลตามปกติ โดยเมื่อญาติมาถึงซักประวัติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แล้วเชิญให้ญาตินั่งรอด้านนอก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มเสียชีวิตประสานงานแพทย์ให้แจ้งญาติทราบ ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น หรือโรงพยาบาลอื่น พร้อมทั้งบอกให้ญาติทราบว่าต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น โดยไม่มีการกำหนดว่าใครเป็นผู้ให้ข้อมูล

3. ผู้ช่วยวิจัยให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต (ซึ่งเป็นช่วงเวลาเตรียมพร้อมเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอุทัยธานีหรือเตรียมรับเข้ารักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่) ซึ่งญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตจะใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 – 30 นาที

กลุ่มทดลอง

1. เมื่อญาตินำผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยว่ามีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำลังได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อญาติผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ญาติผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และให้ญาติลงนามในใบยินยอมให้ทำการรักษาผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว)

2. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยทันทีเมื่อมาถึง และประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วย และสภาพอารมณ์ของญาติ หลังจากนั้นพาญาติไปนั่งที่เก้าอี้ที่จัดไว้ แนะนำสถานที่ ได้แก่ ห้องน้ำ น้ำดื่ม และโทรศัพท์ แล้วจึงเริ่มให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ การรักษาเบื้องต้น แจ้งให้ญาติทราบอาการ และการรักษาที่ให้เพิ่มเติม รวมทั้งแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามความเหมาะสม หรือทุก 30 นาที และพาญาติสนิท 1-2 คนเข้าเยี่ยม โดยพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนปลอบใจและตอบข้อซักถามญาติขณะเข้าเยี่ยม

3. หลังให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้ว ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแพทย์แจ้งให้ญาติทราบเกี่ยวกับอาการและสาเหตุในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอุทัยธานีหรือส่งไปยังหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบ้านไร่ หลังจากนั้น พยาบาลเตรียมดูแลความเรียบร้อยของผู้ป่วย และแจ้งสภาพอาการผู้ป่วยขณะนั้น พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น หรือโรงพยาบาลอื่น ในขณะนำส่งพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่ผู้ป่วยจะไปรับการรักษาต่อ ส่วนในกรณีผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิต ประสานงานแพทย์แจ้งอาการ แนวโน้มการเสียชีวิต และดูแลผู้ป่วยจนมีอาการคงที่ก่อนส่งผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลอุทัยธานี พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติตามวิธีการดูแลก่อนการส่งต่อผู้ป่วย

4. ผู้ช่วยวิจัยให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต (ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาหรืออยู่ระหว่างการเตรียมพร้อมเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอุทัยธานีหรือเตรียมรับเข้ารักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่) ซึ่งญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตจะใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 – 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม ถ้าไม่สมบูรณ์ผู้ช่วยวิจัยจะขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติของผู้ป่วยจนครบถ้วน จากนั้น ผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณญาติของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้วิจัยจะศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วย อาการสำคัญ ค่าคะแนนทางสรีรวิทยาที่วัดได้ ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติ ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และทดสอบความแตกต่างของระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.10 มีอายุตั้งแต่ 18- 88 ปี อายุเฉลี่ย 54.78 ปี (SD = 21.53) สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.80 มีอายุอยู่ตั้งแต่ 27 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 64.44 ปี (SD = 17.24) สำหรับ สภาพอาการของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี (GCS = 14-15) ร้อยละ 97.20 สามารถหายใจได้เอง กลุ่มควบคุมมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี (GCS = 14-15) และสามารถหายใจได้เอง โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 50 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและสภาพอาการของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและควบคุมด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนแรกเริ่มเฉลี่ย 3.64 (SD= 0.9) ในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.92 คะแนน (SD= 1.36) ส่วนระดับคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยก่อนจำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.22 คะแนน (SD= 1.20) ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย 2.53 คะแนน (SD= 1.44) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติค่าที (t-test) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน

ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.90 มีอายุตั้งแต่ 22 - 54 ปี อายุเฉลี่ย 35.61 ปี (SD = 9.88) สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.60 มีอายุอยู่ตั้งแต่ 26 - 72 ปี อายุเฉลี่ย 43.36 ปี (SD = 10.07) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร รวมทั้งมีรายได้พอเพียง โดยในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 55.60 ในกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 69.40 แต่ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีประสบการณ์ ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นอายุของญาติผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การเปรียบเทียบการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.64 คะแนน (SD = .29) กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.85 คะแนน (SD= .37) เมื่อทดสอบหาอิทธิพลของตัวแปรเกินด้านอายุพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อค่าคะแนนการตอบสนองความต้องการของญาติ จึงทำการทดสอบคะแนนสองกลุ่มด้วยสถิติค่าที (t-test) ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงใน ตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

คะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ	Mean	SD	t-test
กลุ่มควบคุม	2.85	.37	.000*
กลุ่มทดลอง	3.64	.29	

* $p < .01$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 ราย มีคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากอายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้การปรับตัวและความพึงพอใจในการได้รับการช่วยเหลือ (Ekwall, Gerdtz & Manias, 2008) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงอายุ 22 - 72 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงที่ค่อนข้างใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม และเป็นช่วงอายุของวัยผู้ใหญ่และสูงอายุ ซึ่งต้องการเหตุผล และมีความมั่นคงด้านอารมณ์ (Gavaghan, 2002) ดังนั้น เมื่อทำการทดสอบหาอิทธิพลของอายุ จึงไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย สอดคล้องกับงานของนิตยา เดชพิทักษ์กุล (2543) และสมคิด ปานประเสริฐ (Panprasert, 2004) เมื่อมีการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ส่วนระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยแรกเริ่มและจำหน่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับความรุนแรงไม่แตกต่างกัน และพบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลงหรือคงเดิมได้หลังให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Tse, Wu, Suen, Ko, & Young (2006) พบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่ส่งผลต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติ

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า ญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมญาติ ได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อญาติต้องเผชิญภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะความไม่สมดุลขึ้นในร่างกาย จากการที่ปัจจัยสมดุล 3 ประการ อันได้แก่ 1) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event) 2) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอตามความต้องการ 3) การใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาในการปรับตัว (Coping mechanism) ถูกรบกวน ทำให้ญาติเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Aguilera, 1998) การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ช่วยทำให้ญาติกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล

โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาลพยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพอารมณ์ และให้การช่วยเหลือระดับประคองจิตใจ ดังการศึกษาของ Alvarez & Kirby (2006) และ Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007) ซึ่งพบว่า การดูแลดังกล่าวจะช่วยให้ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย สิ้นหวัง หรือไร้ที่พึ่ง หลังจากนั้นในระยะให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยสนับสนุนให้ญาติได้รับรู้เหตุการณ์ตามความความเป็นจริง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นระยะๆ ทุก 30 นาที หรือตามความเปลี่ยนแปลงของอาการที่เลวลงเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยประเมินสภาพอารมณ์ และการรับรู้ของญาติก่อนการให้ข้อมูลทุกครั้ง การดูแลดังกล่าวสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ (Panprasert, 2004) ตลอดจนเพิ่มระดับความพึงพอใจของญาติขณะนั่งรอ (นิตยา เดชพิทักษ์ศิริกุล, 2543) นอกจากนี้เมื่อเข้าสู่ระยะหลังให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ญาติจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และเหตุผลในการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่นหรือต่างโรงพยาบาล รวมทั้งสภาพแวดล้อมของหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา เพื่อให้เห็นภาพของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญข้างหน้า ตลอดจนแนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลให้ญาติลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของกันยา วังแสงยะฤทธิ์ (2549) ที่พบว่าความวิตกกังวลของญาติลดลงเมื่อญาติได้รับข้อมูลเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม (Critchell & Marik, 2002; Leske, 2002) อธิบายได้จากทฤษฎีของ Aguilera (1998) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเผชิญภาวะวิกฤตต้องได้รับการช่วยเหลือให้ปัจจัยสมดุลทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นกลับสู่ภาวะปกติบุคคลจึงไม่มีภาวะวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้น

