

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุการตายมากกว่าครึ่งของจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา (Hickey, 1992 cited in LeMone & Burke, 1996) ในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดขึ้นทุก 7 วินาที และตายทุก 5 นาที และพบผู้ป่วยประมาณ 200,000 ราย ที่เสียชีวิตหรือเกิดความพิการไปตลอดชีวิต โดยพบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ทั้งนี้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางยานพาหนะเป็นส่วนใหญ่ (Rowland, 1995) ส่วนในประเทศไทยจากสถิติของกองสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายของประชากรจากอุบัติเหตุและการเป็นพิษ พบมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ถึง 2540 ซึ่งในปี 2540 พบจำนวนตายจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง 13,073 ราย (กองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2540) สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2540 และ 2542 มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 547 และ 478 รายตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน, 2540, 2542) ทั้งนี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดในปี 2540 และ 2542 จำนวน 227 และ 286 รายตามลำดับ (ติดต่อกับเป็นการส่วนตัว, กุมภาพันธ์, 2543)

บาดเจ็บศีรษะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านความคิด ความจำ และระดับความรู้สึกตัว (Stratton & Gregory, 1995) มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม (Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992) และการติดต่อสื่อสาร (Acorn & Roberts, 1992) บาดเจ็บศีรษะไม่เพียงมีผลกระทบกับตัวผู้ป่วยโดยตรงดังกล่าวมาแล้วเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวอีกด้วย (Acorn, 1995; Baker, 1990; Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992) บาดเจ็บศีรษะเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Dunbar & McLain, 1993) นับตั้งแต่วินาทีแรกที่ครอบครัวได้รับข่าวว่ามีบุคคลในครอบครัวได้รับบาดเจ็บศีรษะ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีเวลาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเวลาเลยในการเตรียมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด (Hickey, 1993) ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้นี้ จะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (Halm, 1990; Reider, 1994)

ความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) หมายถึง สภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกตึงเครียด เป็นผลมาจากการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอาจทำให้เกิดอันตรายหรือกำลังถูกคุกคาม ซึ่งสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) และความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดกับบุคคลในสภาวะการณ์ขณะนั้น และเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกกลัว ตึงเครียด ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ส่วนความวิตกกังวลแฝงเป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะในตัวของบุคคล เป็นความวิตกกังวลที่เกิดกับบุคคลในสภาวะการณ์ทั่ว ๆ ไป เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ และจะเกิดความวิตกกังวลเมื่ออิทธิพลเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองถูกคุกคาม

ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในระยะแรกนั้นเป็นความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ ความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามจากการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย และการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอาจต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย (Pittman & Fowler, 1997) ความวิตกกังวลจะเริ่มตั้งแต่ว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความกลัวการสูญเสียบุคคลที่รัก (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) สาเหตุของความวิตกกังวลได้แก่ ความวิตกกังวลจากความไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (Halm, 1990; Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992) และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) วิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Halm, 1990) ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เมื่อแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล จะมาด้วยอาการหมดสติและต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากเป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วย ในระยะนี้ครอบครัวจะรู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามจิตใจเนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วย และต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี (Bokinskie, 1992) ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง ซึ่งถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย เป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว คาโธล (Kathol, 1984) กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นสภาวะการณ์ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ โดยเฉพาะในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด นอกจากนี้เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้พบกับผู้ป่วยในสภาพที่มีสายยาง ท่อระบาย หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะวิกฤตมากมาย เสี่ยงจากเครื่องมือ หรือการที่เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Hickey, 1993; Rukholm, Bailey, Coutu-Wakulczyk, & Bailey, 1991) จากการศึกษาของ

เคลเบอร์และคณะ (Kleiber et al., 1994 cited in Hudak, Gallo, & Morton, 1998) พบว่า ญาติและครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นมากที่สุดในช่วงวันแรกถึงสองวันแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งการแยกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในระยะวิกฤตจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก นอกจากนี้สาเหตุอื่น ๆ ของความวิตกกังวลได้แก่ การที่ไม่ทราบกฎระเบียบของหอผู้ป่วย วิธีการเข้าพบกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก หรือการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (Gaw-Ens, 1994) การจำกัดเวลาในการเยี่ยมจะทำให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (Hopkins, 1994) ฮุคคินส์ แกลโล และมอร์ติน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอกับทีมสุขภาพทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวอาจมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จากการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) การ์ดเนอร์ และสจวร์ท (Gardner & Stewart, 1978 cited in Hopkins, 1994) กล่าวว่า ความล้มเหลวของพยาบาลในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับครอบครัวของผู้ป่วยอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูง จากการศึกษาของทิทเลอร์ โคเฮน และคราฟท์ (Titler, Cohen, & Craft, 1991) พบว่าในระยะวิกฤตพยาบาลมักเน้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ตัวผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เพราะต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย และมักพบว่าพยาบาลไม่มีเวลาพอ หรือขาดทักษะในการให้การพยาบาลกับครอบครัว ส่งผลให้ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข

ความวิตกกังวลจะรุนแรงมากขึ้นในสมาชิกในครอบครัวบางคน ทำให้ไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามมา เช่น คลื่นไส้ เป็นลม หรือส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะวิกฤต (Prevost, 1997) เพิ่มความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เกิดความสับสน ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) ไม่สามารถควบคุมความคิดได้ สมาธิลดลง มีความ ตั้งใจหรือสนใจกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดลดลง และการใช้เหตุผลไม่ถูกต้องเหมาะสม (Lee, 1998) การเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ (Prevost, 1997) ถ้าสมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงมากเกินไปจะทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Reider, 1994) และทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร (Mitt, 1991)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (Hopkins, 1994; Meijs, 1989) เป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (Bokinskie, 1992) พยาบาลต้องติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) ครอบครัวจะได้รับประโยชน์จากการติดต่อกับพยาบาลมากที่สุด (Vassar & Grogan, 1995) การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวเป็นวิธีการที่สำคัญในการลดความวิตกกังวล เพิ่มความเข้าใจ และความร่วมมือจากครอบครัว (Kathol, 1984) ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเขาจะต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พยาบาลควรให้ข้อมูลต่าง ๆ กับครอบครัวโดยไม่ต้องรอให้เขาซักถามก่อน (Mirr, 1991) นอกจากนี้ พยาบาลควรสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่วัยแรกของการเจ็บป่วย (Reider, 1994)

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional) ด้านข้อมูล (informational) ด้านเครื่องมือ (instrumental) และด้านการประเมินค่า (appraisal) ในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกใช้เฉพาะการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการการสนับสนุนทั้งสองด้านนี้เป็นความต้องการอันดับต้น ๆ ของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บสมองเฉียบพลันของ อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล (2541) พบความต้องการสูงสุด 2 อันดับแรก ได้แก่ การลดความวิตกกังวล และความต้องการด้านข้อมูล และธิดิมา วทานิยเวช (2540) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านอารมณ์เป็นอันดับที่สอง นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) ศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ริชมอนด์และเครก (Richmond & Craig, 1986) กล่าวว่าความต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการบาดเจ็บทางระบบประสาทมีความสำคัญมากในระยะวิกฤต ส่วนความต้องการด้านข้อมูลนั้นครอบครัวผู้ป่วยต้องการตลอดระยะเวลาของการบาดเจ็บ นอกจากนี้หลายการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ความต้องการลำดับแรกคือ ต้องการลดความวิตกกังวล ลำดับที่สองคือ ความต้องการข้อมูล (Breu & Dracup, 1978; Daley, 1984 cited in Meijs, 1989; Stanik, 1990)

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนด้านข้อมูล ว่าเป็นการให้ข้อมูล เพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม โดยการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย ได้แก่ โรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และกฎระเบียบต่าง ๆ ของหอผู้ป่วย ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งเฮาส์ กล่าวว่าเป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด หมายถึงการให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ กระทำได้โดยการแสดงความนับถือในความเป็นบุคคล การแสดงความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจ การแสดงความห่วงใย และการรับฟัง โดยการจัดสถานที่สำหรับพูดคุยปรึกษาที่เป็นกันเองสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยขณะเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวขณะพูดคุย การนำเขาไปเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียง การอยู่ด้วยขณะเยี่ยม การใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก การรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงท่าทีที่เข้าใจ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นและยอมรับพฤติกรรมของเขาที่แสดงออกมา การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการสื่อสารและใช้การสัมผัสที่เหมาะสมเพื่อแสดงถึงความสนใจเอาใจใส่และเอื้ออาทรต่อสมาชิกในครอบครัว การให้ความมั่นใจโดยการบอกให้สมาชิกในครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะที่เขาไม่ได้อยู่ข้างเตียง และตอบคำถามที่เขาซักถามด้วยข้อมูลที่เป็นจริง แนะนำสถานบริการอาหารและสถานที่พักผ่อน ให้หมายเลขโทรศัพท์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์นั้น ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นภายหลังจากได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจง บุคคลเกิดความไว้วางใจผู้ให้การสนับสนุน สามารถระบายความรู้สึกให้กับคนที่เข้าใจความรู้สึกของตน ทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลงได้ (House, 1981)

ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับข้อมูลจากพยาบาลเฉพาะเมื่อเขาซักถาม ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์นั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยจะปฏิบัติตามทักษะของแต่ละคน อาจเนื่องด้วยเวลาที่จำกัด และมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลมาก และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏรายงานการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับผลการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลแก่ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
2. ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนตุลาคม 2543

คำจำกัดความที่ใช้ในการทำวิจัย

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ หมายถึง การให้คำแนะนำ เสนอแนะ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ โรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การให้ความเห็นอกเห็นใจ

ความเอืออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยอาศัยโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมและดำเนินการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์โดยผู้วิจัย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นหรือไม่สบายใจของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ที่มีอยู่ขณะนั้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะเป็อันตรายคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถวัดด้วยแบบวัดความวิตกกังวลตามสภาวะการณ (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 (STAI form Y-1) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger et al., 1983 อ้างใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยธাত্রี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง บุคคลที่ได้รับอันตรายต่อหนังศีรษะ กะโหลก สมอง และเส้นโลหิต ที่ได้รับการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ และรับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้คือบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ธิดา หรือพี่น้องที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยการถามจากสมาชิกในครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่