ISSN 1905-6400

วารสารพยาบาลศิริราช

Siriraj Nursing Journal

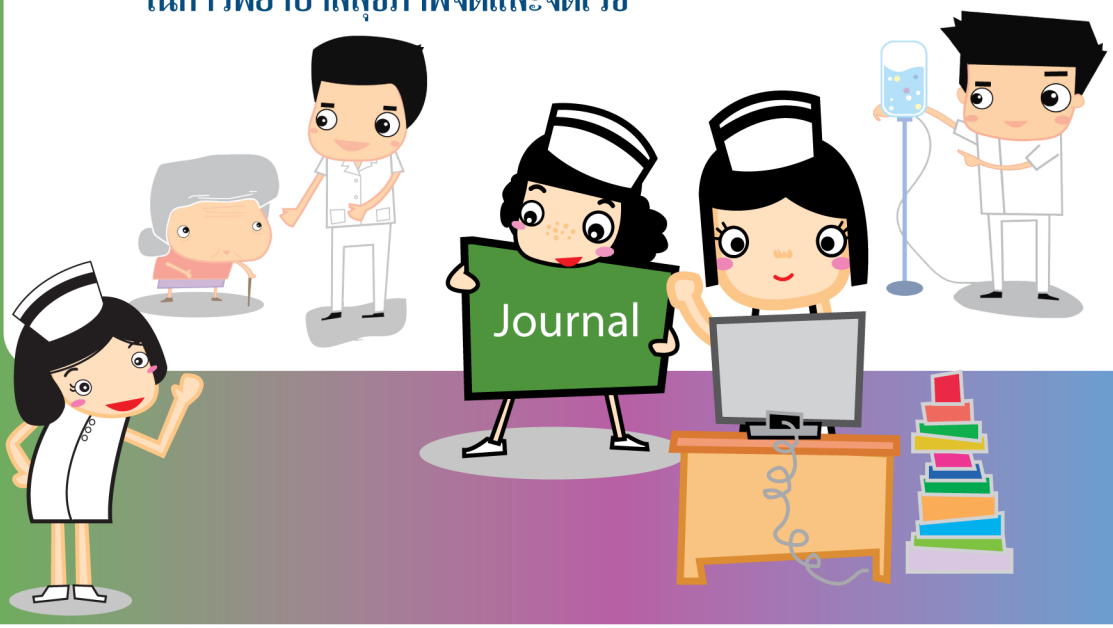
ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2557

รายงานวิจัย

- ผลของการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า
- ผลของโปรแกรม การพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการผ่าตัดช่องท้องในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์ทั่วไป
- ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery
- ความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช

บทความวิชาการ

- แนวคิด กระบวนการ และประโยชน์ของกิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัดในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช



ผลของการประคบอุ่นสันเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวฯ

ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลฯ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมต่อความวิตกกังวลฯ

ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลฯ

ความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุฯ

การจัดการความไม่สุขสบาย การดูแลด้านจิตใจ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การทำงานในแต่ละวันจึงเกิดแนวคิดพัฒนาโปรแกรม แนวทาง วิธีการต่าง ๆ ขึ้นมาเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายเหล่านั้น งานวิจัยในฉบับนี้ก็เช่นกัน การพัฒนาถุงเท้าถั่วเขียวนำมาประคบอุ่นเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดในทารกแรกเกิด การสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต การเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องมาผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการใส่ใจศึกษาความต้องการของญาติขณะรอคอยของผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่พยาบาลทำขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัยเหล่านี้ทำให้กลุ่มผู้ดูแล กลุ่มญาติและผู้ปกครอง ลดความวิตกกังวลและมีความพึงพอใจตามมา

หวังว่าทุกผลงานในวารสารฉบับนี้ จะช่วยสร้างแรงบันดาลใจ ในการพัฒนาการทำงานให้กับผู้อ่านทุกท่าน

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส
ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
ศาสตราจารย์นายแพทย์วิษณุ ธรรมลิขิตกุล

บรรณาธิการบริหาร
นางสาววัฒนา กุลนาถศิริ

บรรณาธิการ
นางสาวจันทนา นามเทพ

กองบรรณาธิการ
นางสาวจงรักษ์ บริสุทธิ์
นางสาวกนกวรรณ ชิมพัฒนานนท์
นางสาวเดือนเพ็ญ กลกิจ
นางสาวพุราภรณ์ ศรีบุญเรือง
นางสาวพัทราภรณ์ จีนกูล
ดร.วรรณวิมล คงสุวรรณ
นางสาววริศรา ตุวยานนท์
นางมยุรี โฆษิตเจริญสุข
นางสาวจันทร์จุรีย์ เขาพินพฤกษ์
นางสาวสุรางค์ วิเศษมณี
นางสาวปิยนุช สายสุขอนันต์
นางสาวจารุณี ลี้ธีระกุล
นางสาวเปี่ยมลาภ โสภาษิต
นางสาวชรัสนิกูล ยิ้มบุญณะ
นางสาวราตรี ฉิมฉลอง

เจ้าของ :
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ
มกราคม-มิถุนายน
กรกฎาคม-ธันวาคม

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ
โทรศัพท์ 0-2881-9890

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม- มิถุนายน 2557

วารสารพยาบาลศิริราช

Siriraj Nursing Journal

รายงานวิจัย

ผลของการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า 1

พรพรรณ พุ่มประดับ และวีณา จีระแพทย์

ผลของโปรแกรม การพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการผ่าตัดช่องท้องในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์ทั่วไป 12

พิมพ์จิตร กาญจนสินธุ์ สกาวรัตน์ พานชูวงศ์ ทัศพร ฤายศ และ พุฑฒิพรรณี วรกิจโภคาทร

ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery 23

เพ็ญปวีณ จตุรพิธโพธิ์ทอง และ ประทุม เสลานนท์

ความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช 34

วราลักษณ์ บุญชัย และจุฬาดา ธนาบดินทร์

บทความวิชาการ

แนวคิด กระบวนการ และประโยชน์ของกิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัด ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 45

ศิริยุพา นันสุนานนท์

ผลของการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า

พรพรรณ พุ่มประดับ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ขณะเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า และหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1, 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกเกิดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37 - 42 สัปดาห์) น้ำหนัก 2,500 – 4,000 กรัม ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องเด็กแรกเกิด จำนวน 70 ราย แล้วผู้วิจัยทำการสุ่มทารกแรกเกิดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวก่อนเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแบบประเมินการตอบสนองความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดตามแบบบันทึกความเจ็บปวด Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) เก็บรวบรวมข้อมูลการตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้วยการบันทึกวีดิทัศน์ขณะเจาะเลือดและหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า วิเคราะห์การตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ในกลุ่มที่ได้รับการประคบส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดหลังการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1, 2 และ 3 ในกลุ่มที่ได้รับการประคบส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียว, การตอบสนองต่อความเจ็บปวด, ทารกแรกเกิด, การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า

The Effects of Warming Heel by Mung Bean Sock on Pain Response In Newborn Receiving Heel

Pornphan Phumpradub
Master of Nursing Science, Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
Professor Dr.Veena Jirapaet
Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Abstract:

This research is an experimental study aiming to investigate the effects of warming heel by mung bean sock on pain response in newborn receiving heel prick in comparison to control group. The subjects included 70 term newborns (gestational age 37 - 42 weeks) with body weight 2,500 - 4,000 grams, who were admitted to nursery ward. They were divided randomly into experimental group and control group, 35 in each group. We monitored them at the time of heel pricking and post-pricking (at 1, 2, 3 minute). Materials used in this project were mainly 1) the manual of heel warming by mung bean sock, which are developed and verified for content validity by researcher and3 specialists, respectively, and 2)the evaluation from of pain monitoring in according to Neonatal Infant Pain Scale(NIPS). Data of pain responses were collected by video recording during and after receiving heel prick, and analyzed by Independent t-test.

The results were follows:

1. The mean score of pain response to heel prick in the newborns getting heel warming by mung bean sock is significantly less than the control group receiving conventional care at $p < 0.05$
2. The mean score of pain response after heel prick at 1, 2 and 3 minute in the newborns getting heel warming by mung bean sock is significantly less than the control group receiving conventional care at $p < 0.05$

Keywords: Warming heel by Mung bean sock, Pain response, Newborn, Heel prick

ความเป็นมาและสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกและอารมณ์ ไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่อถูกทำลาย เป็นผลเสียต่อการทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆที่สำคัญ ความปวดเป็นการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลเพื่อป้องกันอันตรายให้ชีวิต เป็นผลทั้งความรู้สึกของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ[1,2] ทารกแรกเกิดสามารถรับรู้ความเจ็บปวดได้โดยใยประสาทรับความรู้สึกจะเริ่มพัฒนาตั้งแต่ยังอยู่ในครรภ์มารดา เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 7 สัปดาห์ และเมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ระบบประสาทจะพัฒนาขึ้นจนสามารถสื่อกระแสความเจ็บปวดไปยังสมองได้ เมื่อทารกได้รับการบาดเจ็บ กระแสประสาทจะเดินทางไปยังสมองได้ช้ากว่าผู้ใหญ่ แต่ทารกแรกเกิดตัวเล็กกว่าผู้ใหญ่ ทารกแรกเกิดจึงมีความไวต่อความเจ็บปวดมากกว่า[3] ทารกแรกเกิดเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องประสบกับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการการรักษาพยาบาลที่ได้รับหลายหัตถการพบว่าหัตถการที่ทารกต้องประสบบ่อยที่สุด คือ การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า[4,5,6,7,8] ถึงแม้ว่าการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าเป็นหัตถการที่ใช้เวลาเพียงสั้นๆ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบัน มีอาการรุนแรง ก่อความรู้สึกไม่สุขสบาย[2] แต่ทารกไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากเป็นหัตถการที่สำคัญในการเจาะเลือดเพื่อตรวจ การกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดในทารกมีการเปลี่ยนแปลงต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาและทางพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อทารกทั้งผลเสียระยะสั้นและผลเสียระยะยาว[9]

การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า นอกจากความเจ็บปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายแล้ว ยังมีปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของความเจ็บปวดและระยะเวลาของความเจ็บปวดแก่ทารกแรกเกิด โดยเฉพาะจากการหดตัวของหลอดเลือด ที่เป็นสาเหตุของการลดการไหลเวียนเลือดบริเวณส้นเท้า ทำให้เป็นการเพิ่มการบีบเค้นส้นเท้า ทารกเจ็บปวดมากขึ้น[10] ต้องใช้เวลาในการบีบเค้นส้นเท้าเพื่อให้ได้ปริมาณเลือดที่เพียงพอ และก่อให้เกิดความกว้างของรอยช้ำ (bruise) และการบวมของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นตามมา[11]

การบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ทารกแรกเกิดนั้นเป็นการลดความรุนแรงและระยะเวลาที่ทารกได้รับความเจ็บปวด มี 2 วิธี คือ วิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา การลดความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระโดยตรงของพยาบาล[2,9] ซึ่งมีความสำคัญมากเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับทารก เห็นพฤติกรรมการแสดงออกของทารกตลอดเวลา[9] ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาทางเลือกของวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยาให้มีความเหมาะสมที่สุดกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่ขัดกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

การประคบอุ่นส้นเท้า (heel warming) เป็นการเพิ่มอุณหภูมิของผิวหนัง ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดงเล็กและหลอดเลือดฝอย การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ทำให้มีผลต่อการบีบเค้นส้นเท้าลดลง ระยะเวลาจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าลดลง ระยะเวลาการร้องไห้ของทารกลดลง และลดการเจาะเลือดซ้ำจากปริมาณเลือดไม่เพียงพอหรือจากการแตกของเม็ดเลือด[11,12]

เมื่อนำแนวคิดการใช้ถุงถั่วเขียวเพื่อเป็นแหล่งให้ความร้อนแก่ทารกแรกเกิดมาวิเคราะห์ พบว่า ถั่วเขียวที่นำมาใช้นั้นเป็นแหล่งสะสมความร้อนอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า โดยการประดิษฐ์เป็นถุงเท้านั้นต้องดูความเหมาะสมของปริมาณถั่วเขียวที่นำมาใช้ โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมของถุงเท้าถั่วเขียวนั้นต้องไม่เกิน 42 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากความร้อนที่มากเกินไป[8,15,15,17] ทารกแรกเกิดผิวหนังบอบบาง ดังนั้นการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงถั่วเขียวจึงต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดอันตรายต่อทารกการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงถั่วเขียวจึงเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่สิ้นเปลืองและที่สำคัญไม่ขัดกับนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะเจาะเลือด และหลังเจาะเลือด นาทีที่ 1, 2 และ 3

สมมติฐานของการวิจัย

1. การตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ขณะเจาะเลือด ในกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.การตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1, 2 และ 3 หลังการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ในกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงถั่วเขียว

ตามแนวคิดทฤษฎีประตูควบคุมความปวดโดยเมลแซคและวอลล์ (Melzack& Wall, 1965) และแนวคิดการใช้ถุงถั่วเขียวเป็นแหล่งให้ความอบอุ่นในทารกแรกเกิด (Jirapaet K., Jirapaet V., 2005) ประกอบด้วย

1. *ขั้นเตรียมการ*
   - 1.1 จัดเตรียมห้องสำหรับทารกที่ใช้ในการทดลองให้มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ลดการกระตุ้นทารก ได้แก่ ห้องที่เงียบสงบ อุณหภูมิห้องเหมาะสม คือ 26 - 28 องศาเซลเซียส แสงไฟไม่สว่างเกินไป เป็นต้น
   - 1.2 เตรียมทารก โดย ดูแลทารกไม่ให้เปียกชื้น ให้ทารกอยู่ในภาวะตื่นสงบ (quiet alert state) ถอดเสื้อทารกออก
   - 1.3 เตรียมถุงเท้าถั่วเขียวให้อุ่น โดยเข้าไมโครเวฟ ด้วยความร้อน 800 วัตต์ ระยะเวลา 10 วินาที
2. *ขั้นดำเนินการ*
   - 2.1 ก่อนเจาะเลือด ใช้ผ้ารองระหว่างฝ่าเท้าทารกกับด้านในของถุงเท้าถั่วเขียวข้างที่ต้องการเจาะเลือดให้ทารกเป็นเวลา 1 นาที
   - 2.2 ระหว่างการเจาะเลือด ปฏิบัติตามขั้นตอนการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าทารก ดังนี้ เลือกส้นเท้าข้างที่จะเจาะเลือด โดยเลือกข้างที่ไม่เคยได้รับการเจาะเลือด หรือข้างที่มีการบาดเจ็บน้อย จากนั้นทำความสะอาดผิวหนังบริเวณส้นเท้าด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% และใช้ lancet เจาะส้นเท้าลึก 2 มิลลิเมตร เช็ดเลือดหยดแรกออก จากนั้นบีบมือสลับคลายมือเพื่อให้เลือดออกจนกระทั่งเก็บตัวอย่างเลือดได้ 2 หลอด (Capillary tube) แล้วจึงปิดแผลจากการเจาะส้นเท้าด้วยสำลีแห้งและปิดทับด้วยแถบกาวเหนียว (micropore)
3. *ขั้นสิ้นสุด* ดูแลแต่งตัวทารกให้เรียบร้อย นำทารกกลับไปยังที่นอนเดิม

การตอบสนองความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดตามแบบบันทึกความเจ็บปวด

Neonatal Infant Pain Scale (Lawrence et al., 1993)