ปัญหาวิกฤตทางอารมณ์ที่พบระหว่างเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม พบว่า เมื่อญาติมาถึงโรงพยาบาลจะแสดงพฤติกรรม เอะอะ โวยวาย เรียกให้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเร็ว เมื่อเจ้าหน้าที่ถามชื่อ-สกุล และประวัติการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อค้นหาเพิ่มประวัติผู้ป่วย ญาติแสดงความไม่พอใจ โกรธ และพูดว่า “ให้ดูคนไข้ก่อนเดี๋ยวค่อยถาม คนไข้จะแย่อยู่แล้ว” ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า 6 คะแนน โดยพยาบาลในทีมสุขภาพไม่มีการประเมินสภาวะอารมณ์ของญาติ จึงมุ่งเน้นที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต จึงทำให้เกิดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมกรการให้บริการทุกเดือน แต่ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลของกลุ่มทดลอง ไม่พบข้อร้องเรียนดังกล่าว เนื่องจาก เมื่อญาติมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย ผู้วิจัยจะเข้าไปประเมินสภาพอารมณ์ และให้การช่วยเหลือทันที ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี รับฟัง ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และให้ระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อน หรือบอกความต้องการ จัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนให้ญาติสามารถมองเห็นผู้ป่วย ทำให้มีความรู้สึกว่าได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

และสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอดำเนินการพยาบาล ญาติจึงสงบ และให้ความร่วมมือกับ ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย จึงไม่มีข้อร้องเรียนในการให้บริการ และมีระดับความพึงพอใจของญาติในการให้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 84 เป็น ร้อยละ 88 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับความพึงพอใจคงเดิม

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การดูแลญาติของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งผลให้ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการสูงกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การตอบสนองทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) ด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ 3) ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา 4) ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนและ 5) ด้านความสบาย ซึ่ง Redley และคณะ (2003) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ดังกล่าวอย่างเพียงพอ สามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจ และลดความวิตกกังวลได้ ทำให้ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Leske, 2002) โดยการใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาในการปรับตัว และมุ่งปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ทำลายขวัญหรือลดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา เพราะบุคคลจะสามารถพิจารณาหาหนทางในการแก้ปัญหาได้ ทำให้สามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล และไม่เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ตามมา (Aguilera, 1998)

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการช่วยให้ญาติผู้ป่วยที่เกิดภาวะเสียสมดุล จากการเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน กลับเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยให้ญาติรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง จากการให้ข้อมูลโดยมีการประเมินสภาพอารมณ์และการรับรู้ของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือประทับประคองด้านจิตใจเพียงพอดำเนินการตามความต้องการ ทำให้ญาติผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยสามารถใช้กลไกแบบเผชิญปัญหา ในการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้จาก ญาติของผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ขณะนั่งรอผู้ป่วยรับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพได้ โดยการเตรียมพร้อมญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตต้องเริ่มตั้งแต่เมื่อญาติเข้ามาถึงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งทีมสุขภาพที่ให้การดูแลญาติต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี เห็นอก เห็นใจ เข้าใจ จนญาติเกิดความไว้วางใจ ระบายความรู้สึกและความต้องการในขณะนั้นให้ทีมสุขภาพฟัง ทำให้ทีมสุขภาพ

สามารถนำมาใช้ในการตอบสนองความต้องการของญาติได้ตามความต้องการ ซึ่งพบว่า ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความต้องการทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านการได้รับข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน และด้านความสุขสบาย ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ และการศึกษาครั้งต่อไปดังนี้

- 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล คือ การจัดสถานที่ให้ญาตินั่งรอ การสนับสนุนในเรื่องน้ำดื่ม โทรศัพท์ ห้องน้ำและจัดอบรมการดูแลญาติผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และนโยบายด้านอัตราค่าส่งให้เพียงพอในการให้บริการ โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้โดยเน้นการสื่อสารสองทาง
- 2) ด้านการศึกษา จัดให้มีการเรียนการสอนเรื่องการดูแลญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และจัดให้มีการสัมมนาเรื่องการดูแลญาติผู้ป่วย แก่ ทีมสุขภาพ นักศึกษาในระดับปริญญาตรี ปริญญาโทและปริญญาเอก เพื่อให้มีการปรับปรุงพัฒนาการบริการและการศึกษาที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 3) ด้านการวิจัย ติดตามผลในระยะหลังจำหน่ายออกจากหน่วยงานถึงความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ในการฟื้นฟูด้านจิตใจ และศึกษาเชิงระบบถึงผลของการปฏิบัติงานของพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นแนวทางในการวิจัยเชิงทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

THE EFFECTS OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR
READINESS PREPARATION OF CAREGIVERS IN DEALING WITH
PATIENT CRISES ON CAREGIVERS' NEEDS RESPONSE AT THE
EMERGENCY DEPARTMENT

NAMTHIP PRASITTIKAN 5037323 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WALLADA CHANRUANGVANICH,
D.N.S., ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., DANULADA JAMJUREE, Ed.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the Study

Acute illness and Injury of members in the family affect directly to the patient and caregiver (Tracy, 2006) especially the injury or crisis injury which is serious and threatened to the life. Therefore the patient has to get help quickly and promptly (American Association of Critical Care Nurse, 2005). The emergency department is the first place where offers help to the patient to survive from life-threatening conditions and the first place to support the caregiver to confront the patient's crisis condition. Because 75% of the crisis patients have to be treated from the personnel of professional physicians and 84% of them have to be passed to the intensive care unit (Gray, Gill, Airey & Williams, 2003). The mentioned situations cause the caregiver to confront serious condition and feel worried about loss of beloved person and also the family feels pressure and high contrary. These made the obstruction for the caregiver to adjust himself/herself to the problems of patient (Keller, Goldstein & Runkle, 2002; Leske, 2003; Tracy, 2006). Too much anxiety may produce physical, mental and emotional change symptom to the caregiver, such as to be fainted, quick breathe, get butterflies in the stomach, exhausted, uncomforted both physical and mental side, attention deficit and reduce the rational use (Schwecke,

2003; Shives, 2005) and this time the caregiver needs confidence, communication towards the health team for treating the patient, assistance, and the chance to be close with the crisis patients (Redley, Beanlard & Botti, 2003; Tracy, 2006).

To assist the caregiver by giving him or her the information of patient's symptoms, treatment process and results is necessary (Tracy, 2006) in order that the caregiver will have information enough to make the decision for cooperation and give opinions to the health team to treat the crisis patient. The support of information and emotion to the caregiver can reduce the stress, anxiety and scare including increase the satisfaction level of the nursing (Panprasert, 2004; Nittaya Dechpitaksirikul, 2000).

The information needed for the caregiver includes symptoms and nursing process. Because the crisis patient normally has uncertain symptoms, therefore it is necessary to give information of symptoms change of the patients to the caregiver periodically and continuously and because the caregiver usually feels stress and this may decrease his or her perception process and attention deficit, therefore the caregiver might not be able to perceive or apply the information for a decision making, it's necessary for him or her to get the information repeatedly (Bowman, 2000; Redley et al., 2003; Schwecke, 2003; Shives, 2005; Varcarolis, 2002). The mentioned information includes the way to take care of and treat the crisis patient, the violence including the beneficial resources which support the caregiver to treat the patient (Keller et al., 2002). The information must be correct in accordance with the patient's symptoms and appropriate to the emotional condition of the caregiver (Leske, 2002; Williams, 2005). To get the direct information and in accordance with the caregiver's needs can help the caregiver trust and dare to share his or her feeling and this will result the decreasing of anxiety (Erikson & Lauri, 2000) as well as the efficiency of confronting the crisis condition of the patient (Leske, 2002).

Because the emergency department of Banrai hospital where the researcher is working for still lacks of the model of caregiver's assistance from confronting the crisis condition to be the same way starting from the admittance to the discharge of the patients from the department. Therefore, this needs the qualitative nursing practice to treat the caregiver. The researcher has reviewed and found the nursing practice guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis on caregiver's needs response at the emergency department of Wannapa Kenwong

(2006). This practice uses 8 titles of the empirical evidence from the research and theory framework of Aguilera Theory (1994) for supporting the persons to return to the balance condition and not to affect the emotional crisis condition. However this is not be tested the result of nursing practice before. Therefore, the researcher applies this practice to improve to be appropriate to the emergency department of Bamrai Hospital and tests the result of the needs response of the caregiver before applying the clinical nursing practice to help the caregiver be able to confront the patient's crisis appropriately including being the qualitative development of nursing.

The Purpose of the Study

To study the effect of clinical nursing practice guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis on caregiver's needs response at the emergency department.

The Hypothesis of the Study

The caregiver of crisis patient who gets the nursing practice guideline for readiness preparation of caregiver will get needs response more than the control group with clinical nursing by normal activities.

The Methodology of the Study

This research is quasi-experimental research to study the effect of guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis on caregiver's needs response at the emergency department of Banrai Hospital, Utaithanee Province for 72 persons dividing into 2 groups and each group has 36 persons which are control group; the group got the nursing by normal activities and experimental group; the group got nursing according to the guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis on caregiver's needs response at the emergency department.

To determine the size of the samples based on the power analysis by referring the study of Aranya Srikamsao (2005) for supporting in terms of information and emotion in the caregiver in the intensive care unit to find out the effect size (d)

according to the Hedges formula (1982), the effect size equal to .70 and determine the value of power analysis of .80 at the significant level of (α) .05 and open the table of Polit & Beck (2008) which get 64 samples, then divide the control group to be 32 persons and experimental group for 32 persons by preventing the samples from loss to be 10% by adding 7-8 persons, therefore, there is the sample of 36 persons, total 72 persons.

The instruments used are divided into 2 types which are the instrument used for the research methodology which includes the guidelines for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis which divides the nursing into 3 stages including stage of the caregiver arrive to the hospital, stage of primary care unit and the stage of after giving the primary care unit and the instruments used for collecting data which include assessment form of getting needs response of the caregiver crisis condition in the emergency department, this is the questionnaire of Redley, et.al, (2003) translated by Wannapa Kenwong. This instrument is a kind of scale divided into 4 levels; the least, little, much and the most. This is for the getting needs response of all 5 items; 1. Assurance and Meaning (9 items), 2. Proximity (5 items), 3. Information and communication (10 items), 4. Comfort (6 items) and 5. Support (8 items) of total 38 items which had the reliability of the questionnaire by assessing the getting of needs response of the caregiver for 20 persons = .94 and tests the reliability in the samples for 72 persons = .97

Procedure of the Research Methodology

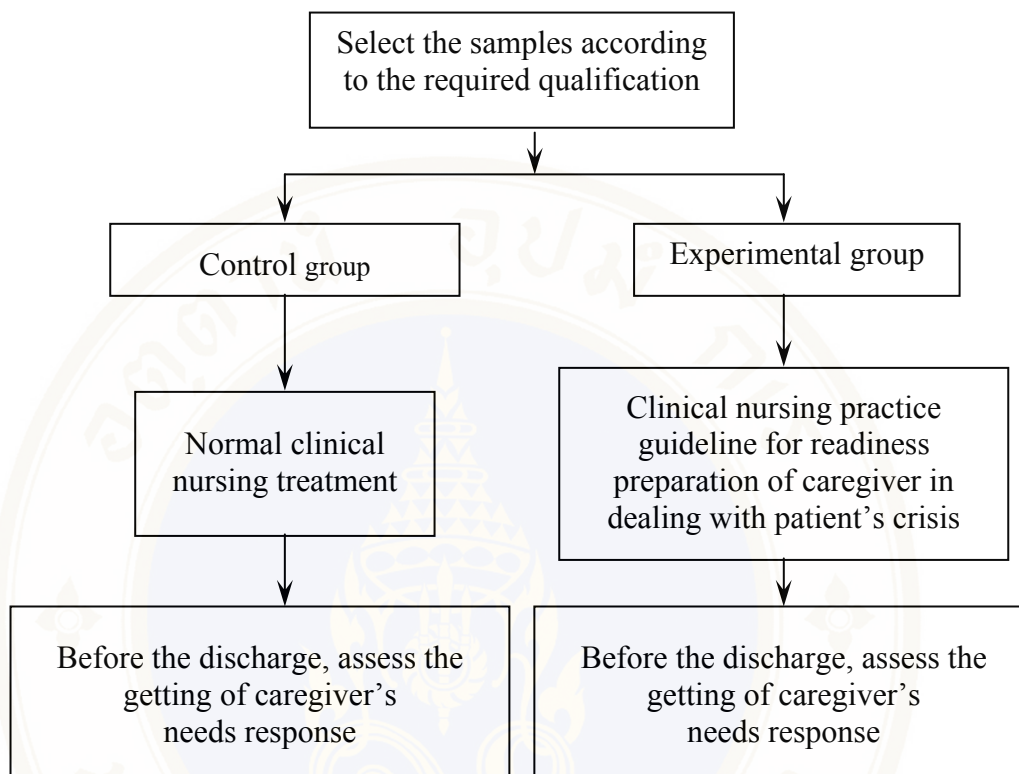


Figure 1 The methodology of the research

Step 1 The researcher selects the caregiver in accordance with the determined qualifications, then collects the data of both control group and experimental group by collecting the control group first, then the experimental group, respectively.

Control Group

1. When the caregiver takes the patient to the hospital to assess the patient according to the determined attributes and is being treated in the emergency room, the research assistant asks for a cooperation of research to the caregiver which has determined attributes. When the caregiver accepts for a cooperation to do the research, let caregiver sign his or her name in the approval form of research participation.

2. Give the nursing with normal activities. When the caregiver arrives, ask the background of the patient's symptoms, then invite the caregiver to wait for at the outside and inform the symptoms and the treatment change. In case of the patient tends to be died, coordinate the physician to let the caregiver know. If the patient has a better symptoms, prepare him or her to pass to another department or another hospital together with telling the caregiver that the patient has to be passed to another department without the resource of the information.

3. Research assistant, let the caregiver answer the questionnaire according to the instruments used in the data collection; assessment form of getting needs response of the crisis caregiver (the time of preparation to pass the patient to Utaithanee Hospital or prepare to be treated in the Banrai Hospital). This may use time for the caregiver of crisis patient to answer the questionnaire around 20 – 30 minutes.

Experimental group

1. When the caregiver takes the patient to the hospital to assess the patient according to the determined criteria and is being treated in the emergency room, the research assistant asks for the cooperation to do the research from the caregiver which has the attributes in accordance with the determined criteria. When the caregiver allows for the cooperation to do the research, the caregiver signs his or her name in the approval form for the research cooperation and let the caregiver sign his or her name in the approval form of treatment (in the case of the patient is unconscious).

2. Give nursing according to the guideline for readiness preparation practice of the crisis caregiver which includes make relationship to the caregiver immediately when the caregiver arrives at and assess the perception of the caregiver as well as emotional condition, then take the caregiver to the determined seat, give information about the places which are toilet, water drinking and telephone, then start to give the information about the symptoms of the patient at the beginning of admitting, primary care unit and additional treatment to the caregiver as well as changing symptoms of the patient according to the appropriateness or every 30 minutes and take the closed-caregiver around 1-2 persons to visit the patient by letting the nurse to accompany him or her in order to soothe and answer the questions of the caregiver while visiting the patient.