- ด้านสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการหายใจ
- ด้านพฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ การร้องไห้ แสยะ ปากเบะ จมูกย่น หัวคิ้วย่น ปิดตาแน่น กระสับกระส่าย แขน ขา งอ/เหยียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดแบบอนุกรมเวลา (Interrupted time series with Non-Equivalence Control-Group Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกเกิดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37 - 42 สัปดาห์) น้ำหนัก 2,500 – 4,000 กรัม ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องเด็กแรกเกิดโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2556 – มิถุนายน 2556 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 รายเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ด้วยวิธีการใช้เลขสุ่มจากคอมพิวเตอร์แล้วใส่ซองปิดผนึกเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนกระทั่งได้ทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย และกลุ่มควบคุม 35 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ทารกแรกเกิดครบกำหนด (อายุครรภ์ 37 - 42 สัปดาห์) น้ำหนัก 2,500 – 4,000 กรัม ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องเด็กแรกเกิด เป็นทารกที่มีอายุตั้งแต่ 1 - 6 วัน
2. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางระบบประสาทและไม่มีความพิการแต่กำเนิด
3. ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด
4. ที่แพทย์สั่งเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า
5. ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ ทารกที่มีไข้สูง ให้ออกซิเจน ให้น้ำเกลือ เขียวก่อนเจาะเลือด ภาวะซีด พิการแต่กำเนิด อยู่ในตู้อบ และไม่เป็น case ที่เจาะเลือดซ้ำจากการวิจัยทารกมีการหยุดหายใจหรือมีภาวะเขียวขณะเจาะเลือดหรือหลังเจาะเลือดนาน 3 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวก่อนเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด ได้แก่ วันเดือนปีเกิด น้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์

2.2 แบบประเมินการตอบสนองความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดตามแบบบันทึกความเจ็บปวด Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คู่มือการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงถั่วเขียวก่อนเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากตำรา บทความ และงานวิจัยต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกับ การประคบอุ่นส้นเท้าและการใช้ถุงถั่วเขียวเป็นแหล่งให้ความอบอุ่นในทารกแรกเกิดของ Jirapaet K., Jirapaet V. (2005) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านแล้วนำคู่มือการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงถั่วเขียวก่อนเจาะเลือดบริเวณส้นเท้ามาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินการตอบสนองความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดตามแบบบันทึกความเจ็บปวด Neonatal Infant Pain Scale (Lawrence et al., 1993)มีการทดสอบหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency)โดยวิธี Cronbach's alphas= 0.88 ความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงตามสภาพปัจจุบัน (construct and concurrent validity) โดยวิธี Pearson correlations มีค่าระหว่าง 0.53-0.84 และมีค่าความเที่ยงจากการสังเกต (interrater reliability) โดยวิธี Pearson correlations มีค่าระหว่าง 0.92-0.97 พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงตามสภาพปัจจุบัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย รอทารกแรกเกิดที่หอผู้ป่วย เมื่อมีทารกแรกเกิดที่มีลักษณะตรงตามตามลักษณะประชากรเข้ามารับการรักษา ผู้วิจัยขอพบมารดาของทารกเพื่อแนะนำตนเอง พร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เมื่อมารดา

ของทารกยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดของกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มทารกแรกเกิดเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมทารก ขั้นดำเนินการทดลอง หลังสิ้นสุดการดำเนินการทดลอง

3. ผู้วิจัยนำภาพวีดิทัศน์มาตัดต่อให้เหลือเฉพาะระยะต่างๆ ที่ต้องประเมินการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิด คือ ระยะเริ่มเจาะส้นเท้าในนาทีที่ 1 เป็นต้นไป เพื่อไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่าทารกเป็นกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวหรือเป็นทารกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อตัดต่อภาพเสร็จแล้วจึงนำภาพมาให้ผู้ช่วยวิจัยดู เพื่อประเมินการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิด โดยในการประเมินการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกจะแบ่งช่วงของการประเมินเป็นช่วงละ 1 นาที รวมระยะเวลา 4 นาที ผู้ช่วยวิจัยประเมินการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดทั้งหมด 4 ครั้ง

4. ผู้วิจัยนำค่าคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกที่ประเมินได้มาใช้เป็นข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS for window กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ดังนี้

1. หาค่าความถี่ จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเจ็บปวด
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ณ นาทีต่างๆ ของการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

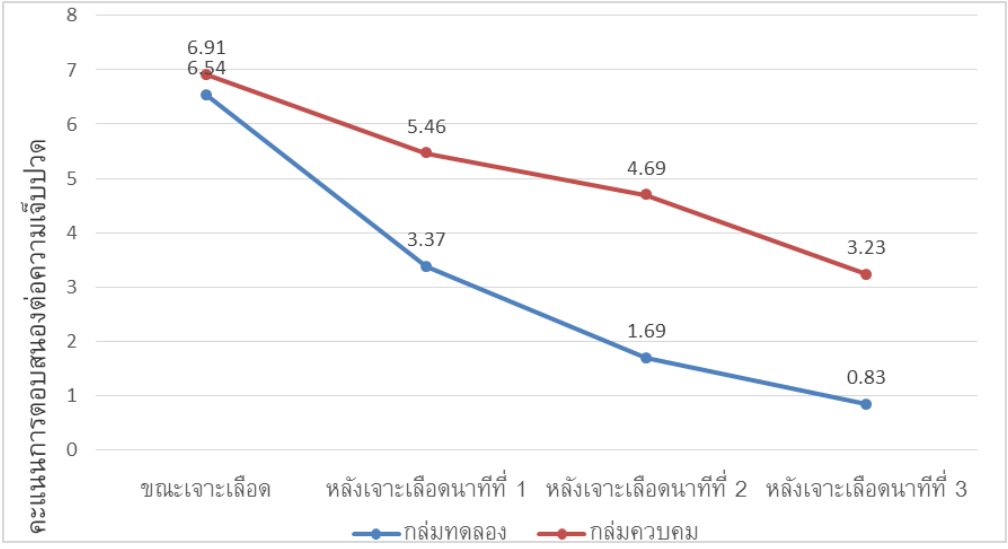
1. กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้ามีจำนวน 70 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 65.7 และเพศหญิงร้อยละ 34.3 กลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวมีจำนวนเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 62.9 และร้อยละ 37.1 ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิดของทารกกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทารกที่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 2,500-3,000 กรัม มีร้อยละ 45.7 และทารกที่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 3,000-4,000 กรัม มีร้อยละ 54.3 อายุครรภ์ของทารกกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ คือ ร้อยละ 34.3 ทารกกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 4 วัน จำนวนมากที่สุด ทั้งกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ คือ ร้อยละ 37.1 และ 51.4 ตามลำดับ

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าขณะเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า และหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1,2 และ 3 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ขณะเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า และหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1, 2 และ 3

ช่วงการทดลอง	ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด		t-test	p-value
	กลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าฯ	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ		
ขณะเจาะเลือด	6.54	6.91	3.0690	.0015
หลังเจาะเลือดนาทีที่ 1	3.37	5.46	3.9200	.000
หลังเจาะเลือดนาทีที่ 2	1.69	4.69	4.7280	.000
หลังเจาะเลือดนาทีที่ 3	0.83	3.23	3.8470	.000

กราฟ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ



อภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 การตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ขณะเจาะเลือด ในกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษา พบว่า ทารกแรกเกิดที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงเล็กน้อย เนื่องจากในการศึกษานี้มีตัวกระตุ้นแรกที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดคือการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบกับตัวรับความรู้สึกแล้วเปลี่ยนเป็นสัญญาณประสาทผ่านไปตามใยประสาทรับความรู้สึกเพื่อไปที่ไขสันหลัง แล้วไปแปลผลความหมายของสิ่งเร้าที่สมองในระบบรับความรู้สึกของร่างกาย[2] กล่าวคือเมื่อใช้แลนเซทเจาะส้นเท้าทารก ปลายประสาทรับความเจ็บปวดจะหลั่งสารเคมีออกไปกระตุ้นปลายประสาทอิสระ ทำให้เกิดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปตามใยประสาท เอ-เดลต้า เป็นใยประสาทขนาดเล็กที่มีไมอีลินหุ้ม ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บแปล๊บ (sharp pain) ทันที ในขณะเดียวกันสัญญาณความเจ็บปวดก็ถูกส่งไปยังใยประสาทซี ซึ่งเป็นใยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีไมอีลินหุ้ม จึงเกิดความรู้สึกปวดตุ๊บๆ (dull pain) ตามมา[19] เมื่อสัญญาณความเจ็บปวดถูกส่งต่อไปยังไขสันหลังส่วนซับสแตนเทีย เจลาทิโนซ่า (Substantia gelatinosa) ไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทารกแรกเกิดอายุครรภ์ครบกำหนด เกี่ยวข้องกับระดับการตื่น การร้องไห้[15] หลังจากนั้นสัญญาณความเจ็บปวดจะถูกส่งต่อไปยังสมองส่วนกลางสู่ส่วนธาลามัส จากนั้นมีการเปลี่ยนสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ประสาทในเปลือกสมอง เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดจะตัดสินใจตอบสนองต่อความปวดนั้น [2]ซึ่งการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกแรกเกิดนั้นจะมีการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา และทางด้านพฤติกรรม[2,15] นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดระบบประสาทยังไม่สมบูรณ์ และทารกมีระยะห่างระหว่างเซลล์ประสาทและระยะห่างระหว่างกล้ามเนื้อและเซลล์ประสาทสั้น ส่งผลให้กระแสประสาทถูกส่งผ่านได้เร็วและการส่งกระแสประสาทเกิดขึ้นครบถ้วน[15]

การเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านอกจากความเจ็บปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายแล้ว ยังมีปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของความเจ็บปวดและระยะเวลาของความเจ็บปวดแก่ทารกแรกเกิดโดยเฉพาะจากการหดตัวของหลอดเลือด ที่เป็นสาเหตุของการลดการไหลเวียนเลือดบริเวณ ส้นเท้า ส่งผลให้ต้องเพิ่มการบีบเค้นส้นเท้าเพื่อให้ได้ปริมาณเลือดที่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกเจ็บปวดมากขึ้น การบีบเค้นส้นเท้าเป็นการเพิ่มการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของ ทารก[10] ก่อให้เกิดความกว้างของรอยช้ำ (bruise) และการบวมของเนื้อเยื่อตามมา[11] โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ทารกแรกเกิดอายุครรภ์ครบกำหนด อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ซึ่งระบบประสาทยังไม่สมบูรณ์ และทารกมีระยะห่างระหว่างเซลล์ประสาทและระยะห่างระหว่างกล้ามเนื้อและเซลล์ประสาทสั้น ส่งผลให้กระแสประสาทถูกส่งผ่านได้เร็ว เมื่อเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าด้วยแลนเซททำให้เกิดการส่งสัญญาณความเจ็บปวดทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บแปล๊บทันทีส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทารกแรกเกิด เกี่ยวข้องกับระดับการตื่น การร้องไห้ ร่วมกับมีการบีบเค้นส้นเท้าเพื่อให้ได้ปริมาณเลือดที่เพียงพอขณะเจาะเลือด จึงทำให้การตอบสนองต่อความเจ็บปวดระหว่างทารกแรกเกิดที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าน้อยกว่าทารกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานที่ 2 การตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดนาทีที่ 1, 2 และ 3 หลังการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ในกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดหลังการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1, 2 และ 3 ของทารกแรกเกิดที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวเป็นการเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณส้นเท้า เป็นการลดความรุนแรงและ

ระยะเวลาการทำหัตถการแก่ทารก[16,18] จากการศึกษาของ McIntosh, Veen and Brameyer (1994) พบว่าการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านอกจากความเจ็บปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายแล้ว ยังมีปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของความเจ็บปวดและระยะเวลาของความเจ็บปวดแก่ทารกแรกเกิดโดยเฉพาะจากการหดตัวของหลอดเลือด ที่เป็นสาเหตุของการลดการไหลเวียนเลือดบริเวณส้นเท้า ทำให้เป็นการเพิ่มการบีบเค้นส้นเท้าเพื่อให้ได้ปริมาณเลือดที่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกเจ็บปวดมากขึ้น การบีบเค้นส้นเท้าเป็นการเพิ่มการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารก และเป็นวิธีการที่ไม่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติแก่ทารกแรกเกิดบ่อยๆ[17]

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียว โดยใช้หลักการนำความร้อนเฉพาะที่บริเวณส้นเท้า เพื่อเพิ่มอุณหภูมิของผิวหนัง ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดงเล็กและหลอดเลือดฝอย การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ทำให้การบีบเค้นส้นเท้าลดลง ระยะเวลาการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าลดลง ผลการศึกษาพบว่า ทารกแรกเกิดที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังเห็นได้จากตาราง 1 หลังการเจาะเลือดนาทีที่ 1 ทารกแรกเกิดที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดลดลงจากขณะเจาะเลือดมากกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ และลดลงอีกในนาทีที่ 2 และ 3 หลังการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าจาก 6.54 เป็น 3.37, 1.69 และ 0.83 ตามลำดับ

ในขณะเดียวกันความแตกต่างของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของทารกแรกเกิดที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1, 2 และ 3 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ทารกแรกเกิดที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวมีคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1 จาก 6.54 เป็น 3.37 ความแตกต่างของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดเท่ากับ 3.17 ส่วนทารกแรกเกิดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดหลังเจาะเลือดบริเวณส้นเท้านาทีที่ 1 จาก 6.91 เป็น 5.46 ความแตกต่างของคะแนนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดเท่ากับ 1.45

แสดงให้เห็นว่าการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวสามารถลดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การบรรเทาความเจ็บปวด คือ เป็นการลดความรุนแรงและระยะเวลาที่ทารกได้รับความเจ็บปวด และไม่ขัดกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียว เป็นการบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยาที่มีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติการพยาบาลก่อนการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวสามารถลดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าได้ จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการบรรเทาความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า และแนะนำการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาเปรียบเทียบผลของการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า

2.2 ศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า ในทารกกลุ่มที่ได้รับการประคบอุ่นส้นเท้าด้วยถุงเท้าถั่วเขียวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2.3 ศึกษาปริมาณของถั่วเขียว และเวลาที่ใช้ในการอุ่นถั่วเขียว เพื่อให้สามารถนำไปใช้เพิ่มการไหลเวียนเลือดได้มากขึ้น และลดระยะเวลาในการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความใจใส่ ทุ่มเท รวมทั้งให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาตรวจและแก้ไขเครื่องมือวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น รวมทั้งพี่ๆ น้องๆ ที่ทำงานที่เป็นกำลังใจผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

บรรณานุกรม

1. อมรรัชช์ งามสวย และ ฐิติมา สุขเลิศตระกูล. ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็ก. การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. เชียงใหม่ : บริษัท นันทพันธ์พริ้นติ้ง จำกัด, 2553.
2. ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก : การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท, 2546.
3. Dilen, B., and Elseviers M. Oral Glucose Solution as Pain Relief in Newborn: Results of a Clinical Trial. Birth Issues in Perinatal Care 37 (June 2010): 98-105.
4. Codipietro, L., Ceccarelli, M. and Ponzone, A. Breastfeeding or Oral Sucrose Solution in Term Neonates Receiving Heel Lance: A Randomized, Controlled Trial. The American Academy of Pediatrics 122 (September 2008): e716-e720.
5. Sahebihagh, M. H., Hosseinzadeh, M., Mohammadpourasl, A., and Kosha, A. The effect of breastfeeding, oral sucrose and combination of oral sucrose and breastfeeding in infant's pain relief during vaccination. (January 2011): 1-6.
6. Ozdogan, T., Akman, I., Cebeci, D., Bilgen, H. ,and Ozek, E. Comparison of two doses of breast milk and sucrose during neonatal heel prick. Pediatrics International 52 (2010): 175-179.
7. Patel, A.,Czerniawski, B., Gray, S., and Lui, E. Does topical amethocaine gel reduce pain from heel prick blood sampling in premature infants? A randomized double-blind cross-over controlled study. Pediatric Child Health 8 (April 2003): 222-225.
8. Johnson, C.C. et.al. Enhanced kangaroo mother care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial. Journal of Perinatology 29 (2009): 51-56.
9. ทัศนียา วังสะจันทานนท์. การลดความเจ็บปวดในทารกที่ได้รับการทำหัตถการ : บทบาทของพยาบาลเด็ก.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 7. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2542): 24-27.
10. McIntosh, N., Veen, L. V., and Brameyer, H. Alleviation of the pain of heel prick in preterm Infants. Archives of Disease in Child 70 (1994): F1 77-F 181.
11. Morrow, C., Hidinger, A., and Faulk, D.W. Reducing Neonatal Pain during Routine heel Lance Procedures. MCN journal 35 (November 2010): 346-354.
12. Jain, A., Rutter, N., and Ratnayaka, M. Topical amethocaine gel for pain relief of heel prick blood sampling: a randomized double blind controlled trial. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 84 (2001) : F56-F59.