3. After giving the primary care unit, if the patient has a better symptom, the physician informs the caregiver about the symptoms and causes of passing the patient to the Utaithanee Hospital or passing the patient to the ward of Banrai Hospital, then let the nurse prepare for the readiness of the patient and inform the symptoms condition of the patient at that time together with explaining the reasons of passing the patient to be treated at another department or another hospital. While passing the patient, the nurse gives information about the environments of another department which the patient will be treated. In case of the patient has opportunity to be died, coordinate the physician to inform the symptoms of death trends and take care of the patient until he or she has stable symptoms before passing the patient to Utaithanee Hospital, the nurse treats the patient and the caregiver according to the methods of treatment before passing the patient.

4. Research assistant; let the caregiver answer the questionnaire according to the instruments used for collecting data which is the assessment form of getting needs response of the crisis caregiver (the time that the patient is being treated or during the readiness preparation in order to pass the patient to the Utaithanee Hospital or prepare the patient to pass to Banrai Hospital) which the caregiver of the crisis patient will use to answer the questionnaire about 20 – 30 minutes.

Step 2 When finish answering the questionnaire, the research assistant checks the correctness of the questionnaire, if found the research is imperfect, the research assistant will ask the caregiver to collect the information additionally until it is perfect, then the research assistant says thank you to the caregiver for his or her cooperation of the research and the researcher will study the information in the medical record of the patient in order to collect the information or data of the symptoms condition of the patient, score value of physiology measured, illness background, diagnosis and the treatment which the patient got.

Step 3 Analyze the data by using the statistic programs which are frequency, percentage and comparison the ordinary information with the statistic of Chi-square test, find the mean and standard deviation of the level of needs response of the crisis caregiver both in the control group and experimental group and test the difference of

the level of getting needs response of the crisis caregiver both of the control group and the experimental group by the statistic of t-test.

Research results

The patients in the experimental group were mostly female (61.10%) age between 18- 88 years old, the average age was 54.78 years old (SD = 21.53). For control group, mostly were female (52.80%) age between 27 – 89 years old, the average age was 64.44 years old (SD = 17.24). For the symptoms condition of the patient in the experimental group, it had the conscious level at the good level (GCS = 14-15), 97.20% could breathe by himself/herself. For the control group, it had the conscious level at the good level (GCS = 14-15) and could breathe by himself/herself. The patient of both groups more than 50% was being treated in the ward of Banrai Hospital. When comparing the trait characteristics symptoms condition of the experimental group patient and the control of Chi-square, it was found that there was no difference but the age of the samples had statistically significant difference at $p < .05$, the level of illness violence of the experimental group had the score of first admission at the average of 3.64 (SD= 0.90). For the control group, it had the average score of 3.92 (SD= 1.36). Whereas the illness violence score before discharge, the experimental group had the average score equal to 2.22 (SD= 1.20) and in the control group, the average score was 2.53 (SD= 1.44). When comparing the score of illness violence of the patient in the experimental group and control group with the statistic of the t-test, it was found that there was no difference for the patient's illness violence score.

The caregiver in the experimental group, 63.90% had the age between 22 – 54 years old and the average age was 35.61 (SD = 9.88). For the control group, mostly 55.6% had the average age between 26 – 72 years old and the average age was 43.36 years old (SD = 10.07). The samples mostly more than 50% had the educational level at primary level and had the agricultural career as well as the sufficient income. The experimental group had the relationship of the child for 55.60% whereas the control group had the relationship of the child for 69.40% but mostly both of the samples more than 50% had no experiences of confronting the crisis condition of the patient before. When comparing the ordinary information of the samples with Chi-square test,

it was found that the samples had no difference in the trait characteristics except the age of the caregiver which had statistically significant difference at ($p < .05$).

The comparison of getting needs response of the samples found that the experimental group had the average score at 3.64 (SD = .29), the control group had the average score at 2.85 (SD= .368). When testing the effect of exceeded variable, it was found that there was no effect towards the score needs response of the caregiver, therefore the researcher tested the score of both by the statistic of t-test, the result found that the samples in the experimental group got needs response more than in the control group with the statistical significance at ($p < .01$) as shown in the table1.

Table 1 Mean and the standard deviation of the score of the getting needs response of the caregiver in the control group and experimental group with statistic of t-test

Score of getting needs response	Mean	SD	t-test
control group	2.85	.37	.000*
experimental group	3.64	.29	

* $p < .01$

Discussion

The total 72 samples had no difference in the trait characteristics except age of the samples found that there was the statistically significant difference at $p < .05$ because the age had influence to the perception of adaptation and satisfaction of assistance (Ekwall, Gerdtz & Manias, 2008). However, the samples of the study had the range of age between 22 – 72 years old which was similar range to each other and it was the age range of adult and the elderly which needed the reasons and emotional security (Gavaghan, 2002). Thus, when testing the influence of age, there was not the influence towards needs response of the caregiver. This was in accordance with the work of Nittaya Dechpitakkul (2000) and Somkid Panprasert (2004) when giving information periodically. For the level of violence of the illness at the first admit and the discharge of the experimental group and control group, it was found that the level of violence was not different. Moreover it was found that the level of violence of the

illness could be decreased or remain after giving assistance to the patient. And from the study of Tse, Wu, Suen, Ko, & Young (2006), it was found that the level of violence of the illness had no results to the perception in needs response of the caregiver.

The research results supported the hypothesis of the research; it was found that the crisis patient's caregiver who got the nursing practice guideline for readiness preparation of the caregiver got needs response more than the group who got the nursing with normal activities by statistical significance at $p < .01$. This suggests that when the caregiver had to confront the crisis condition, it made him or her fell anxious and result to the physical unbalance condition from balance factors included 1) realistic perception of the event, 2) sufficient support and assistance, 3) coping mechanism was disturbed and made the caregiver had emotional crisis condition (Aguilera, 1998). The treatment of the patient according to the nursing practice guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis helped the caregiver return to the balance condition. This started from the caregiver first arrived to the hospital, then the nurse create the relationship, assessed the emotional condition and gave the assistance of supporting mind. As the study of Alvarez & Kirby (2006) and Maxwell, Stuenkel & Saylor (2007) which found that the mentioned treatment helped the caregiver not to feel lonely, disappointed or helpless. After that, in the stage of primary medical care, the researcher supported the caregiver to perceive the events according to the truth by giving the information about the symptoms, the symptoms shown and the treatment which the patient received periodically and every 30 minutes or according to the change of worse symptoms periodically and continuously by assessing the emotional condition and perception of the caregiver before giving the information every time. Such treatment can reduce stress, anxiety and scare (Panprasert, 2004) as well as increase the level of satisfaction of the caregiver while he or she is waiting (Nittaya Dechpitakkul, 2000). Moreover, after the stage of primary medical care, the caregiver will get the information about the symptoms of the patient and reasons of passing the patient to be treated in other department or other hospital. Moreover the caregiver will receive the information about the environments of the department which the patient has to be passed for the treatment in order to เห็นภาพ of the further situations as well as recommend the expenses

of treatment which can reduce the anxiety of the caregiver towards the expense. This is in accordance with the study of Kanya Wanghengyarit (2006) which found that the anxiety of the caregiver decreased when the caregiver got information step by step and continuously. Moreover it can help the caregiver confront the crisis condition appropriately (Critchell & Marik, 2002; Leske, 2002). This can be explained by the Aguilera Theory (1998) which said that when the individual faced the crisis condition, he or she had to get help in order to let the 3 items above of balance factors turn to the normal condition, thus the crisis condition would not be happened.

The emotional crisis problem found during collecting data of the control group found that when the caregiver arrived to the hospital, he or she would outcry and asked for helping the patient with quickness. When the authority asked name – surname and background of the treatment in this hospital of the patient in order to seek for the profile, the caregiver felt unsatisfied and got angry and said “take care of the patient first before asking, the patient is getting worse”. This usually found in the samples which the patient had the illness violence score more than 6. Because the nurse in the health team had no assessment of emotional condition of the caregiver because of the focusing on the patient help in order to let him or her survive from the crisis condition, therefore this cause the complaint of behavior every month. However during the time of collecting data of experimental group, there was no such mentioned complaint. This is because when the caregiver outcried, the researcher would assess the emotional condition and give assistance immediately with good relationship creation, listened to the problems, cheered up, give a chance to ask the questions and express the feeling, accompanied or let the sample tell his or her needs, set the proportional place and allowed the caregiver to see the patient in order to let him or her feel closed-up with the patient and gave support sufficiently according to the nursing practice guideline, so the caregiver felt calm and give the cooperation to the health team for taking care of the patient. This was in accordance with the purpose of guideline for readiness preparation of clinical nursing to the caregiver from crisis condition of the patient, therefore it was not found the complaint of service and had the satisfaction level of the caregiver in service of the hospital increasingly from 84% to 88% while the control group still had the stability of satisfaction level.

The study can be concluded that the treatment of the caregiver by clinical nursing practice guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis on caregiver's needs response at the emergency department affects the caregiver got needs response higher than normal nursing by statistical significance at $p < .01$ level. All 5 responses which are 1) getting closed-up to the patient 2) getting the information and communication with the personnel in the health team 3) giving confidence and explaining the purpose of treatment or medical care 4) giving assistance and support and 5) giving comfort. Redley et.al., (2003) found that the caregiver who got needs response mentioned sufficiently could increase the level of satisfaction and reduce the anxiety which made the caregiver be able to confront the crisis condition of the patient appropriately (Leske, 2002) by using the mechanism of problem confronting for adaptation and focus on improving emotion or stress feeling in order not to destroy the spirit or reduce the efficiency of problem solving because the individual will be able to consider to way to solve the problems and can be back to the balance condition and not to create the emotional crisis condition consequently (Aguilera, 1998).

Summary

This study was about helping the caregiver who got loss the balance condition from confronting the crisis condition of the patient which occurred immediately without any expectation to return his or her balance condition again by letting the caregiver perceive the events according to the realistic information. According to the information of cooperation by assessing the emotional condition and the perception of the persons as well as giving the comfort of mind sufficient to the caregiver's needs, it made the caregiver who was confronting the illness of crisis patient be able to use the problem solving mechanism appropriately. It can be seen from the caregiver who didn't express his or her aggressive behaviour or outcried while waiting for the patient who was being treated at the emergency department and gave the cooperation as well as helped the crisis patient altogether with the health team. Hence, the readiness preparation to the caregiver for confronting the crisis condition has to start at the beginning as soon as the caregiver arrives to the emergency department by letting the health team who engages the responsibility of taking care the

caregiver make good relationship, considerate, give understanding until the caregiver makes confidence or trusts and expresses his or her feeling and needs to the health team which helps the health team be able to use the needs response of the caregiver as needed. It was found that the caregiver who took the service at the emergency department had all needs in 5 items which were: getting close-up with the patient, getting information and communication to the health team personnel, getting confidence and explanation of purpose of the treatment, getting support and help and getting comfort. The guideline for readiness preparation of clinical nursing to the caregiver for confronting the crisis condition of the patient could respond the needs of the caregiver increasingly.

Recommendations

The researcher has recommendations to apply and use for the further study as follows:

- 1) Nursing practice aspect; set the place for the caregiver to sit and wait, support drinking water, telephone, toilet and train the related health team about how to treat the caregiver as well as the policy of force rate to be sufficient for the service by apply the clinical nursing practice guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis by focusing on the two-way communication.
- 2) Education aspect; set the learning and teaching in terms of taking care of the caregiver to confront the patient's crisis while the patient is being treated at the emergency department and set the seminar of taking care of the caregiver to the students health team at all level of bachelor, master and doctoral level in order to improve the development of service and education which responds to the caregiver's need appropriately.
- 3) Research aspect; follow the results after the discharge from the department in terms of ability to confront the patient's crisis in terms of mind recovery and study the systematic issue to the performance result of the nurse for following the guideline for readiness preparation of caregiver in dealing with patient's crisis on caregiver's needs response as well as being the way to make the research of testing the efficiency of practical way in other issues further.

รายการอ้างอิง

- กันยา วังเฮงชะฤทธิ. (2549). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. (พิมพ์ครั้งที่ 11) กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- จกมล ศรีวัฒนา และพรทิพา ศุภราศรี. (2539). ความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. *วารสารการพยาบาล*, 4(1), 53-56.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2547). Critical care guideline and standards. ในไชยรัตน์ เพิ่มพิกุลและ ดุสิต สถาวร (Eds.), *Managing critical Ill patients at the emergency room*. กรุงเทพฯ: บริษัทยอดการพิมพ์.
- ทัศนา บุญทอง และจารุวรรณ ต. สกุล. (2548). เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-7: เครื่องมือของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดทางจิต. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธิดิมา วทานิยเวช. (2540). ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เดชพิทักษ์ศิริกุล. (2543). รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนา อยู่เปล่า. (2543). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์สันติวิธี กระทรวงสาธารณสุข. (2547). สถิติการฟ้องร้องและการร้องเรียนการรักษากองบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2002). แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE). กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.

- หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (2550). สถิติหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่.
อุทัยธานี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (2550). สถิติหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอุทัยธานี.
อุทัยธานี: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (2550). สถิติหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์
ประชารักษ์. นครสวรรค์: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาการ
พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาพรส.
- อรัญญา ศรีคำชาว. (2548). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว
ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่. Unpublished เิง
ทดลอง, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลวรรณ กิตติรัตนตระกูล. (2541). การศึกษาความต้องการในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการ
บาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การ
พยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aguilera, D.C. (1994). *Crisis Intervention: Theory and methodology* (7 ed.). California: St. Louis:
C.V. Mosby Company.
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis Intervention: Theory and methodology* (8 ed.). California: St. Louis:
C.V. Mosby Company.
- Aguilera, D. C., & Messick, j. M. (1986). *Crisis Intervention: Theory and methodology*. In 5 (Ed.),
(5 ed.). California: St. Louis: C.V. Mosby Company.
- Aimin, G. (1999). Effect of informational support on anxiety among member of critically ill
patients. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University, Thailand.
- Alvares, G. F., & Kirby, A. S. (2006). The perspective of families of the critically ill patient: their
needs. *Current Opinion in Critical Care*, 12, 614-618.
- American Association of Critical Care Nurse. (2005). Procedure manual for critical care. In
AACN (Ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Appleyard, M., Gavaghan, S., Gonzalez, C., Ananian, L., Tyrell, R., & Carroll, D. (2000). Nurse-
coached intervention for the families of patients in critical care units. *American
association of critical care nurse*, 20(3), 40-51.

- Boudreaux, D. E. & McCabe, B. (2000). Critical incident stress management : Interventions and effectiveness. *Psychiatric Services*, 51(9), 1095-1097.
- Bowman, K. (2000). Communication, negotiation, and mediation: Dealing with conflict in end-of-life decisions. *Journal Palliat Care*, 16, 17-23.
- Burch, V. C., Tarr, G., & Morroni, C. (2008). Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in hospital mortality. *Emergency Medicine Journal*, 25, 674-678.
- Chang, Y. T., Chen, C. C., Chang, C. Y., & Kuo, Y. C. (2004). Evaluation of unpredictable critical conditions of patients treated in the observation unit of the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 27(2), 109 - 113.
- Critchell, C. D. & Marik, E. P. (2007). Should family member's be present during cardiopulmonary resuscitation?. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(4), 311-317.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs based education programmer for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasiexperimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 39-50.
- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care perspectives of family, friends and careers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 800-809.
- Epperson, M.M. (1997). Families in sudden crisis: Process and intervention in a critical center. *Social Work in Health Care*, 265-273.
- Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relative. *European Journal of Cancer Care*, 9, 8-15.
- Farrar, J. A. (2002). Psychosocial impact of trauma in K. A. McQuillan, K. T. V. Rueden, R. L. Hartsock, M. B. Flynn & E. Whalen (Eds.), *Trauma nursing from resuscitation through rehabilitation* (3 ed., pp. 366-392). Philadelphia: Lippincott.
- Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21(2), 64-71.
- Gaw-Ens, B. (1994). Informational support for families immediately after CABG surgery. *Critical Care Nurse*, 14(1), 41-42.