13. Jirapaet, K.,and Jirapaet, V. Assessment of Cereal-Grain Warming Pad as a Heat Source for Newborn Transport. J Med Assoc Thai.(2005): S203-10.

14. Lawrence, J. A. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal network. (1993).

15. Anand, K.J.S. and Hickey, P.R. (1987). Pain and Its Effects in the Human Neonate and Fetus. The new England journal of Medicine 317 (1987): 1321-1329.

16. Baston, H. The Guthrie test. The Practicing Midwife 5 (2002): 32-5.

17. Lindh, V., Wiklund, U., and Hakansson, S. Heel lancing in term new-born infants; an evaluation of pain by frequency domain analysis of heart rate variability. International Association for the Study of Pain 80 (1999): 143-148.

18. Meltes, S. Skin-Puncture and Blood-Collecting Technique for Infants: Update and Problems. Clinical Chemistry 34 (1988): 1890-1894.

19. ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2532). ความเจ็บปวด ประสาทสรีรวิทยาและพยาธิสรีรวิทยา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผลของโปรแกรม การพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตภายหลังการผ่าตัดช่องท้องในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์ทั่วไป

พิมพ์จิตร กาญจนสินธุ์, พย.บ.*
สกาวรัตน์ พานชูวงศ์, พย.บ.*
ทัศพร ฤายศ, พย.บ.*
ศ.คลินิก พญ.คุณหญิงพุฑฒิพรรณี วรกิจโภคาทร**

**พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช*
***อาจารย์ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยม ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวอายุ 18 ปีขึ้นไป ของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยม เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แบบวัดความวิตกกังวลหลังการเข้าเยี่ยมวันที่ 3 และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการเข้าเยี่ยมวันที่ 3 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ = 39.70, SD = 9.53 และ $\overline{X}$ = 48.90, SD = 12.56, t = 2.60, p < .05 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ = 56.60, SD = 4.68 และ $\overline{X}$ = 46.15, SD = 7.55, t = 5.30, p < .05 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : การสนับสนุนการเยี่ยม ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการพยาบาล สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

Effects of Visitation Facilitation Nursing Program on Anxiety and Satisfaction in Family Member of Critical Patient after Abdominal Operation in General Surgical Intensive Care Unit

Pimjit Kanjanasint, B.N.S.*
Skaorat Panchoowong, B.N.S.*
Tassaporn Lueyos, B.N.S.*
Puttipannee Vorakitpokatorn**

**Registered Nurse, Surgical and Orthopedic Nursing Division, Nursing Department, Siriraj Hospital*
***Clinical Professor, Department of Anesthesiology , Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

Abstract:

Purpose: Determine the effects of visitation facilitation nursing program on anxiety and satisfaction to family member of critical patient after abdominal operation.

Designs: Quasi-experimental study

Method: The sample must be family member with age more than 18 years of critical patient who had abdominal operation. The samples were divided into 2 groups with 20 patients each. The control group was received usual care. The experimental group was received the visitation facilitation nursing program. The research instruments were the pre-visitation anxiety inventory, post-visitation anxiety in day 3 and satisfaction in nursing quality questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistic, chi-square test and t-test.

Result: The results showed visitation anxiety scores of post-visitation (day 3) from the experimental group is significantly lower than the control group ($\overline{X}$ = 39.70, SD = 9.53 and $\overline{X}$ = 48.90 SD = 12.56, t = 2.60, $p < .05$ respectively) The nursing quality satisfaction scores in the experimental group is significantly higher than the control group ($\overline{X}$ = 56.60, SD = 4.68 and $\overline{X}$ = 46.15 SD = 7.55, t = 5.30, $p < .05$ respectively)

Keywords: Visitation facilitation, Anxiety, Satisfaction in nursing quality, Family member of critical patient

ความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นอันตรายหนึ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว โดยไม่คำนึงถึงทักษะการเผชิญปัญหาของครอบครัว[1] เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต นับเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวด้วย[2] ขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทุ่มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้องทำให้ร่างกายทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมาได้[3] การที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่คุกคามต่อผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลในระดับสูง

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในปี 2552 ของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาสตร์ทั่วไปโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการผ่าตัดด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร ระบบหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องซึ่งถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 72 ชั่วโมง จากการศึกษาของ Tracy และคณะ[4] พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลในระดับสูง โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรก

ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เกิดจากการที่ไม่ทราบวิธีการเข้าพบผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ความกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวด หรือเสียชีวิต การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และเทคโนโลยีที่ทันสมัย กฎระเบียบต่างๆ การถูกจำกัดให้รอคอย การขาดรายได้และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ความรู้สึกว่าตนไม่มีประโยชน์ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การได้รับข้อมูลความรุนแรงของสภาวะผู้ป่วยของทีมสุขภาพที่ซับซ้อนเข้าใจยาก ร่วมกับการที่พยาบาลที่มุ่งให้ความสนใจในการดูแลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยมากกว่าให้ความสนใจสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย นับเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากแก่สมาชิกครอบครัว[4,5] สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลมากที่สุด[6]

จากการทบทวนการพยาบาลของหน่วยงานที่ต่อสมาชิกครอบครัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการให้การพยาบาลยังไม่เป็นระบบ และไม่ชัดเจนต่อผู้ปฏิบัติงาน และไม่ครอบคลุมความต้องการของสมาชิกครอบครัว จากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานที่ผ่านมา พบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับ สถานที่ การปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม คำอธิบายเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจากบุคลากรมุ่งเน้นการให้การพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องการการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด

การให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญต่อภาวะวิกฤตจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ล้วนเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างอิสระ โดยเฉพาะด้านการช่วยลดความวิตกกังวลจากการที่ครอบครัวรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วยิ่งขึ้น[7] และเพิ่มความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาลด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา ปรับเปลี่ยนรูปแบบการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้ป่วยเองและสมาชิกครอบครัว และเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน

จากแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต Leske[8] แนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly[9] และแนวคิดการเตรียมบุคคลที่จะพบกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Leventhal and Johnson[10] นำมาสร้างการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน โดยมีขั้นตอนการพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ดังนี้

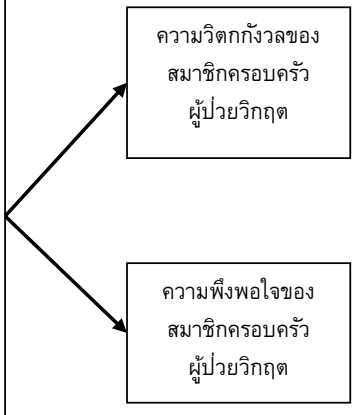
ขั้นตอนที่ 1
การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนเข้าเยี่ยม (Preparatory information)

ขั้นตอนที่ 2
การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity)

ขั้นตอนที่ 3
การให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (Assurance) จากแพทย์และพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4
การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participation) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 5
การให้กำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความกังวลต่างๆ และให้กำลังใจในการเผชิญความเครียด และแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ



วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยศาตร์ทั่วไป โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

- มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา /มารดา สามี/ภรรยา บุตร พี่/น้อง และมีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด
- มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกในระดับปานกลางขึ้นไป (วัดความวิตกกังวลด้วย State-Trait Anxiety Inventory (STAI MANUAL) Form Y-1 ฉบับภาษาไทย[11] ต้องได้คะแนน $\geq$ 40)
- มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และการโต้ตอบเป็นปกติ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ
- ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยใช้ APACHE Score มากกว่า 15 คะแนน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม nQuery Advisor โดยมีขนาดของอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.75 ซึ่งคำนวณจากศึกษาของสุทธิณี วัฒนกุล[12] ค่าแอลฟา เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นแล้วจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับ Intervention คือแผนการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การพยาบาลการสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน แผนการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน วิดิทัศน์เรื่องคำแนะนำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต และแผ่นพับการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนาสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และความรุนแรงของโรค (APACHE Score)

2.3 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (Spielberger, 1983) ฉบับภาษา ไทยแปลโดย บุญเพียร จันทวัฒนาและคณะ[11] ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 10 ข้อ คำถามแต่ละข้อให้เลือกตอบโดยประเมินตนเองว่ามีความรู้สึกในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากให้ 4 คะแนน ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบปานกลางให้ 3 คะแนน ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อยให้ 2 คะแนน และความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน โดย

20-39 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ

40-59 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลปานกลาง

60 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

2.4 แบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน สอบถามความพึงพอใจ 5 ด้านได้แก่ พฤติกรรมบริการ การให้บริการพยาบาล การดูแลเกี่ยวกับการบรรเทาปวด การให้ข้อมูลและสิทธิผู้ป่วย ความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และพฤติกรรมการบริการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน ส่วนแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ที่ได้ปรับปรุง แก้ไขสมบูรณ์แล้ว นำไปหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.92

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และระยะเวลาในการเข้าร่วมการงานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัย หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบ 20 คนแล้วจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 20 คน โดย

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการเข้าพบจำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตกกังวล ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยพบกันอีกครั้งในวันที่ 3 หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และตอบคำถามหรือข้อสงสัยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นไปตามทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคลตลอดระยะเวลา 3 วัน

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 และขอให้ตอบแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาล และแบบประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการเข้าพบจำนวน 3 วัน

<u>วันที่ 1</u>

(1) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ให้กลุ่มทดลองตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตกกังวล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

(2) ผู้วิจัยเริ่มการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน เริ่มจากการนำกลุ่มทดลอง เข้าเยี่ยมผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ดูแลให้สมาชิกครอบครัวได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการหลังการผ่าตัดและแนวทางการรักษา

(3) ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองไปห้องให้คำปรึกษาที่จัดเป็นส่วนตัว ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยดูวิดิทัศน์ เรื่อง คำแนะนำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ตามการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน พร้อมมอบแผ่นพับเพื่อให้อ่านทบทวนภายหลังได้ ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 25-30 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และนัดหมายกับกลุ่มทดลองในวันที่ 2

<u>วันที่ 2</u>

(1) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและพาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียง ประเมินความพร้อมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย แนะนำและกระตุ้นด้วยการเรียกผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจ และการสัมผัสผู้ป่วย หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจะอธิบายและสาธิตการร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดหน้า การหวีผม การช่วยออกกำลังกาย แขน ขา และให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลงมือปฏิบัติพร้อมๆ กับผู้วิจัยทีละกิจกรรม โดยผู้วิจัยส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการซักถามพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ถึงความรู้สึกในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

(2) ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองเข้าห้องให้คำปรึกษาที่จัดเป็นส่วนตัว พูดคุยกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฟังที่ดีรับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ตลอดจนช่วยแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ต่างๆที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการและสามารถหาได้จากหน่วยงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล และนัดหมายพบกลุ่มทดลองในวันที่ 3

<u>วันที่ 3</u> ผู้วิจัยสอบถามสิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการ พูดคุยและรับฟังด้วยความเข้าใจ ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และขอให้ตอบแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาล และแบบประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

วิธีการดำเนินการปกป้องสิทธิของผู้ถูกวิจัย

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลรหัสโครงการ 522/ 2552(EC4)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การทดสอบ chi-square เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างและคะแนนความวิตกกังวล การทดสอบ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 55 เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 สถานภาพเป็นหม้าย ร้อยละ 50 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35 รายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 35.0 APACHE Score ของผู้ป่วย 16-20 คะแนน ร้อยละ 70 เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง n= 40		กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) $\chi 2$ = 2.1 p=.33						
20-40	16	40.0	8	40.0	8	40.0
41-60	22	55.0	10	50.0	12	60.0
>60	2	5.0	2	10.0	0	0.0
เพศ $\chi 2$ = .62 p=.69						
ชาย	8	20.0	5	25.0	3	15.0
หญิง	32	80.0	15	75.0	17	85.0
สถานภาพสมรส $\chi 2$ = 1.20 p=.54						
โสด	16	40.0	8	40.0	8	40.0
หม้าย	20	50.0	11	55.0	9	45.0
หย่า/แยก	4	10.0	1	5.0	3	15.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย $\chi 2$ = 7.64 p=.054						
บิดา/มารดา	1	2.5	0	0.0	1	5.0
สามี/ภรรยา	9	22.5	8	40.0	1	5.0
บุตร	25	62.5	10	50.0	15	75.0
พี่น้อง	5	12.5	2	10.0	3	15.0
การศึกษา $\chi 2$ = 3.78 p= .28						
ประถมศึกษา	7	17.5	4	20.0	3	15.0
มัธยมศึกษา	8	20.0	3	15.0	5	25.0
ปริญญาตรี	19	47.5	8	40.0	11	55.0
สูงกว่าปริญญาตรี	6	15.0	5	25.0	1	5.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง n= 40		กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n=20	
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
อาชีพ $\chi 2$ **= 5.1 p=.52**						
เกษตรกรรม	4	10.0	2	10.0	2	10.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	30.0	7	35.0	5	25.0
รับจ้าง	14	35.0	7	35.0	7	35.0
ค้าขาย	2	5.0	2	10.0	0	0.0
แม่บ้าน	5	12.5	1	5.0	4	20.0
ส่วนตัว	3	7.5	1	5.0	2	10.0
รายได้ $\chi 2$ **= 3.66 p=.45**						
0-5,000	11	27.5	5	25.0	6	30.0
5,001-10,000	2	5.0	2	10.0	0	0.0
10,001-15,000	7	17.5	2	10.0	5	25.0
15,001-20,000	6	15.0	3	15.0	3	15.0
>20,000	14	35.0	8	40.0	6	30.0
APACHE Score ของผู้ป่วย $\chi 2$ **=.64 p=.72**						
16-20	28	70.0	13	65.0	15	75.0
21-25	8	20.0	5	25.0	3	15.0
26-30	4	10.0	2	10.0	2	10.0