- Georgita, T. W. (2000). Family advocates: Caring for families in crisis. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 20(1), 36-40.
- Gray, A., Gill, S., Airey, M., & Williams, R. (2003). Descriptive epidemiology of adult critical care transfers from the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 20, 242-246.
- Hardicre, J. (2003). Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nursing Times*, 99(27), 26-27.
- Hedge, L.V. (1982). Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, 92, 490-499.
- Horn, E. V., & Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family member: Stress and response. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 19(4), 40-49.
- Huang, D. T. (2004). Clinical review: Impact of emergency department care on intensive care unit costs. *Critical Care*, 8, 498-502.
- Johansson, I., Fridlund, B., & Hildingh, C. (2005). What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(6), 289-298.
- Johnson, M., & Frank, D. (1995). Effectiveness of a telephone intervention in reducing anxiety of families of patients in an intensive care unit. *Applied Nursing Research*, 8(1), 42-43.
- Keller, V. F., Goldstein, M. G., & Runkle, C. (2002). Strangers in Crisis: Communication skills for the emergency department Clinician and hospitalist. *Journal Critical of Medicine*, 9(8), 439-444.
- Kenwong, W. (2006). *The development of a clinical nursing practice guideline for preparation of families in dealing with crisis in the emergency department*. Unpublished master's thematic, Mahidol University, Thailand.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families*. New York: Macmillan.
- Kuen, C. Y., & Peng, N. K. (2005). *Practical Aspects of Acute Care*. Kuala Lumpur: First Published.
- Leske, J. (2002). Intervention to decrease family anxiety: Protocols for practice. *Critical Care Nurse*, 22(6), 61-65.

- Leske, J. (2003). Comparisons of family stress, strengths, and outcomes after trauma and surgery. *AACN: Advanced Critical Care*, 14(1), 33-41.
- MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaire, D., Eichhorn, D. J., Meyers, T. A., et al. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures. *American Journal of Critical Care*, 12(3), 246-257.
- Magotti, A., Saiani, L., & Drigo, M. (1999). The needs of relatives of patients admitted to intensive care units in the Trentino Region. *Assist Inferm Ric[ONline]*, 18(3), 124-130.
- Maxwell, K., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family member of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung-The Journal of Acute and Critical Care*, 36(5), 367 - 376.
- Mian, P. (1991). Sudden bereavement: Nursing interventions in the emergency department. *Critical Care Nursing*, 10(1), 30-40.
- Mishel, M.H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing and Health*, 7, 163-171.
- Morse, J., & Pooler, C. (2002). Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room. *American Journal of Critical Care*, 11, 240-249.
- Murphy, F., & Nightingale, A. (2002). Accident and emergency nurses as researchers: Exploring some of the ethical issues when researching sensitive topics *Accident & Emergency Nursing*, 10(2), 72-77.
- Panprasert, S. (2004). *Effects of informational and emotional support on the anxiety and satisfaction of accidental patients' relatives during the waiting period at the accident and emergency department*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, B. G. (2008). *Nursing research: Principle and Methods* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Redley, B., Beanlard, C., & Botti, M. (2003). Accompanying critically ill relatives in emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 88-98.
- Redley, B., LeVasseur, S. A., Peters, G., & Bethune, E. (2003). Families' needs in emergency department: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 606-615.

- Schwecke, L. H. (2003). Anxiety coping and crisis. In N. L. Keltner & L. H. Schwecke (4 ed.). Boston: Mosby.
- Shives, L. R. (2005). Anxiety disorders. In *basic concepts of psychiatric mental health nursing* (6 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (from Y)*. New York: Consulting Psychologists.
- Subbe, C. P., Slater, A., Menon, D., & Gemmell, L. (2006). Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23, 841-845.
- Tracy, M. F. (2006). Essential of critical care nursing. In *American Association of Critical Nurses*. Verginia: McGraw-Hill.
- Tse, DM., Wu, KK., Suen, MH., Ko, FY., & Yung, GL. (2006). Perception of doctors and nurses on the care and bereavement support for relatives of terminally ill patients in an acute setting: *Hong Kong Journal Psychiatry*, 16(1), 7-13.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Understanding anxiety and anxiety defenses*. In *Foundations of psychiatric mental health nursing* (4 ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F. V., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501 - 509.
- Videbeck, S. L. (2004). Psychiatric Mental Health Nursing. In 2 (Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Washington, G. T. (2001). Family advocates: Caring for families in crisis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(1), 36-40.
- Williams, C. M. A. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: A naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 6 - 14.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางสาวปราณี เศรษฐเสถียร พย.บ.
หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่
2. รศ. สุดาพรรณ ชัญจิราวทม.
อาจารย์พยาบาลประจำการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผศ.ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ พย.ด.
อาจารย์พยาบาลภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นายสุพัฒน์ ศรีสมอ่อน พย.บ.
พยาบาลประจำการตึกแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช
5. แพทย์หญิงณัฐกานต์ ตั้งควัฒนกุล พ.บ.
อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม
อาจารย์แพทย์ประจำตึกแพทย์เวร-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข

การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์



COA. No. MU-IRB 2009/062.2704

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. The Effect of Clinical Nursing Practice Guideline for Readiness Preparation of Caregiver in Dealing with Patient's Crisis on Caregiver's Needs Response at the Emergency Department
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Namthip Prasittikan

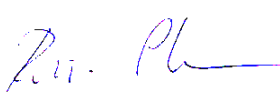
Name of Institution. Faculty of Nursing

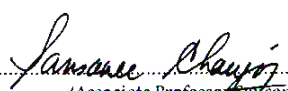
Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 27 April 2009
2) Participant Information Sheet version date 27 April 2009
3) Informed Consent form version date 27 April 2009
4) Questionnaire version received date 25 March 2009

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 27 April 2009

Date of Expiration. 26 April 2010

Signature of Chairman. 
(Professor Rutja Phuphaibul)
Vice Chair for Chair

Signature of Head of the Institute. 
(Associate Professor Saisanee Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

กลุ่มงานการพยาบาล
รับเลขที่ 154
วันที่ 30 มี.ค. 62
เวลา 10.00



โรงพยาบาลบ้านไร่
รับเลขที่ 928
วันที่ 27 มี.ค. 2552
เวลา 09.32 น.

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสีงแวดล้อม ชั้น 3 ถนนพหลโยธิน
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

ที่ ศร 0517.02 (ศร)/ 0738

วันที่ 16 มีนาคม 2552

เรื่อง ขออนุญาตออกระยะให้บัณฑิตวิทยาลัยได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน

งานบัณฑิตวิทยาลัย เลขที่ ศร/51
วันที่ 31 มี.ค. 52
เวลา 15.30
ผู้รับ

ด้วย นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน" อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.วัลย์ธิดา ดันท์เรืองวนิชย์ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย เพื่อลดอคติในการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2552 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2552

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตจากท่านโปรดอนุญาตให้บัณฑิตวิทยาลัยได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไร่

ขอแสดงความนับถือ

✓ เสร็จไปจดหมาย

✓ เสร็จไปดำเนินการ

✓ เสร็จไปมอบ

ชื่อ วัลย์ธิดา ดันท์เรืองวนิชย์
30 มี.ค. 52

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.พัชรีย์ ห่อสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- 165

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.วัลย์ธิดา ดันท์เรืองวนิชย์

ใบยกแนบท้ายใบรับ

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษารีไทร์กับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย แพทย์ท่านอื่น หรือผู้ที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย โรงพยาบาลบ้านไร่ อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 087-986-3398

เหตุผลที่เชิญให้ท่านเข้าร่วมการวิจัยนี้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นลูก/พ่อ แม่/ญาติของผู้ป่วย เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการตอบสนองแบบสอบถามแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ทำไมต้องทำการวิจัยนี้

เนื่องจาก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไร่ ขาดรูปแบบในการเตรียมจิตใจและดูแลเรื่องความต้องการของญาติที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องฉุกเฉิน เช่น มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก ไม่รู้สึกตัว หรือเกิดอุบัติเหตุ ผู้วิจัยจึงนำแนวทางในการเตรียมความพร้อมญาติที่มีผู้ศึกษาไว้ มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงาน และทำการทดสอบผลด้านการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมประมาณ 72 ท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

- เมื่อท่านนำผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินว่ามีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำลังได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปขอความร่วมมือจากท่านในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีลักษณะ



ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อท่านยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้ช่วยวิจัย จะขอให้ท่านลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

- ผู้ช่วยวิจัยจะขอซักประวัติเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แล้วเชิญให้ท่านนั่งรอ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มเสียชีวิตจะประสานงานกับแพทย์เพื่อให้แจ้งท่านทราบ ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น หรือโรงพยาบาลอื่น พร้อมทั้งบอกเหตุผลให้ท่านทราบในการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาในหน่วยงานอื่น

- ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที (ซึ่งเป็นช่วงเวลาเตรียมพร้อมเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลฉุกเฉินหรือเตรียมรับเข้ารักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านไร่)

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

ค่าตอบแทนที่ท่านจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนให้ท่าน และท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

สิ่งที่ต้องการขอความร่วมมือจากท่านในการวิจัยครั้งนี้ คือ การตอบแบบสอบถามเท่านั้น ซึ่งอาจทำให้ท่านต้องเสียเวลาในการตอบคำถาม หรือไม่สบายใจที่ต้องตอบคำถาม ในกรณีเช่นนี้ ท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกขณะ โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล

ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ดังนั้น หากท่านปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านและลูกของท่านก็ยังคงได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล หรือขณะที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย หากท่านต้องการเปลี่ยนใจภายหลัง ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล โดยท่านและลูก/พ่อแม่/ญาติของท่านยังคงมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาล และบริการสุขภาพอื่นๆ จากโรงพยาบาลตามปกติ

การรักษาความลับของท่าน

ข้อมูลส่วนตัวของท่านและผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม และสรุปผลการวิจัยด้วยเหตุผลทางวิชาการ โดยไม่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด



ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัยที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อมายัง นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ หมายเลขโทรศัพท์ 087-986-3398 ได้ตลอดเวลาในระหว่างการทำวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน ซอย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบและเข้าใจรายละเอียดในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยดังกล่าวข้างต้นด้วย โดยมีพยานที่อ่านออกเขียนได้ร่วมลงนาม



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปีอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยที่ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ และได้อ่านรับทราบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ หมายเลขโทรศัพท์ 087-938-3398 ได้ตลอดเวลา

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาล และถูก/พ้อ แม่/ญาติ ของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัยวันที่.....
 (.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....
 (.....)

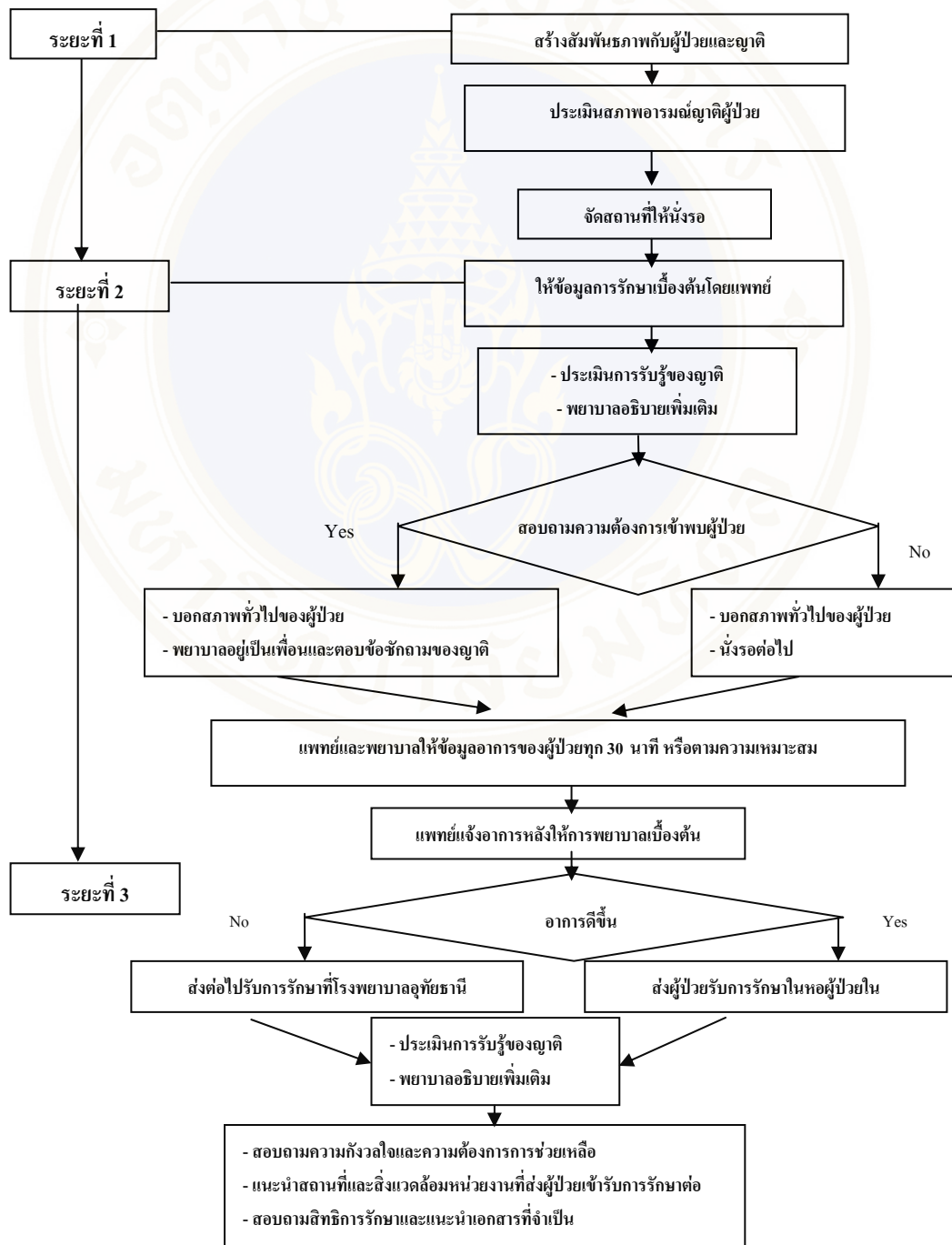
ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือ ได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ..... จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....
 (.....)



ภาคผนวก ง

แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญการเจ็บป่วยภาวะวิกฤต
ของผู้ป่วย ขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

**แบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

แบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (บันทึกโดยพยาบาล)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต
ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (บันทึกโดยพยาบาล)

HN.....เพศ.....อายุ.....อาชีพ.....

ผู้นำส่ง

สภาพอาการของผู้ป่วย

☐ รู้สึกรู้ตัว ☐ ไม่รู้สึกรู้ตัว

☐ หายใจได้เอง ☐ ใ้ท่อช่วยหายใจ

☐ Admit ☐ Refer

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล.....

แรกรับ T = ... $\dot{C}$ RR = ... /min PR = ... /min BP = ... mmHg

GCS = ... ค่าคะแนนรวมทางสรีรวิทยา = ... คะแนน

จำหน่าย T = ... $\dot{C}$ RR = ... /min PR = ... /min BP = ... mmHg

GCS = ... ค่าคะแนนรวมทางสรีรวิทยา = ... คะแนน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

การวินิจฉัย.....