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการเข้าเยี่ยมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการเข้าเยี่ยมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ = 39.70, SD = 9.53 และ $\overline{X}$ = 48.90 SD = 12.56, $t = 2.60$, $p < .05$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{X}$ = 56.60, SD = 4.68 และ $\overline{X}$ = 46.15 SD = 7.55, $t = 5.30$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	t	p
Pre-anxiety	56.85	11.09	62.80	10.29	1.75	.08
Post- anxiety	48.90	12.56	39.70	9.53	2.60	.01
Satisfaction	46.15	7.55	56.65	4.68	5.30	.00

อภิปรายผลการวิจัย

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดช่องท้อง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลก่อนการเข้าเยี่ยมตามความต้องการของสมาชิกครอบครัว ตั้งแต่ครั้งแรกของการเยี่ยม สมาชิกครอบครัวได้รับทราบข้อปฏิบัติการเข้าเยี่ยม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วย ทำให้ลดความวิตกกังวลในการเข้าไปในสถานที่ที่ไม่คุ้นชิน ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลพร้อมทั้งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยโดยได้รับการชี้แจงจากแพทย์เจ้าของไข้ ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และสามารถถามข้อสงสัยได้จากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้เข้าใจอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบกับวิธีการให้ข้อมูลด้วยวิดิทัศน์เรื่องคำแนะนำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่มีทั้งภาพและเสียงเป็นการกระตุ้นการรับรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น และการได้รับแผ่นพับการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถนำไปอ่านทำความเข้าใจภายหลัง การให้ข้อมูลและประเมินความเข้าใจเป็นระยะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถรับรู้ แปลความหมายต่อสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวลและลดการจินตนาการไปเองในทางที่ไม่ดี[1] เกิดการรับรู้ต่อสถานการณ์อย่างถูกต้อง เกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดี มีเวลาในการเตรียมตัวพบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น[10] สอดคล้องกับแนวคิดของ Leske[8] การให้ความช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลนั้นควรใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน ทำอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผล จึงจะทำให้ได้ผลดีมากที่สุด

การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมตามความเหมาะสม การอธิบายและสาธิตให้สมาชิกครอบครัวมีได้ส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเช็ดหน้า หวีผม การออกกำลังแขน ขา แนะนำวิธีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การกระตุ้นสัมผัสและพูดให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกสบายใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย ลดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้[1] และการที่พยาบาลแนะนำตนเองตั้งแต่ครั้งแรกทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อสมาชิกครอบครัว ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการอธิบายข้อมูลต่างๆ แสดงท่าทีรับฟัง ปลอบใจและให้กำลังใจ ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความไว้วางใจ กล้าระบายความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพิจารณาหาแนวทางที่จะเผชิญความเครียดที่เหมาะสมตามความสามารถของตนเอง เป็นผลให้ความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ อาการตื่นตระหนก และความวิตกกังวลลดลงได้[13]

กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลที่ดูแลเท่าที่จำเป็น ในเวลาที่สะดวก และตามทักษะของพยาบาลแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์[7] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล โดยโปรแกรมที่ใช้พัฒนาจากแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leventhal และ Johnson แนวคิดความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske และแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัววิกฤตในกลุ่มทดลอง มีการปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมสามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธินี วัฒนกุล[10] ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบว่า

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวลหลังการเข้าเยี่ยมต่ำกว่าก่อนการเข้าเยี่ยม และมีความวิตกกังวลหลังการเข้าเยี่ยมต่ำกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน มีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าหัวข้อการประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแผนการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ตามกรอบแนวคิดความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เมื่อความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนอง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับ Chien และคณะ[14] ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตลดลง และเพิ่มความพึงพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่าการได้รับการพยาบาลตามแบบปกติ ที่ได้รับข้อมูลตามความจำเป็นในเวลาที่สะดวกของพยาบาลและข้อมูลที่ได้รับขึ้นอยู่ทักษะของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน สามารถทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยระยะวิกฤตของผู้ป่วย นับเป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลทางจิตสังคมในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลควรนำแผนการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมาใช้ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ทางด้านผลลัพธ์อย่างสูงสุดทั้งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและตัวผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดการเผชิญความเครียด ความวิตกกังวลที่ถูกต้องและสามารถปรับตัวได้ เพื่อสามารถให้การดูแลและเป็นกำลังใจ สนับสนุนแก่ผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลต่อไป และสามารถสร้างความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลได้

สำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาแนวคิดรูปแบบอื่นๆ เพื่อพัฒนาการพยาบาลสนับสนุนการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งศึกษาความต้องการและปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและการบำบัดทางการพยาบาลที่ช่วยแก้ไขปัญหานั้นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและคณะ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ศ.คลินิก พญ. คุณหญิงพุฑฒิพรรณี วรกิจโภคาทร ที่ปรึกษาการทำวิจัย พว.วรรณี แย้มชุติ และ รศ.สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ ผศ.ดร.จุฬาลักษณ์ โกมลตรี ให้คำปรึกษาระเบียบวิธีวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย คณะทำงานส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ ส่งเสริมสนับสนุน และให้คำแนะนำการเขียนรายงานวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัวและพี่น้องพยาบาลทุกท่าน ที่ให้ความห่วงใยและเป็นกำลังใจกับผู้วิจัยและคณะมาตลอด

บรรณานุกรม

1. Hickey M. Psychosocial Needs of families. In: Cloches JM, Breu C, Cardin S, Rudy EB, Whittaker AA, editors Critical Care Nursing. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p. 91-101.
2. Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting critical care units. Nursing Review (Ireland) 1996; 15(1): 9-14.
3. Horn EV, Tesh A. Impact of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. Dimensions of Critical Care Nursing 2000; 19(4): 40-9.

4. Tracy J, Fowler S, Magarelli K. Hope and anxiety of individual family member of critical ill adults. Applied Nursing Research 1999; 12(3): 121-7

5. Maxwell K, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family member of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. Heart & Lung-The Journal of Acute and Critical Care 2007; 36(5): 367-76.

6. มณทิพย์ ปฏิทัศน์. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติในผู้ป่วยวิกฤต [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

7. อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง, นรลักขณ์ เอื้อกิจ, และชนกพร จิตปัญญา. ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤติต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2550; 19 (2): 98-111.

8. Leske JS. Intervention to decrease family anxiety: protocols for practice. Critical Care Nurse 2002; 22(6): 61-5.

9. Daly JM. Visitation Facilitation. In Bulechek GM, McCloskey JC, editors. Nursing intervention: effective nursing treatment. Philadelphia: WB Saunders; 1999: p.650-7.

10. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimental: Development of a theory of self - regulation. In Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral science and nursing theory. St. Louis: Mosby; 1983: p.189-262.

11. บุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ. ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 2544; 1: 26-35.

12. สุทธินี วัฒนกุล. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2548; 17(2): 36 - 41

13. Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. The American Psychologist 2000; 55(6): 665-673.

14. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs based education program for family cares with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies 2006; 43: 39-50

ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery

เพ็ญปวีณ จตุรพิธโพธิ์ทอง, พย.บ.
ประทุม เสลานนท์, พย.บ.

พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery

รูปแบบการวิจัย : การศึกษากึ่งทดลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองหรือบิดามารดาที่พาบุตรมารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ณ หน่วยผ่าตัดศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน โดยกลุ่มทดลองจำนวน 52 คน จะได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 วันก่อนผ่าตัด ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรค สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และดูแลหลังผ่าตัด รวมทั้งการตอบข้อซักถามต่างๆ ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 48 คน จะได้รับการพยาบาลตามปกติ การประเมินความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กใช้แบบประเมิน The Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบราคเท่ากับ 0.87 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์ T-test

ผลการวิจัย : พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดามารดาก่อนการให้ข้อมูลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (8.38 และ 7.13) หลังจากการได้รับข้อมูลจากพยาบาล ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดามารดากลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (5.29 และ 6.38) ($p = 0.156$) อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ($p > 0.05$)

สรุป : การพยาบาลก่อนผ่าตัดยังคงมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดามารดา การให้ข้อมูลที่เพียงพอและการตอบข้อซักถามของแต่ละบุคคลสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดามารดาได้

คำสำคัญ : ระยะก่อนผ่าตัด ความวิตกกังวล การเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ การผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery

The Effect of Pre-operative Visiting by Phone call on anxiety in Caregivers of Pediatrics Undergoing outpatient surgery at Pediatric Surgery Department by Ambulatory surgery

Penpaween Chaturapitphothong, B.N.S.
Pratoom Salanon, B.N.S.

Registered Nurse, Perioperative Nursing Division, Nursing Department, Siriraj Hospital

Abstract:

Purpose: This research aimed to determine the effect of pre-operative visiting by phone call on parental anxiety in caregivers of Pediatrics undergoing ambulatory surgery.

Designs: Quasi-experimental design

Methods: The sample group consisted of 100 parents who brought their child to Pediatric Surgery Unit, Siriraj hospital. All of patient require intervention under general anesthesia as Ambulatory surgery at Siriraj Hospital. Experimental group is Fifty-two parents who receive pre-operative information by phone call from the nurse on the day before surgery. The instruction is about the nature of disease, environment in the operative theater, pre-operative preparation and post-operative care. Moreover, the individual questions should be solved initially by the nurse. The controlled group is 48 parents, who receive standard nursing approach on the day of surgery. The parental anxiety was evaluated using The Hospital Anxiety and Depression Scale was used to determine anxiety level of all participants (cronbach's alpha = 0.87). The data was collected immediately at out-patient clinic after parents decide to allow their child receives the treatment, and then another evaluation was performed on the day of surgery. Data was analyzed in term of descriptive statistics and analysis of t-test.

Results: The experimental and control group was shown that the mean parental anxiety level at pre-giving information of the experimental group is higher than controlled group. (8.38 VS 7.13) After receiving information from nurse, the mean parental anxiety level of the experimental group is lower than the controlled group. (5.29 VS 6.38) (p=0.156) Although, there is no significant different between two group.

Conclusion: Pre-operative nursing care still has an influence on parental anxiety. Giving adequate information and answering individual questions could relieve anxiety of parents.

Keywords: Preoperative phase, Anxiety, Pre-operative Visiting by Telephone, Same day surgery

ความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตและก่อให้เกิดความวิตกกังวลในมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นการทำผ่าตัดเล็ก หรือใหญ่ และไม่ว่าจะทราบหรือไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อนก็ตาม ถ้าเด็กจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ไม่เพียงแต่เด็กจะเกิดความวิตกกังวล แต่ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดากลับมีความวิตกกังวลยิ่งกว่าเมื่อบุตรจะต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งนับได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ (Crisis) ที่ยิ่งใหญ่สำหรับผู้ป่วยเด็กรวมทั้งบิดามารดาตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เด็กมีอายุต่ำกว่า 1 ปี และไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดมาก่อน ยิ่งทำให้ผู้ที่ดูแลเด็กมีระดับความวิตกกังวลมากขึ้น[2]

ความวิตกกังวลถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่พบอยู่เสมอในชีวิตซึ่งเป็นสถานการณ์ของความคับข้องใจ ความขัดแย้ง หรือภาวะเครียดที่คุกคามต่อความมั่นคงทางร่างกายและจิตใจ จึงมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข เช่น รู้สึกหวาดหวั่นหวาดกลัว ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ เป็นต้น[3] ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กที่ต้องรับการผ่าตัดย่อมมีมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น และคงอยู่ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งบิดามารดาจะมีความวิตกกังวลสูงมาก ทันทีที่ทราบว่าจะต้องรักษาโดยการทำผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็ก หรือผ่าตัดใหญ่เพราะต้องมีการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำให้ผู้ปกครอง หรือบิดามารดากลัวผู้ป่วยเด็กจะไม่ฟื้นบ้าง กลัวตื่นมากลางคันระหว่างผ่าตัด หรือตื่นมาแล้วผู้ป่วยเด็กจะมีความจำไม่ดีเท่าเดิม[4] ความวิตกกังวลนี้ผู้ป่วยเด็กอาจแสดงออกให้เห็นอย่างเด่นชัด เช่น ร้องไห้ กอดพ่อแม่ไม่ยอมปล่อย ดิ้นรนกระสับกระส่าย ส่วนผู้ปกครอง หรือบิดามารดาก็จะร้องไห้สงสารบุตร กลัวบุตรเจ็บ จากการศึกษาของเอเบอร์ลีและคณะ[5] พบว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบิดามารดาจะส่งผลกระทบถึงตัวเด็ก และทำให้เด็กกลับเป็นปกติได้ช้า ในบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่บุตรกำลังเป็นอยู่มีความรู้และคุ้นเคยกับวิธีที่จะใช้รักษาบุตรที่เจ็บป่วย จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง

แนวทางในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กมีหลายทาง เช่น การที่พยาบาลได้พูดคุยกับบิดา มารดาของผู้ป่วยเด็ก มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น เปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง หรือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กได้ระบายความรู้สึก การให้คำแนะนำบิดา มารดาของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิบบอนส์ และโบเรน[6] ที่พบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและคุ้นเคยกับวิธีที่จะใช้ในการรักษาจะทำให้ระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาลดลง การบริการผ่าตัดแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล (Ambulatory Surgery หรือ Day Surgery) ช่วยลดปัญหาการกระทบกระเทือนด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัด จากการถูกแยกจากผู้ปกครองหรือบิดามารดารวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก (Separation Anxiety) ทำให้ผู้ปกครองหรือบิดามารดา รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเด็กได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยลดโอกาสเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

หน่วยผ่าตัดศัลยกรรมเด็ก ตึกสยามินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ให้บริการผ่าตัดแบบ ambulatory Surgery ในโรคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น การผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อน การผ่าตัดถุงน้ำ หรือการตัดชิ้นเนื้อเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรค ภายใต้การใช้ยาชาเฉพาะบริเวณที่ทำผ่าตัด หรือการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia) โดยให้บริการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี มีผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการประมาณ 350 รายต่อปี (รายงานสถิติประจำปี หน่วยผ่าตัดศัลยกรรมเด็ก, 2553) ทางหน่วยงานผ่าตัดศัลยกรรมเด็กจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในบทบาทของผู้ปกครองหรือบิดามารดาผู้ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยมีการเตรียมผ่าตัดล่วงหน้า ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก การงดน้ำ งดอาหารคืนก่อนผ่าตัดมาจากที่บ้านมาโรงพยาบาลในวันที่ทำผ่าตัด และมีการดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยจึงให้กลับบ้านในวันเดียวกัน โดยไม่ต้องพักค้างในโรงพยาบาล[7]

การให้ข้อมูลผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง หรือบิดามารดาเพื่อเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ ambulatory surgery ในปัจจุบัน พบว่ารูปแบบการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีเพียงการอธิบายประกอบการใช้เอกสารแผ่นพับเพียง 1 ครั้งก่อนผ่าตัด ซึ่งอาจช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยและบิดามารดาได้ไม่ดีพอ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีผู้ป่วยเด็กต้องถูกเลื่อน งดผ่าตัดเมื่อมาถึงห้องผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเด็กเกิดอาการป่วย มีไข้ บิดามารดาสงสารบุตรจึงให้บุตรดื่มน้ำ ดื่มนม หรือการตรวจสอบสิทธิการรักษามาไม่พร้อม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลห้องผ่าตัด ได้พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล และเป็นการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าในการทำผ่าตัดโดยการใช้โทรศัพท์พูดคุยให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดา สอบถามข้อมูลต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ทราบถึงปัญหาและข้อจำกัดต่างๆ และป้องกันการงด/ เลื่อนผ่าตัด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ ambulatory surgery ซึ่งหากผู้ป่วยเด็ก และบิดามารดามีการรับรู้อย่างถูกต้องจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและมีสุขภาพจิตดีไม่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงพัฒนางานบริการผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างการได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนและการได้รับการพยาบาลตามปกติ ในผู้ปกครองหรือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่จะได้รับการผ่าตัดแบบ ambulatory surgery

สมมุติฐานการวิจัย

ระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ลดลงกว่าผู้ปกครองหรือบิดา มารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความ

ระยะก่อนผ่าตัด หมายถึง ระยะที่บิดา มารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดอยู่ที่บ้านจนถึงเวลาที่บิดา มารดาผู้ป่วยเด็กพาเด็กมารอผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคามเสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย ไม่มีความมั่นคงปลอดภัย ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนั้นทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น แล้วแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่สามารถประเมินได้

การเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ หมายถึง การเยี่ยมผู้ปกครอง หรือ บิดา มารดาผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดผ่านทางโทรศัพท์ ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ปกครอง หรือ บิดา มารดาของผู้ป่วยเด็กมีโอกาสซักถามปัญหาข้อข้องใจต่าง ๆ ในระหว่างการสนทนาทางโทรศัพท์ (ชูติมา สว่างอารมณ์, 2550)[8]

Ambulatory surgery หมายถึง การผ่าตัดที่สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเสร็จผ่าตัด (anesthesia for ambulatory surgery)

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (Two group pre and post test design)

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ปกครองหรือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery โดยผู้ป่วยเด็กจะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย อายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 15 ปี ในช่วงเดือนมกราคม 2554 ถึงเดือนธันวาคม 2555

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1. โดยกำหนดค่า $\alpha = .05$
2. ตั้งสมมุติฐาน แบบ One-tailed

3. ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ได้จากผลของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในงานวิจัยของชุติมา สว่างอารมณ์ (2550) ศึกษาผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยโรคทางนรีเวชแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 70 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)ได้ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผู้วิจัยเลือกค่าเท่ากับ 3.86

4. กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 80% ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองต่อกลุ่มควบคุม เท่ากับ 47 : 47 ดังนั้นขนาดตัวอย่างขั้นต่ำสุด คือ กลุ่มละ 47 เพื่อป้องกันการถอนตัว จึงเพิ่ม 10% ได้กลุ่มละ 47 + 5 = 52

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้จากการคัดเลือกหมายเลขจากโรงพยาบาล (Hospital Number) โดยกลุ่มทดลองเลขโรงพยาบาลเป็นเลขคี่ และกลุ่มควบคุมเลขโรงพยาบาลเป็นเลขคู่ แต่กลุ่มควบคุมตอบคำถามได้ไม่ครบถ้วนจำนวน 4 คน จึงเหลือ 48 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการป้องกันการถอนตัวเพิ่มขึ้นอีก 10% จากขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการเยี่ยมผู้ปกครอง หรือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กทางโทรศัพท์ 1 วันก่อนรับผ่าตัดแบบ ambulatory surgery เนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด คำแนะนำสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง หรือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุของบุตร ความรู้เรื่องโรคของบุตร จำนวนบุตร หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. แบบวัดความวิตกกังวล The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาโดย Zigmond & Snaith (1983)[9] ได้รับการแปลและเรียบเรียงเน้นภาษาไทยโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความเครียดและวิตกกังวล มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ แต่เน้นแบบวัดความวิตกกังวล 7 ข้อ (ทีมวิจัยใช้เฉพาะแบบความวิตกกังวล) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ โดยเกณฑ์การให้คะแนน

เลือกตอบไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน
เลือกตอบเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน
เลือกตอบบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน
เลือกตอบเป็นส่วนใหญ่ ให้ 3 คะแนน

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความวิตกในทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 2 3 6 และ 7 ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 4 และ 5

คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในระหว่าง 0 – 21 คะแนน แบ่งการแปลค่าคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่

คะแนน 0 – 7 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล

คะแนน 8 – 10 หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง

คะแนน 11 – 21 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลางถึงมาก

โดยมีจุดตัดคะแนน (Cut off point) = 11 ขึ้นไปถือว่าวิตกกังวลปานกลางถึงมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

1. คู่มือการเยี่ยมผู้ปกครองหรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของคู่มือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางห้องผ่าตัด 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี และพยาบาลชำนาญการหน่วยผ่าตัดศัลยกรรมเด็ก งานการพยาบาลผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้อง ตลอดจนความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นจึงนำมา แก้ไขปรับปรุงให้มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพก่อนไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบสอบถามความวิตกกังวล The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทยได้ถูกนำมาใช้วัดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในประเทศไทยได้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้วิจัยจะขออนุญาตก่อนนำมาใช้ และจะนำไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Coefficient of Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในคนแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 3 แผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 10.00 – 12.00 น. เพื่อชี้แจงอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ส่วนบุคคล และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยจะขอความยินยอม และประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และจะโทรศัพท์ไปเยี่ยมก่อนผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 20 – 25 นาที แต่หากกลุ่มตัวอย่าง รู้สึกไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ ก็สามารถขอถอนตัวยุติการสนทนาได้ทุกเวลา ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบของการวิจัยในภาพรวมไม่ปรากฏ ชื่อ นามสกุล หมายเลขโรงพยาบาล และบ้านเลขที่ ในรายที่สมัครใจวันที่พาผู้ป่วยเด็กมารับการผ่าตัด จะได้รับการประเมินความวิตกกังวล อีกครั้ง ณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ส่วนกลุ่มควบคุม (เลขโรงพยาบาลลงท้ายเป็นเลขคู่) จะได้รับการชี้แจงและจะได้รับการประเมินความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ (pretest and posttest) ณ ตึกสยามินทร์ โรงพยาบาลศิริราช

2. ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยผู้ร่วมวิจัย สามารถตอบแบบสอบ ถามที่ใดก็ได้

3. การเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามใส่ซองเปล่าให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่ซองภายหลังทำแบบสอบถามเสร็จและปิดผนึกซองด้วยตนเอง แล้วส่งคืนที่กล่อง ซึ่งจัดเตรียมไว้ที่ห้องพักรอดูอาการก่อนผ่าตัด ตึกสยามินทร์ ชั้น 5 ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมวิจัยนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ SPSS/PC (Statistical Package For Social Science) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล

3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31 - 40 ปี (56.0%) กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (52.08%) กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี (59.62%) ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (31.25 %, 34.60% ตามลำดับ) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ที่มากกว่า 40,000 บาท (35.42%) ส่วนกลุ่มทดลองรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 10,001 - 20,000 บาท (34.60%) สถานภาพการเงินของครอบครัวส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับพอใช้ และมีเงินเหลือ (66.67%, 55.80% ตามลำดับ) ความรู้เรื่องโรคของบุตรทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (64.58%, 69.20% ตามลำดับ) อายุบุตรทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1 - 3 ปี (52.08%, 46.20% ตามลำดับ) จำนวนบุตรทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คน (52.08%, 44.20% ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพการเงินของครอบครัว โรคบุตร อายุบุตร จำนวนบุตร (N = 100)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 48)		กลุ่มทดลอง (n = 52)		รวม (n = 100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	11	22.9	14	26.9	25	25.0
31 – 40 ปี	25	52.1	31	59.6	56	56.0
41 – 50 ปี	10	20.8	6	11.6	16	16.0
51 – 60 ปี	2	4.2	1	1.9	3	3.0
รวม	48	100.0	52	100.0	100	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1	2.1	0	0.0	1	1.0
ประถมศึกษา	3	6.3	2	3.8	5	5.0
มัธยมศึกษา	14	29.2	16	30.8	30	30.0
อนุปริญญา	4	8.3	7	13.5	11	11.0
ปริญญาตรี	15	31.2	18	34.6	33	33.0
สูงกว่าปริญญาตรี	10	20.8	7	13.5	17	17.0
อื่นๆ	1	2.1	2	3.8	3	3.0
รวม	48	100.0	52	100.0	100	100.0
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
น้อยกว่า 10,000 บาท	8	16.7	6	11.5	14	14.0
10,001 – 20,000 บาท	10	20.8	18	34.6	28	28.0
20,001 – 30,000 บาท	6	12.5	9	17.3	15	15.0
30,001 – 40,000 บาท	6	12.5	8	15.4	14	14.0
มากกว่า 40,000 บาท	17	35.4	11	21.2	28	28.0
อื่น ๆ	1	2.1	0	0.0	1	1.0
รวม	48	100.0	52	100.0	100	100.0
สถานภาพการเงินของครอบครัว						
พอใช้และมีเงินเหลือ	32	66.7	29	55.8	61	61.0
พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือ	15	31.2	20	38.5	35	35.0
ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน	1	2.1	3	5.7	4	4.0
รวม	48	100.0	52	100.0	100	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพการเงินของครอบครัว โรคบุตร อายุบุตร จำนวนบุตร (N = 100) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 48)		กลุ่มทดลอง (n = 52)		รวม (n = 100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคบุตร						
มาก	14	29.2	10	19.2	24	24.0
ปานกลาง	31	64.6	36	69.2	67	67.0
เล็กน้อย	2	4.1	5	9.7	7	7.0
ไม่เลย	1	2.1	1	1.9	2	2.0
รวม	48	100.0	52	100.0	100	100.00
อายุบุตร						
1 เดือนถึง 1 ปี	3	6.3	6	11.5	9	9.0
1 - 3 ปี	25	52.1	24	46.2	49	49.0
4 - 7 ปี	15	31.3	16	30.8	31	31.0
8 ปี ขึ้นไป	5	10.3	6	11.5	11	11.0
รวม	48	100.0	52	100.0	100	100.0
จำนวนบุตร						
1 คน	25	52.1	23	44.2	48	48.0
2 คน	20	41.7	23	44.2	43	43.0
3 คนขึ้นไป	3	6.2	6	11.6	9	9.0
รวม	48	100.0	52	100.0	100	100.0

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ ambulatory surgery ในกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย หรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก ที่รับการผ่าตัดแบบ ambulatory surgery ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนการให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 7.13 , 8.38 , SD = 3.37, 4.47 ตามลำดับ) ส่วนหลังการให้ข้อมูลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่มีความวิตกกังวล ($\overline{X}$ = 6.38, 5.29, SD = 4.05, 3.53 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery ในกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง (N=100)

กลุ่มตัวอย่าง	ความวิตกกังวลของผู้ป่วย		
	$\overline{X}$	SD.	แปลผล
กลุ่มควบคุม			
ก่อน	7.13	3.37	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
หลัง	6.38	4.05	ไม่มีความวิตกกังวล
กลุ่มทดลอง			
ก่อน	8.38	4.47	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
หลัง	5.29	3.53	ไม่มีความวิตกกังวล

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือ บิดา มารดา ผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ ambulatory surgery ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ก่อนผ่าตัด และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p> 0.05$) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนของความวิตกกังวลของผู้ปกครองหรือบิดา มารดา ผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบ Ambulatory surgery หลังการทดลอง (N=100)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน (n)	คะแนนความวิตกกังวล		t-test
		$\overline{X}$	SD.	
กลุ่มควบคุม	48	6.38	4.05	.156
กลุ่มทดลอง	52	5.29	3.56	

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยการเยี่ยมทางโทรศัพท์ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญตามที่ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานไว้ ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ กุลวรา คุปรัตน์ (2554)[10] พบว่าผลของการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประทุม เสลานนท์ (2554)[11] ที่ศึกษาผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกเต้านม ที่พบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่ดีรับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] อาจเนื่องจากผู้ปกครองหรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูลจากสื่อ

ต่างๆ เช่น ความรู้จากทางอินเตอร์เน็ต คำบอกเล่าจากบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์ หนังสือ วารสารสุขภาพต่างๆ ซึ่งปัจจุบันมีช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ มากขึ้นและสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงอายุ 31 - 40 ปี โดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 52.1 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 59.6 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีโดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 31.2 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 34.6 จึงมีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการให้ข้อมูลโดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์ของพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนวันผ่าตัดจริง อาจไม่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่ช่วยให้ความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย เช่น เศรษฐานะส่วนใหญ่มีสภาพการเงินของครอบครัวพอใช้และมีเงินเหลือโดยกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 55.8 ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าจะมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่า[12] เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนให้ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยของเด็กได้อย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องกังวลกับการหาเงินมารักษาบุตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 1 คน และโรคของบุตรไม่รุนแรงมากนัก ประกอบกับการผ่าตัดเป็นแบบไม่ต้องพักค้างในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดซึ่งแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดนั้นไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กจึงสามารถกลับบ้านหลังผ่าตัดได้ปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลให้ทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลช่วงก่อนการทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อยอยู่เดิม ดังนั้น เมื่อมีการให้ข้อมูล โดยการเยี่ยมทางโทรศัพท์วันก่อนผ่าตัด จึงไม่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลมากนัก

อย่างไรก็ตามผลของงานวิจัยนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับขั้นตอนการเข้ารับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด รวมทั้งการดูแลบุตรหลังผ่าตัดทางโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาได้เตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ ตั้งแต่ก่อนวันที่พาบุตรมารับการผ่าตัด ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดามารดาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ การที่ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดามีความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเลยเป็นสิ่งที่ดี เพราะจะทำให้ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดามีความเข้าใจสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวันผ่าตัดและหลังผ่าตัดให้การดูแลบุตรระยะก่อนผ่าตัด ส่งผลให้เด็กให้ความร่วมมือในขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก นอกจากนี้ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดายังสามารถเรียนรู้คำแนะนำต่างๆ เรื่องการดูแลบุตรหลังผ่าตัดได้อย่างดี รวมทั้งไม่ส่งผ่านความวิตกกังวลนั้นไปยังบุตร ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุตรมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

1. พยาบาลควรนำรูปแบบการเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กได้เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยลดระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กได้

2. พัฒนาระบบการให้ข้อมูลด้วยวิธีการอื่น ๆ อย่างมีแบบแผนแก่บิดา มารดา ผู้ป่วยเด็กที่จะมารับการผ่าตัด ตั้งแต่มาถึงห้องผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น จัดทำวีดีโอ แนะนำในเรื่อง ต่าง ๆ เพื่อให้มองเห็นสถานการณ์จริงที่ต้องเผชิญเพื่อลดความวิตกกังวลทั้งบิดามารดา และตัวผู้ป่วยเด็กได้ และทำให้บิดามารดามีความมั่นใจที่จะดูแลบุตรได้เมื่อกลับไปบ้าน

ด้านวิจัย

1. การศึกษาการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลของบิดา มารดาผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบพักค้างในโรงพยาบาล

2. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่ออื่นๆ เช่น เทปบันทึกภาพการ เยี่ยมชมห้องผ่าตัดก่อนวันผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของบิดา มารดา

3. พัฒนาระบบการเยี่ยมหลังผ่าตัดโดยโทรศัพท์เยี่ยมเพื่อรับทราบข้อมูลเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน มีปัญหาต่อการผ่าตัดที่ได้รับ และการดูแลหลังผ่าตัดที่ต้องเผชิญเพื่อที่จะได้ช่วยแนะนำแก้ปัญหาให้ในเบื้องต้น

บรรณานุกรม

1. Ellerton ML, Merriam C. Preparation children and families psyohologically for day surgery: Anal evaluation. Journal of Advanced Nursing 1994. 19(6):1057-62.
2. Litman RS, Berger A. An evaluation of preoperative anxiety in a population of parents of infants and children undergoing ambulatory surgery. Pediatric Anesthesia 1996. 6(6):443-7.
3. Black JM, Jacobs EM. Luckman and Sorensen's Medical-Surgical: A Psychophysiologic Approach. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.
4. กันยา ออประเสริฐ. ทิศทางของบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะเปลี่ยนศตวรรษ. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 2541, 3(2): 4.
5. Eberly TW, Miles MS, Carter MC, Hennessey J Riddle I. Parental stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. Critical Care Quarterly 1985: 57-65.
6. Gibbons MB, Boren H. Stress Reduction: A spectrum of strategies in pediatric oncology nursing. Nursing clinic of North American 1985, 20: 96-101.
7. เรณู อาจสาลี, พิกุลทิพย์ หงส์เหิร และกันยา ออประเสริฐ. รายงานการวิจัยเรื่องผลการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
8. ชุติมา สว่างอารมณ์. ผลการเยี่ยมทางโทรศัพท์ก่อนผ่าตัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อวินิจฉัยโรคทางนรีเวชแบบผู้ป่วยนอก.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983, 67: 361-70.
10. กุลวรา คุปรัตน์ และคณะ ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์อย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ดูแลเด็กที่มารับการผ่าตัดแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล.วารสารพยาบาลศิริราช 2554, 4(1): 9.
11. ประทุม เสลานนท์ และคณะ. ผลการเยี่ยมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกที่เต้านมแบบไม่พักค้างในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช 2555, 5(1) : 37-38.
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Adaptation and Coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
13. กันยา ออประเสริฐ. ทิศทางการพยาบาลผ่าตัดในยุคก้าวสู่สหสวรรษใหม่. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 2542, 4(2) : 62-63.
14. McCubbin MA, McCubbin HI. Family stress theory and assessment in family assessment inventories for research and practice. Wisconsin: 1988.
15. อรอนงค์ พุ่มอาภรณ์. การพยาบาลห้องผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก, 2531.
16. สุชญา โรจนดำรงค์. การพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัด. การประชุมวิชาการ ชมรมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย; วันที่ 17 - 18 กรกฎาคม 2542; ณ ห้องประชุมอาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี. กรุงเทพฯ; 2542.

ความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช

วราลักษณ์ บุญชัย พย.บ.
จุฬาดา ธนาบดินทร์ พย.บ.

**พยาบาล งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือญาติ ขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยทำการ ศึกษาญาติ 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากเครื่องมือสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวภาวะวิกฤต (Critical Care Family Needs Inventory) เครื่องมือผ่านการคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดเท่ากับ 0.87

ผลการวิจัย: ความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด แต่ละด้านจากมากไปหาน้อย คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกของญาติ ความต้องการส่วนบุคคลของญาติ และ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตามลำดับ หากพิจารณาตามรายข้อความต้องการที่มากที่สุดคือ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด และคำแนะนำเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ส่วนความต้องการที่น้อยที่สุดคือ การมีคอมพิวเตอร์หรือสัญญาณอินเตอร์เน็ตให้ใช้ในที่พักรอการผ่าตัด

สรุป : จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความต้องการโดยรวมของญาติผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : ความต้องการของญาติ ความต้องการของครอบครัว และผู้ป่วยอุบัติเหตุ

The Study of Needs of Relatives with Neuro Traumatic Brain Injury during Perioperative Period at Trauma Perioperative Unit, Siriraj Hospital

Waraluk Boonchai B.N.S.
Chulada Tanabadin B.N.S.

Registered Nurse, Perioperative Nursing Division, Nursing Department, Siriraj Hospital. Faculty of Siriraj

Abstract:

Purpose: This research is focused on the Patient relative and family needs while waiting traumatic patient during neurosurgery operation at Trauma operating Theater SIRIRAJ Hospital.

Designs: Descriptive research design

The study sample were selected by purposive sampling 1 relative represent for 1 patient with age over 18 years old.

Method: The sample group consisted of 30 samples were selected. In case of patient who have more than 1 relative, directed relative were selected. Collecting data by in-depth interview and answering critical care family needs inventory questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient of this questionnaire is 0.87.

Result: The results of this study consist of five needs perspectives. The first needs perspective for patient relative is nursing support for anxiety. The second needs perspective is patient's information in medical concern. The third needs perspective is patient helping and support. The forth perspective is needs for relative's mental supports and ventilation. The fifth perspectives are needs for stay close and take care of patient. The most needs perspective is patient instruction for take care and support after operation and needs for patient care and continuity of care including health promotion after surgery. The last needs for patient relative is internet and computer service while waiting at waiting area in operating theater.

Conclusion: This research shows the total needs perspective for patient relative are high level.

Keywords: Relative needs, Family needs and Traumatic Patient

ความสำคัญของปัญหา

การได้รับบาดเจ็บที่สมองจากอุบัติเหตุ เป็นภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวอย่างรุนแรงเช่นกัน[1] โดยครอบครัวต้องเผชิญต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในหลายๆ ด้าน เช่น การถูกแยกจากสมาชิกครอบครัว ความไม่แน่นอนในการรักษา และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บางครั้งสมาชิกครอบครัวต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความยากลำบากแก่ครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง[2] การเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับระบบโครงสร้างภายในครอบครัวมากที่สุดอย่างหนึ่ง ซึ่งความเจ็บป่วยที่คาดไม่ถึงนี้อาจทำให้บทบาทของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว[3] เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัด มักเกิดความวิตกกังวลทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะขณะที่ญาติรอคอยผู้ป่วยที่กำลังผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง บางครั้งสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงกว่าตัวผู้ป่วยเอง[4] Carmody, Hickey & Bookbinderได้ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยทุกระยะการผ่าตัด พบว่าความต้องการของครอบครัวที่สำคัญได้แก่ ความต้องการข้อมูล การแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ได้พูดคุยกับศัลยแพทย์เมื่อผ่าตัดเสร็จ เพื่อให้รับทราบว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร ส่วนอันดับความต้องการต่ำสุดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยคือ ต้องการร้านกาแฟ และการพูดระบายความรู้สึก[5] ในโรงพยาบาลศิริราชมีการศึกษาความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด การตอบสนองของญาติและบุคคลที่ตอบสนองความต้องการ ณ หน่วยผ่าตัดศัลยกรรม ตึกสยามินทร์ชั้น 5 พบว่า ความต้องการรายด้านที่ญาติมีมากที่สุดคือ ความต้องการข้อมูล ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคล[6] ตามลำดับ

จากสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดที่หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกันยายน 2552 มีจำนวนทั้งหมด 1,093 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.95 ปัจจุบันบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น[7] รวมถึงการดูแลญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยด้วย[8] แต่จากการศึกษาพบว่ามีการวิจัยศึกษาความต้องการของญาติก่อนและหลังผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดยังมีน้อย และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมองในประเทศไทย และจากการสังเกตและประสบการณ์ พบว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด โดยสิ่งที่ญาติแสดงออกถึงความวิตกกังวล เช่น ร้องไห้ขณะนั่งรอผู้ป่วยผ่าตัดบริเวณหน้าตึกอุบัติเหตุ เดินไปมา สอบถามถึงอาการในขณะผ่าตัดเป็นระยะๆ และเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดญาติขอติดตามไปกับผู้ป่วยเพื่อให้ได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงข้อมูลความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติ ซึ่งจะส่งผลให้ญาติมีความวิตกกังวลลดลง และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลมาพัฒนาการบริการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลญาติผู้ป่วยขณะรอรับการผ่าตัดมากยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งผลให้ญาติให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ที่หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช

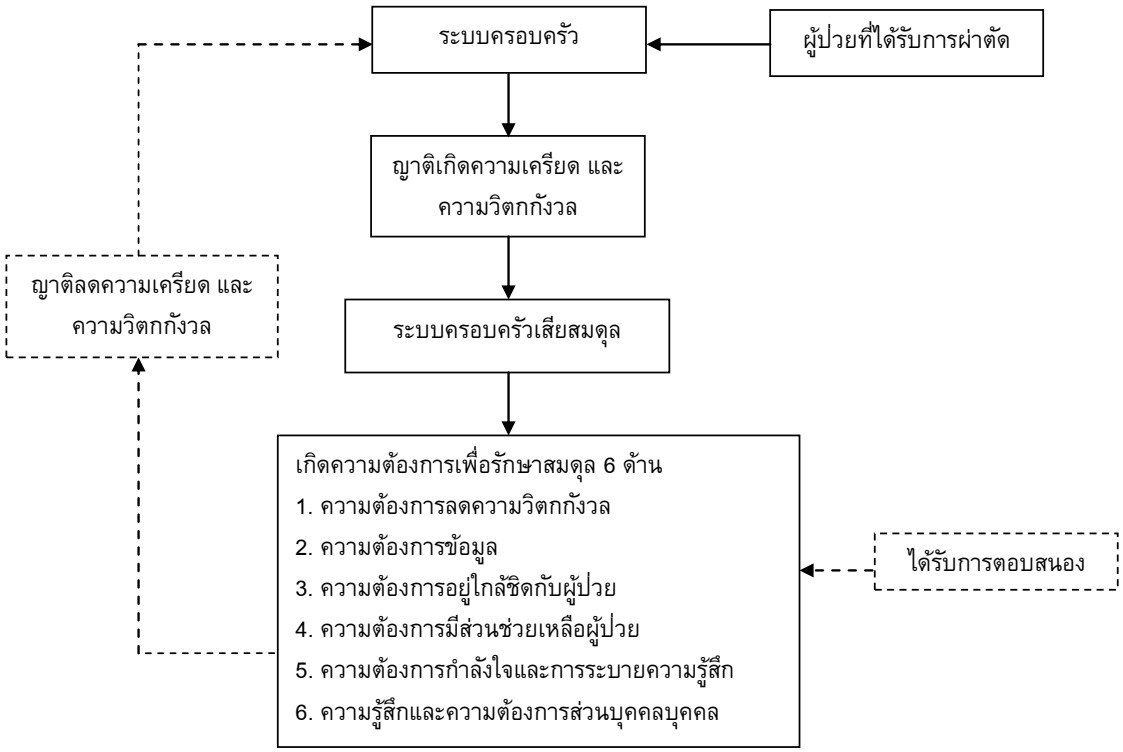
กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีหัวข้อตามลำดับดังนี

1. ความหมายของครอบครัว
2. ผลกระทบการผ่าตัดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว
3. ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้จัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดของเฟรนแมน (Friendman) ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดที่ประกอบด้วยความรัก ความผูกพันซึ่งกันและกัน มีการถ่ายเทพลังงาน แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์กับสิ่งแวดล้อม จากนั้นข้อมูลจะย้อนกลับหลังจากมีการแลกเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อมแล้วเข้าสู่ระบบ สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้[9] ร่วมกับแนวคิดความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter)[10] และจัดหมวดหมู่ออกเป็น 6 ด้าน ตามความต้องการโดยดาเลย์ (Daley)[3] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ที่หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติ ขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อยู่ในครอบครัวของผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ พ่อ แม่ บุตร พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือโดยการสมรสกับผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยทำการ ศึกษาญาติ 1 ราย ต่อผู้ป่วย 1 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช โดยทำการศึกษาญาติ 1 ราย ต่อผู้ป่วย 1 ราย ในกรณีที่มีญาติหลายคนจะเลือกญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จาก บิดา มารดา พี่ น้อง คู่สมรส ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ตามลำดับ
2. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่าน และเข้าใจภาษาไทย
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตจะไม่นำญาติผู้ป่วยมาเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยของญาติต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการของญาติขณะรอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวภาวะวิกฤตของมอลเตอร์(Molter)[10] และนำมาจัดหมวดหมู่ตามการศึกษาของดาเลย์ (Daley)[3] แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ความต้องการลดความวิตกกังวล
ด้านที่ 2 ความต้องการข้อมูล
ด้านที่ 3 ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย
ด้านที่ 4 ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย
ด้านที่ 5 ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก
ด้านที่ 6 ความต้องการส่วนบุคคล

แบบสอบถามชุดนี้มีการดัดแปลงและนำมาใช้ศึกษาในญาติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยวรรณวิมล คงสุวรรณ ซึ่งศึกษาความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดการตอบสนองของญาติและบุคคลที่ตอบสนองความต้องการ ณ หน่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์ ตึกสยามินทร์ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช[6]

ลักษณะของเครื่องมือ แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert Scale 4 ระดับ[11] โดย

ความต้องการมาก	คะแนน 3.28 - 4.00
ความต้องการปานกลาง	คะแนน 2.52 - 3.27
ความต้องการน้อย	คะแนน 1.76 - 2.51
ไม่มีความต้องการ	คะแนน 1.00 – 1.75

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ขออนุญาตใช้เครื่องมือซึ่งเป็นแบบสอบถาม จัดทำโดย วรรณวิมล คงสุวรรณ ซึ่งใช้ในการศึกษาความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด การตอบสนองของญาติและบุคคลที่ตอบสนองความต้องการ ณ หน่วยผ่าตัดศัลยศาสตร์ ตึกสยามินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช โดยสร้างจากการสัมภาษณ์ญาติขณะที่รอผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ที่แผนกผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 ราย นำข้อมูลที่ได้มาร่วมกับการประยุกต์เครื่องมือ[7]สำรวจความต้องการของ

สมาชิกในครอบครัวภาวะวิกฤต ของมอลเตอร์ (Molter)[10] และจัดหมวดหมู่ตามการศึกษาของดาเลย์ (Daley)[3] เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผ่าตัดจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผ่าตัดจำนวน 1 ท่าน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายแล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดเท่ากับ 0.87 และเนื่องด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารในปัจจุบัน จึงเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวข้องจำนวน 1 ข้อ ในความต้องการส่วนบุคคลของญาติ

1.2 เตรียมผู้ช่วยในการทำวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 2 คน

1.3 ส่งโครงร่างงานวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์-ศิริราชพยาบาล

1.4 เมื่อมีผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดสมองที่หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช ให้บันทึกรายชื่อผู้ป่วยและหอผู้ป่วยที่พักรักษาตัวหลังการผ่าตัดไว้ เพื่อให้สามารถติดตามญาติผู้ป่วยได้ในวันถัดไป

1.5 ขออนุญาตนำกล่องรับแบบ สอบถามไปตั้งไว้ที่หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวหลังการผ่าตัด

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ในวันรุ่งขึ้นหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ประมาณเวลา 14.00 น. ผู้ช่วยในการทำวิจัยไปพบญาติผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลก่อนการตัดสินใจเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นให้ทราบว่าหากรู้สึกไม่สบายใจที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากงานวิจัยได้ทุกเวลา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอในรูปแบบของการวิจัยเท่านั้น และมีการนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย นำแบบสอบถามให้ญาติผู้ป่วยทำ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามได้ถ้ามีข้อสงสัยในแบบสอบถาม

2.3 แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าเมื่อทำแบบสอบถามเสร็จแล้วให้ปิดผนึกใส่ซองที่จัดเตรียมให้แล้วนำไปใส่กล่องรับแบบสอบถามซึ่งตั้งอยู่ที่หอผู้ป่วย

2.4 นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความครบถ้วน ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

กระบวนการเก็บข้อมูล (Data collection process)

1. หลังจากที่ได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์-ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยทำหนังสือส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในการจัดการด้านวิจัยของฝ่ายการพยาบาล และงานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

3. การชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย โดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถาม ให้ความกระจ่างเกี่ยวกับแบบสอบถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

4. กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติขณะรอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุโรงพยาบาลศิริราช โดยเป็นญาติ 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย อายุ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่มีญาติหลายคนจะเลือกญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จาก บิดา มารดา พี่ น้อง คู่สมรส ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ตามลำดับโดยตอบแบบสอบถามทั้งหมด 32 ข้อใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. การเก็บแบบสอบถามคืน เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำ

แบบสอบถามใส่ซองเปล่าให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่ซองภายหลังทำแบบสอบถามเสร็จและปิดผนึกซองด้วยตนเอง แล้วส่งคืนที่กล่องซึ่งจัดเตรียมไว้ประจำหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลลัพธ์หลักของการศึกษานี้ เป็นการรวบรวมข้อมูลความต้องการของญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมองขณะรอคอยผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีราย ละเอียดดังนี้

1. หาจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สิทธิการรักษาผู้ป่วย รายได้ การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ

2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความต้องการของญาติผู้ป่วย ทั้งความต้องการโดยรวม รายด้าน และรายข้อ

ผลการวิจัย

พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 53.33 การศึกษาจบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 53.3 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.67 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 46.67 สิทธิการรักษาผู้ป่วยใช้บัตรประกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 53.33 รายได้ของญาติ/เดือน อยู่ในช่วง 5,000 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.00 และการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด คือ Craniotomy คิดเป็นร้อยละ 43.33

ตาราง 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย และระดับความต้องการของญาติ รายด้านโดยรวม (n = 30)

ความต้องการของญาติรายด้านโดยรวม	$\bar{X}$	การแปลความหมาย
1. ความต้องการลดความวิตกกังวล	3.59	มาก
2. ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย	3.54	มาก
3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	2.89	ปานกลาง
4. ความต้องการข้อมูล	3.55	มาก
5. ความต้องการส่วนบุคคลของญาติ	2.98	ปานกลาง
6. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกของญาติ	3.39	มาก
โดยรวม	3.32	มาก

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าระดับความต้องการของญาติในด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการข้อมูล และความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกของญาติอยู่ในระดับมาก ส่วนความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและความต้องการส่วนบุคคลของญาติอยู่ในระดับปานกลาง

หากเรียงตามลำดับความต้องการแต่ละด้านจากมากไปหาน้อย พบว่าลำดับแรก คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูล ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกของญาติ ความต้องการส่วนบุคคลของญาติ และความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตามลำดับ

ตาราง 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย และระดับความต้องการของญาติ รายข้อ (n = 30)

ความต้องการของญาติแยกตามรายข้อ	$\bar{X}$	การแปลความหมาย
ความต้องการลดความวิตกกังวล		
1. การช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึกด้านความหวังว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย	3.77	มาก
2. การแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างไร วิธีใด	3.70	มาก
3. ได้รับคำอธิบายถึงผลดีที่คาดหวังจากการผ่าตัด	3.63	มาก
4. ได้รับคำอธิบายว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีขณะอยู่ในห้องผ่าตัด	3.60	มาก
5. ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด	3.50	มาก
6. การได้รับคำอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด	3.37	มาก
ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย		
1. คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด	3.90	มาก
2. คำแนะนำเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด	3.90	มาก
3. มีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น	2.83	ปานกลาง
ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย		
1. ต้องการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการไปส่งที่หน้าห้องผ่าตัด	3.40	มาก
2. ต้องการอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเป็นกรณีพิเศษ	3.00	ปานกลาง
3. ถ้าไม่สามารถเข้าไปอยู่กับผู้ป่วยได้ก็สามารถส่งข่าวสารถึงผู้ป่วยขณะอยู่ห้องรอผ่าตัดและห้องพักฟื้น	2.87	ปานกลาง
4. เข้าไปอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในห้องคอยการผ่าตัด	2.30	น้อย
ความต้องการข้อมูล		
1. คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง	3.87	มาก
2. อธิบายผลของการผ่าตัดและข้อมูลต่างๆโดยใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย	3.77	มาก
3. ได้พูดคุยกับศัลยแพทย์เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด	3.70	มาก
4. อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้	3.70	มาก
5. เหตุผลของการผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานาน	3.60	มาก
6. ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก	3.57	มาก
7. มีเจ้าหน้าที่ ที่สามารถโทรศัพท์ติดต่อสอบถามเมื่อไม่สามารถมารอผู้ป่วยขณะเข้ารับการผ่าตัดที่หน้าห้องผ่าตัดได้	3.57	มาก
8. ทราบถึงวิธีการผ่าตัดและการรักษาพยาบาลในห้องผ่าตัด	3.30	มาก
9. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดเป็นระยะๆ	3.30	มาก
10. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้น	3.17	ปานกลาง

ตาราง 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย และระดับความต้องการของญาติ รายข้อ (n = 30) (ต่อ)

ความต้องการของญาติแยกตามรายข้อ	$\bar{X}$	การแปลความหมาย
ความต้องการส่วนบุคคลของญาติ		
1. มีหน่วยงานที่ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงินที่อาจเกิดโดยไม่ทราบล่วงหน้า เช่น ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่าอุปกรณ์พิเศษ	3.57	มาก
2. ได้รับการบอกเล่าว่ามีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา	3.40	มาก
3. มีเจ้าหน้าที่ให้บริการด้านปัญหาสุขภาพของญาติขณะรอผู้ป่วย เช่น หน้ามืด เป็นลม	3.33	มาก
4. มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ที่พักรอการผ่าตัด	2.63	ปานกลาง
5. มีคอมพิวเตอร์หรือสัญญาณอินเตอร์เน็ตให้ใช้ในที่พักรอการผ่าตัด	1.97	น้อย
ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกของญาติ		
1. มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	3.77	มาก
2. ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่คนเดิมที่เคยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยทุกครั้ง	3.37	มาก
3. มีเจ้าหน้าที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ	3.30	มาก
4. เจ้าหน้าที่มีเวลามากพอในการให้กำลังใจ	3.13	ปานกลาง

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน พบว่าด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ระดับความต้องการของญาติอยู่ในระดับมากทุกข้อ

ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่าในข้อ “คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด” และ ข้อ “คำแนะนำเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด” อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อ “มีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น” อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย พบว่าระดับความต้องการของญาติ ในข้อ“ต้องการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการไปส่งที่หน้าห้องผ่าตัด” อยู่ในระดับมาก ข้อ “ต้องการอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเป็นกรณีพิเศษ” และข้อ “ถ้าไม่สามารถเข้าไปอยู่กับผู้ป่วยได้ก็สามารถส่งข่าวสารถึงผู้ป่วยขณะอยู่ห้องรอผ่าตัดและห้องพักฟื้น” อยู่ในระดับ-ปานกลาง” ส่วนข้อ “เข้าไปอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในห้องคอยการผ่าตัด” อยู่ในระดับน้อย

ด้านความต้องการข้อมูล พบว่าระดับความต้องการของญาติอยู่ในระดับมาก 9 ข้อ ส่วนข้อ “ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้น” อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความต้องการส่วนบุคคลของญาติ พบว่า ในข้อ “มีหน่วยงานที่ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงินที่อาจเกิดโดยไม่ทราบล่วงหน้า เช่น ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่าอุปกรณ์พิเศษ” ข้อ “ได้รับการบอกเล่าว่ามีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา” และข้อ “มีเจ้าหน้าที่ให้บริการด้านปัญหาสุขภาพของญาติขณะรอผู้ป่วย เช่น หน้ามืด เป็นลม” อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อ “มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ที่พักรอการผ่าตัด” อยู่ในระดับ-ปานกลาง และข้อ “มีคอมพิวเตอร์หรือสัญญาณอินเตอร์เน็ตให้ใช้ในที่พักรอการผ่าตัด” อยู่ในระดับน้อย

ด้านความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกของญาติ พบว่าในข้อ “มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล” ข้อ “ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่คนเดิมที่เคยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยทุกครั้ง” และข้อ “มีเจ้าหน้าที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ” อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อ “เจ้าหน้าที่มีเวลามากพอในการให้กำลังใจ” อยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

จากศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมองขณะรอคอยผู้ป่วยรับการผ่าตัด ณ หน่วยผ่าตัดอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศิริราช อภิปรายผลโดยเรียงลำดับตามความต้องการจากมากไปน้อยที่สุด ได้ดังนี้

1. ความต้องการลดความวิตกกังวล จากการวิเคราะห์ข้อมูลญาติมีความต้องการด้านนี้มากที่สุด และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีความต้องการมากที่สุด ในข้อ "การช่วยเหลือให้เกิดความรู้สึกด้านความหวังว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย" อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องได้รับการผ่าตัดด่วนนั้น ญาติผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมรับกับสถานการณ์นี้มาก่อน ทำให้เกิดความวิตกกังวล และขณะรอผ่าตัดไม่ได้มีการสื่อสารกับแพทย์ หรือพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในห้องผ่าตัด มีเพียงพยาบาลที่อยู่ห้องพักรอ มาให้ข้อมูลแค่เพียงว่าขณะนี้ผู้ป่วยกำลังได้รับการผ่าตัด หรือทำผ่าตัดเสร็จแล้ว นอนพักอยู่ในห้องพักฟื้น ส่วนข้อมูลด้านการรักษาให้รอสอบถามจากแพทย์ เมื่อญาติไม่ได้รับข้อมูลยิ่งมีความกังวล กลัวว่าผู้ป่วย จะเป็นอันตรายมาก ซึ่งการแสดงออกของญาติผู้ป่วยเป็นไปตามระยะของภาวะวิกฤต ที่ส่งผลให้บุคคลและครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก[12] สอดคล้องกับการศึกษาของ คาโทล (Kathol) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุและมีอันตรายเกิดขึ้นกับสมองจนต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวลเช่นเดียวกับผู้ป่วยซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงในขณะที่ผู้ป่วยถูกผ่าตัด และสูงกว่าระยะหลังผ่าตัด[13]

2. ความต้องการข้อมูล เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ในข้อ "ต้องการคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง" มากที่สุด อธิบายได้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยรอผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่นั้น ญาติมีความวิตกกังวล จึงมีความต้องการข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว มีการจัดการให้ข้อมูล มีความวิตกกังวลน้อยกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ[14] เช่น เดียวกับวิไลพร สมานกสิกรณ์ ที่พบว่า ความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล และมีความพึงพอใจสูงกว่า [15] และนอเฮนร์ (Norhein) ที่พบว่าญาติมีความต้องการคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง[16]

3. ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ในข้อ "คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด" และ "คำแนะนำเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด" มีคะแนนมากที่สุด อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ญาติผู้ป่วยจะคิดว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยจะกลับมาเหมือนปกติหรือไม่ และต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติเช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอลเตอร์ (Molter) ที่กล่าวว่า การประเมินความต้องการของผู้ป่วยจะต้องคำนึงว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อญาติด้วย ดังนั้นญาติจึงมีความต้องการที่จะช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง[10] และ Sucu, Cebeci & Karazeybek ที่พบว่าญาติต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการรักษามากกว่าความต้องการส่วนบุคคล [17]

4. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึกของญาติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ในข้อ "มีความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล" มีคะแนนมากที่สุด อธิบายได้ว่า ขณะญาติรอผ่าตัด ซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ญาติมีความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก โดยญาติต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laske ที่พบว่าขณะที่ญาติรอคอยผู้ป่วยที่กำลังได้รับการผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง บางครั้งสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงกว่าตัวผู้ป่วยเอง[4]

5. ความต้องการส่วนบุคคลของญาติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ในข้อ "มีหน่วยงานที่ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงินที่อาจเกิดโดยไม่ทราบล่วงหน้า เช่น ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ค่าอุปกรณ์พิเศษ" มีคะแนนมากที่สุด อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองจะมีการใช้อุปกรณ์พิเศษบางอย่าง ซึ่งไม่สามารถเบิกได้ทั้งหมดตามสิทธิการรักษา เช่น โลหะดามกระดูก ซึ่งมีราคาแพง และเป็น

เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมทางด้านการเงิน และจากข้อมูลส่วนใหญ่ญาติมีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 15,000 บาท/เดือน มีอาชีพรับจ้าง ทำให้รายได้ไม่แน่นอนส่งผลต่อความต้องการเรื่องค่าใช้จ่าย ญาติจึงต้องการความช่วยเหลือในข้อนี้มากที่สุด สอดคล้องกับลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อความต้องการเรื่องหนึ่งคือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย และในข้อ “มีคอมพิวเตอร์หรือสัญญาณอินเตอร์เน็ตให้ใช้ในที่พักรอการผ่าตัด” เป็นความต้องการที่น้อยที่สุดของทุกข้อคำถาม แสดงให้เห็นว่าขณะรอผ่าตัดญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากกว่าสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีให้แก่ตนเอง[18] และสอดคล้องกับวรรณวิมล คงสุวรรณ ที่พบว่าขณะญาติรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ญาติมีความต้องการส่วนบุคคลน้อยที่สุด[6]

6. ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่มีคะแนนน้อยที่สุดของญาติผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับอุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ ที่ญาติมีความต้องการด้านนี้น้อยที่สุดเช่นกัน[19] และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ในข้อ “ต้องการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการไปส่งที่หน้าห้องผ่าตัด” มีคะแนนมากที่สุด อธิบายได้ว่า พยาบาลได้มีการอธิบายญาติผู้ป่วยให้เข้าใจว่า ห้องผ่าตัดเป็นเขตพื้นที่เฉพาะไม่สามารถเข้าได้ และการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ญาติจึงมีความเข้าใจ จึงต้องการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการไปส่งที่หน้าห้องผ่าตัด และได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดเท่านั้น สอดคล้องกับ Kleinpell & Powers ที่พบว่าญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยอยู่ที่ข้างเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต[20]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ญาติที่รอคอยผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการผ่าตัดสมอง มีความต้องการโดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก และจากการปฏิบัติงานจริงพยาบาลมีการออกไปให้ข้อมูลทุก 2 ชั่วโมง และเป็นข้อมูลที่บอกว่าผู้ป่วยกำลังได้รับการผ่าตัดอยู่ หรือผ่าตัดเสร็จแล้วนอนอยู่ในห้องพักฟื้น และผู้ให้ข้อมูลก็ไม่ใช่บุคลากรคนเดิม ส่วนแพทย์มีการให้ข้อมูลก่อนการทำผ่าตัด และภายหลังทำผ่าตัดเสร็จไม่มีการให้ข้อมูลระหว่างการทำผ่าตัด ซึ่งแสดงว่าการปฏิบัติงานยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงให้กับญาติผู้ป่วยได้ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ผู้บริหารกำหนดนโยบายเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพประเมินความต้องการที่แท้จริงของญาติเป็นรายบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการของญาติโดยใช้กระบวนการพยาบาล

2. ด้านการจัดการบริการ

2.1 พยาบาลห้องผ่าตัดนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปจัดทำแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วย

2.2 พยาบาลควรจัดหาวิธีให้ญาติผู้ป่วยได้รับข้อมูลผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานกับแพทย์ผู้ทำผ่าตัด

3. ด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ เจ็บป่วยวิกฤต Critical Care Nursing. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
2. Mirr MP. Factor affecting decision made by family members of patients with severe head injury. Heart & Lung 1991; 20(3): 228-35.
3. Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. Heart & Lung1984; 13(5): 231-7.
4. Leske JS. Effects of intraoperative progress reports on anxiety levels of surgical patients, family members. Applies Nursing Research Journal 1995; 8(4): 169-73.
5. Carmody S, Hickey P, Bookbinder M. Perioperative needs of families. AORN 1991; 54(3): 561-7

แนวคิด กระบวนการ และประโยชน์ของกิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัด ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ศิริยุพา นันสุนานนท์
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: วทม. (สุขภาพจิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ศิลปะเป็นสื่อที่สามารถใช้ในการสื่อสาร การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยทฤษฎีแนวคิดศิลปะที่นำมาใช้มีหลายแบบได้แก่ แนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์ แนวคิดเชิงพัฒนาการ แนวคิดการปรับ แนวคิดการรู้คิดและพฤติกรรม แนวคิดโครงสร้างส่วนบุคคล แนวคิดศิลปะบำบัดเพื่อการรู้คิด และแนวคิดมนุษยปรัชญา กิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัดในบทความนี้จะเน้นกระบวนการมากกว่าผลงาน นับว่าเป็นก้าวแรกของการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ

คำสำคัญ : กิจกรรมศิลปะเพื่อการบำบัด, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

Concept Process and Benefit of Therapeutic of Art Activities in Psychiatric and Mental Health Nursing

Miss Siriyupa Nansunanon
Master of Science (M.Sc.) Program in Mental Health, Chulalongkorn University
Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

Abstract:

Art as media can be used in psychiatric and mental health nursing to reduce stress and depression. This article is consisted of concepts of art theories as following; psychoanalytic approaches, development approaches, adaptive approaches, cognitive behavior approaches, the personal construct approaches, the cognitive art therapy approaches and anthroposophy. The therapeutic of art activities was based on process more than product. It is the first step to build the therapeutic relationship between therapist and client.