การรักษา.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

อายุ.....ปี

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา
☐ บุตร ☐ พี่น้อง ☐ ผู้ใกล้ชิดอื่น(โปรดระบุ).....

ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3) ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6)
☐ อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี
☐ สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย ☐ รับราชการ
☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ เกษตรกรรม ☐ แม่บ้าน
☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ไม่มีงานทำ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ความเพียงพอของรายได้

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการมีบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเจ็บป่วยหนักหรือรุนแรง

☐ มี

☐ ไม่มี

ส่วนที่ 3 ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยงาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการของท่าน ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากที่สุด

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
1. ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา (Assurance and Meaning)				
1. แพทย์และพยาบาลได้แจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับแนวโน้มของผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย				
2.				
.				
.				
9				
2. ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity)				
10. แพทย์และพยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พบกับญาติของท่านทันทีที่เป็นไปได้				
11.				
.				
.				
14				
3. ข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในแพทย์และพยาบาล (Information and communication)				
15. ท่านมีโอกาสดูซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ผู้ให้การรักษา				
16.				
.....				
.				
.				
24				

ข้อคำถาม	ความคิดเห็น			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
4. ความต้องการด้านความสบาย (Comfort)				
25. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าญาติของท่านจะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีที่สุดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน				
26.				
.				
.				
30				
5. ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support)				
31. ท่านได้พบกับแพทย์หรือพยาบาลทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล				
32.				
.				
.				
38				

การตรวจสอบเครื่องมือความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผลการตรวจสอบที่ได้ มีดังนี้

จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 32 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

คำนวณค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{32}{38} = 0.84$$

คำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 1 และ 2 มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 20, 22, 25 ผู้วิจัยนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก จ

ค่าคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยรายข้อ

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	X	SD	X	SD
1. ด้านการให้ความเชื่อมั่นและอธิบายวัตถุประสงค์ของการดูแลรักษา (Assurance and Meaning)				
1. แพทย์และพยาบาลได้แจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับ แนวโน้มของผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	3.47	.51	2.81	5.78
2. แพทย์และพยาบาลให้ความเชื่อมั่นกับท่านว่าผู้ป่วยจะ ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด	3.56	.50	3.03	.56
3. แพทย์และพยาบาลตอบคำถามเมื่อท่านเกิดข้อสงสัย เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย	3.61	.49	2.97	.65
4. แพทย์และพยาบาลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด	3.67	.48	3.28	.51
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการ รักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาลเป็นระยะๆ	3.58	.50	2.83	.69
6. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจากแพทย์และพยาบาล	3.56	.56	2.61	.69
7. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการรักษาพยาบาล ที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้น	3.64	.49	2.83	.61
8. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมโดย คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย	3.64	.49	3.25	.55
9. ท่านมีโอกาสได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา กับแพทย์และพยาบาลและได้รับการยอมรับจากแพทย์ และพยาบาล	3.42	.60	2.42	.94
2. ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity)				
10. แพทย์และพยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พบกับญาติ ของท่านทันทีที่เป็นไปได้	3.72	.45	3.17	.61
11. แพทย์และพยาบาลแจ้งให้ท่านทราบก่อนการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย	3.75	.44	3.19	.47

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	X	SD	X	SD
2. ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity)				
12. ท่านมีโอกาสได้อยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (ตามความเหมาะสม)	3.72	.45	3.36	.54
13. ท่านสามารถรับทราบหรือเห็นเหตุการณ์ขณะแพทย์และพยาบาลให้การรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย	3.75	.44	3.00	.72
14. ท่านได้รับอนุญาตให้อยู่ด้วยขณะแพทย์และพยาบาลให้การรักษาพยาบาลหากท่านต้องการ	3.78	.42	2.81	.75
3. ข้อมูลและการสื่อสารกับบุคลากรในแพทย์และพยาบาล (Information and communication)				
15. ท่านมีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ผู้ให้การรักษา	3.50	.51	2.83	.69
16. ท่านได้รับการอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการรักษาจนเกิดความเข้าใจ	3.67	.48	2.92	.84
17. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างชัดเจนก่อนการให้ความยินยอมเพื่อทำหัตถการต่างๆ	3.67	.48	2.97	.69
18. ท่านมีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัยกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย	3.64	.49	2.83	.69
19. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้การรักษากับผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล	3.58	.50	2.89	.75
20. พยาบาลแจ้งให้ทราบถึงเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกับแพทย์พยาบาลในการติดต่อกลับมาภายหลังหากเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย	3.75	.50	2.36	.76
21. ท่านได้รับรู้ว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี	3.67	.48	3.11	.52
22. ท่านได้รับทราบถึงความชำนาญของแพทย์และพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย	3.56	.50	2.56	.77
23. ท่านได้รับทราบเกี่ยวกับชื่อ-สกุล ของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย	3.58	.50	2.44	.81
24. ท่านมีโอกาสได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยของท่านกับแพทย์และพยาบาล	3.47	.56	2.39	.90

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	X	SD	X	SD
4. ความต้องการด้านความสบาย (Comfort)				
25. ท่านมีความเชื่อมั่นว่าญาติของท่านจะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีที่สุดเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน	3.69	.47	3.11	.67
26. บริเวณที่รอกของญาติผู้ป่วยมีบริการโทรศัพท์สาธารณะ	3.72	.45	2.67	.83
27. บริเวณที่นั่งรอกของญาติมีห้องน้ำสำหรับญาติผู้ป่วย	3.83	.38	2.94	.72
28. บริเวณที่นั่งรอกของญาติมีน้ำดื่มสำหรับญาติผู้ป่วย	3.83	.38	3.11	.67
29. ท่านรู้สึกว่แพทย์และพยาบาลให้ความเข้าใจและเคารพสิทธิในการเป็นญาติผู้ป่วยของท่าน	3.69	.47	3.06	.63
30. สถานที่ในการรอผู้ป่วยมีความเป็นสัดส่วน	3.64	.49	3.00	.63
5. ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (Support)				
31. ท่านได้พบกับแพทย์หรือพยาบาลทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล	3.64	.49	3.31	.47
32. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสภาพอาการ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการเข้าพบผู้ป่วยในครั้งแรก	3.67	.48	2.58	.73
33. ท่านมีเพื่อนหรือญาติท่านอื่นอยู่ด้วยขณะรอผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน	3.56	.56	2.56	.77
34. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย	3.56	.56	2.61	.73
35. แพทย์และพยาบาลส่งเสริมให้ท่านได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกที่แท้จริงในขณะนั้นออกมา	3.56	.50	2.53	.81
36. แพทย์และพยาบาลให้ความสนใจกับท่านขณะนั่งรออย่างต่อเนื่อง	3.64	.49	2.58	.73
37. มีพยาบาลอยู่ด้วยเพื่อคอยให้คำแนะนำขณะที่ท่านเข้าพบผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน	3.83	.38	2.69	.89
38. ท่านมีโอกาสดำเนินการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงกับแพทย์และพยาบาล	3.64	.49	2.56	.84

ภาคผนวก ข

สูตรการหาขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง

การหาขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Hedges (1982)

$$d = \frac{X_E - X_C}{SD \text{ pool}}$$

d = ขนาดอิทธิพล

X_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

X_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD pool = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร่วม

$$\begin{aligned} d &= \frac{6 - 18.867}{18.876} \\ &= 0.7 \end{aligned}$$

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ

วัน เดือน ปีเกิด 7 ธันวาคม 2517

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี พ.ศ. 2538
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครสวรรค์ พ.ศ. 2546
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550 – 2553
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน
หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่อยู่ บ้านเลขที่ 4 หมู่ 8 ตำบลหนองนางนวล อำเภอหนองฉาง
จังหวัดอุทัยธานี 61140
E-mail: namthip07@yahoo.com
เบอร์โทรศัพท์: 087-9863398