Keywords: Therapeutic of art activities, Psychiatric and mental health nursing

ความสำคัญของปัญหา

ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ศิลปะได้ถูกนำมาใช้ในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชทุกเพศทุกวัยร่วมกับการใช้นิเวศน์บำบัด เพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างผลงานศิลปะจนมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เน้นที่ผลงานศิลปะนั้นมีความสวยงามและสามารถสะท้อนสิ่งที่ตนเองคิดเห็นและสะท้อนความรู้สึก ในอดีตมนุษย์รู้จักการวาดภาพก่อนที่จะพัฒนาภาษาพูดในการสื่อสาร เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคิด อารมณ์และความรู้สึกออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจ และเก็บบันทึกข้อมูล จึงนับได้ว่าเป็นภาษาพื้นฐานของมนุษย์ Feder และ Feder (1981) กล่าวว่า การใช้ทัศนศิลป์ (Visual forms of art) สามารถช่วยในการทำงานเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือไปจากด้านสุนทรียภาพเพียงอย่างเดียว[1] ในปัจจุบันมีการศึกษาแนวคิดทฤษฎีทางศิลปะบำบัดในลักษณะที่มีความหลากหลายดังนี้[2]

- แนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์(Psychoanalytic Approaches) เป็นทฤษฎีแรกเริ่มของศิลปะบำบัดที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดในการทำจิตบำบัด โดยมีผู้แต่งตำราสำคัญคือ Naumburg (1950) และ Kramer (1958, 1971, 1979) ได้นำหลักจิตวิเคราะห์มาใช้ทำงานกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม ต่อมา Rubin (1978) Landgarten (1981) Roth (1982) Levick (1993) และ Wilson (1977-1987) ได้นำหลักการของทฤษฎีนี้มาใช้ในการบำบัดเด็กกลุ่มอื่นๆ

Lewis เป็นผู้ริเริ่มแนวความคิดศิลปะบำบัดตั้งแต่ปี ค.ศ.1924 นักจิตบำบัด (Psychotherapist) ใช้ภาพวาดเป็นสัญลักษณ์ (Symbolic speech/ Symbolic language) ในการสื่อสารทางความรู้สึกและอารมณ์แทนการใช้คำพูด (Verbal communication) Naumburg ได้นำแนวคิดเชิงจิตวิเคราะห์แบบดั้งเดิม (Traditional psychoanalysis) โดยใช้เทคนิคการเชื่อมโยงอิสระ (Free association) และการแปลความ (Interpretation) มาเป็นพื้นฐานการแสดงออกทางทัศนศิลป์เพื่อกระตุ้นการแสดงออกถึงความขัดแย้งภายในจิตใจ

Freud แสดงอรรถาธิบายไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1933 ทั้งศิลปินและผู้ป่วยต่างมีจุดมุ่งหมายที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนในการดิ้นรนเพื่อทำให้ชีวิตมีความหมาย แสดงออกในภาพวาดและงานศิลปะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องส่วนตัวของแต่ละคนได้แสดงออกถึงความหมายของสิ่งที่อยู่ในระดับจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ในปี ค.ศ. 1950 Freud ได้ตั้งสมมติฐานว่า สัญลักษณ์เป็นจารึกของความจำที่ลบเลือนไปแล้วที่สามารถปรากฏออกมาเป็นความฝัน หรือด้วยการแสดงออกทางศิลปะ ซึ่งบางส่วนอาจเป็นการระบายความเครียดภายในจิตใจ (Intrapsychic stress)

Jung (1971) กล่าวว่า สัญลักษณ์เป็นประสบการณ์ส่วนตัวที่สัมพันธ์กับความคิดสร้างสรรค์และเป็นพื้นฐานของกระบวนการรักษา การแสดงออกเป็นภาพลักษณ์ต่างๆ มีความหมายเป็นสากล ที่บ่งบอกถึงสิ่งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกสะสม (Collective unconscious) ดังนั้นในเชิงจิตวิเคราะห์ Freud และ Jung ได้สรุปกระบวนการทำงานของศิลปะที่ถ่ายทอดจิตไร้สำนึกเพื่อการวินิจฉัยโรคและการทำจิตบำบัดว่า การวาดภาพเล่าประสบการณ์ของความฝันได้ดีและแม่นยำกว่าการบอกเล่าด้วยคำพูด เนื่องจากภาษาพูดมีการบิดเบือนได้ง่ายกว่าการสร้างภาพลักษณ์หรือจินตภาพ

Kramer เป็นนักศิลปะบำบัดแนวหน้าอีกคนหนึ่ง ซึ่งมีพื้นฐานเป็นศิลปิน และไม่ได้เป็นนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ แต่ก็ได้ทำงานคลุกคลีกับศิลปะบำบัดในเด็กอย่างกว้างขวางและได้ผล Kramer มีแนวคิดที่แตกต่างจาก Naumburg ในหลักการปฏิบัติ Kramer ให้ความสำคัญต่อกระบวนการทางศิลปะอย่างเป็นเอกเทศว่า ให้ผลการรักษาได้โดยไม่ต้องพึ่งพาด้านจิตวิเคราะห์ โดยได้เน้นรูปแบบการให้เด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับศิลปะได้แก่ การกระตุ้นเข้าสู่กิจกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ การกลไกทางจิต รูปภาพและการแสดงออก[3]

การใช้ศิลปะตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน และอำนวยความรู้สึกปลอดภัยมั่นคงในการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ โดยวางขอบเขตที่เหมาะสมในการบำบัดดูแล และยังมีอิทธิพลอย่างมากในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในกระบวนการบำบัดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องกลไกการป้องกันตนเองและการถ่ายโยงความรู้สึกในอดีต (Transference) เพื่อสะท้อนสิ่งที่อยู่ในระดับจิตใต้สำนึกมาสู่ระดับจิตสำนึกซึ่งมีผลต่อระดับจิตและการรู้เท่าทันตัวของตน[4]

- แนวคิดเชิงพัฒนาการ (Development Approaches) เน้นการใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือในการพัฒนาการรู้คิดและอารมณ์ Lowenfeld (1947) ครูสอนศิลปศึกษาได้ศึกษาการวาดรูปของเด็ก สนับสนุนการรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาหลักสูตร ประเมินระดับของนักเรียนให้ตรงกับความต้องการมากที่สุด และพัฒนารูปแบบของกระบวนการรักษากลุ่มเด็กพิการ เพื่อพัฒนาการรู้คิดและความคิดสร้างสรรค์ให้ทัดเทียมกับกลุ่มเพื่อนนักเรียนปกติ ความคิดสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้เด็กได้ปลดปล่อยอารมณ์ให้มีการปรับตัวในทางบวก มีความเป็นอิสระ และความยืดหยุ่นในการคิดผ่านกระบวนการกลุ่มและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แนวคิดนี้จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับ Piaget (1962) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตทางการรู้คิดในเด็กผ่านการเล่น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสัญลักษณ์กับสิ่งแวดล้อม นักศิลปะบำบัดที่ได้นำแนวคิดนี้มาใช้ ได้แก่ William and Wood (1977) Uhlin (1972) Musick (1978) Silver (1978, 1987) Aach-Feldman และ Kunkle-Miller (1987) โดยเฉพาะ Silver ได้พัฒนาเป็นแบบทดสอบความรู้คิดและอารมณ์ของซิลเวอร์ (Silver Drawing Test of Cognition and Emotion, 2002)[5,6] เพื่อทดสอบ การรู้คิดของผู้ที่มีปัญหาในการเข้าใจผู้อื่นและมีปัญหาในการที่จะทำให้ผู้อื่นเข้าใจตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดขั้นตอนของการใช้ภาษาในการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา หาวิธีการประเมินความรู้คิดที่ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น หรือขจัดจุดอ่อนจากการใช้ภาษาในการตรวจสอบอารมณ์ และสามารถเป็นเครื่องมือวัดและประเมินผล

- แนวคิดการปรับ (Adaptive Approaches) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิรูประบบการศึกษาพิเศษตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 ที่มุ่งเน้นกลุ่มเด็กพิการหลายประเภท และมีความเชื่อว่า เด็กพิการแต่ละคนมีโอกาสที่จะมีชีวิตเช่นคนปกติได้ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้พ่อแม่และครูผู้สอนมีความคิดว่า อะไรเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในการศึกษาของเด็กกลุ่มนี้ การวิจัยประสิทธิภาพการสอนแบบพิเศษแยกจากชั้นเรียน/โรงเรียนแบบปกตินั้น ส่งผลให้เด็กพิเศษไม่สามารถเอาตัวรอดในสังคมได้ อีกทั้งยังเป็นการแยกเด็กให้กลายเป็นกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรม แนวทางในการจัดการควรใช้กฎหมายเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการศึกษา ศิลปะบำบัดเป็นส่วนที่เชื่อมโยงระหว่างครูและเด็ก โดยมีนักศิลปะบำบัดเป็นผู้ปรึกษา นักศิลปะบำบัดหลายคนที่ใช้แนวคิดนี้มีหลายคน ได้แก่ Anderson (1978, 1982, 1992) Jungels (1977-1978) Mayhew (1979) Gonick-Barris (1976) Clements an Clements (1984) และ Henley (1992)

- แนวคิดเชิงการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Approaches) ในอดีตมีการใช้ศิลปะบำบัดตามหลักจิตวิเคราะห์ แต่ยังมีกลุ่มเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวควรมีวิธีการจัดการโดยใช้จิตวิทยาเชิงพฤติกรรมร่วมด้วย โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สังคม (Social learning theory) ของ Bandura มาเชื่อมโยงระหว่างสิ่งอยู่ภายในจิตใจตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์และการแสดงออกของพฤติกรรม ผลของทฤษฎีการเรียนรู้สามารถส่งผลต่อจิตใจ เช่น จินตนาการ ภาษา ความคิด และการแสดงออกของพฤติกรรม Miller and Dollard (1941) การใช้คำและประโยคทำให้บุคคลได้แสดงออกทางความคิดว่า ตนเองมีแรงจูงใจอย่างมากในการแสดงพฤติกรรม และการปรับคิดนั้นช่วยในด้านความสามารถในการจัดการปัญหา Mahoney and Arnkoff (1978) การจัดการปรับคิดและพฤติกรรมใช้หลัก 3 ประการคือ การปรับโครงสร้างของการบำบัดการรู้คิดของ Ellis (1962) Luria (1961) และ Beck (1976) การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาหรือขจัดความเครียด การจำลองพฤติกรรมและปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา และการบำบัดโดยใช้การแก้ไขปัญหาของ Spivack and Shure (1974) D'Zurilla and Goldfried (1971) และ Mahoney (1977) ปัจจุบันการใช้ศิลปะบำบัดตามแนวคิดนี้มีน้อย นักศิลปะบำบัดต้องศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้เทคนิคนี้ในการดูแลเด็ก เช่น Packard (1977) Roth (1978, 1987) DeFrancisco (1983) และ Rosal (1985-1987, 1993)

- แนวคิดเชิงโครงสร้างส่วนบุคคล (The Personal construct Approaches) โดยทฤษฎีของ Kelly (1955) อธิบายว่าบุคคลต้องการความเข้าใจและควบคุมสิ่งแวดล้อม เปรียบเสมือนนักวิจัยหรือนักวิทยาศาสตร์ที่ต้องค้นคว้าหาความรู้ โดยมีสมมติฐานเกี่ยวกับโลกและตนเองที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของตนเองผ่านบทบาทตัวละครเพื่อรวบรวม

ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติ ในอดีตได้ถูกนำมาใช้กับวัยผู้ใหญ่ ต่อมาจึงมีการนำมาใช้ประเมินและรักษาเด็ก นักจิตวิทยาบางคนนำรูปภาพหรือใช้การวาดรูปร่วมกับตั้งคำถามเกี่ยวความตระหนักในตนเองและกระบวนการขัดเกลาทางสังคม

- แนวคิดเชิงศิลปะบำบัดเพื่อการรู้คิด (The Cognitive Art Therapy Approaches) ใช้ในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเรียนและจำเป็นต้องได้รับการควบคุมตนเองมากขึ้นเช่น กลุ่มโรคสมาธิสั้นและโรคทางพฤติกรรม เพื่อให้เด็กมีจินตนาการ ความรู้สึกผ่อนคลาย การแสดงผ่านตัวละคร การเผชิญกับพฤติกรรม การขจัดความเครียด และการใช้คำพูดสื่อกับตนเอง

- แนวคิดเชิงมนุษยปรัชญา (Anthroposophy)[7] เชื่อว่าศิลปะมีความสัมพันธ์แนบแน่นกับกระบวนการพัฒนาดวงจิตมาอย่างยาวนาน นักโบราณคดีและผู้เชี่ยวชาญด้านมานุษยวิทยาเชื่อว่า เป็นศิลปะที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และจิตวิญญาณ ยุคของศิลปะร่วมสมัยตามความเปลี่ยนแปลงที่ได้จากองค์ความรู้ของ Rudolf Steiner (ค.ศ. 1861-1925) เป็นการลำดับแห่งพัฒนาการทางจิตวิญญาณของมนุษย์ผ่านงานศิลปะ งานคือตัวตนของผู้สร้างสรรค์งานโดยแท้ งานศิลปะบางชิ้นยังได้สะท้อนถึงความคิดและกระบวนการของการทำงานเชิงกลวิธีมากกว่าเหตุผลทางความงามหรือเหตุผลทางจิตวิญญาณดังภาพวาดในอดีต นอกจากนี้การระบายสียังเป็นแขนงหนึ่งที่มุ่งเน้นเรื่องสี รูปทรง เส้น และบทเรียนในการบำบัด ซึ่งเป็นการมองศิลปะเพื่อการแสดงออกและความประทับใจที่เน้นการกระทำจากภายนอกร่างกายเข้าสู่ภายใน สร้างสมดุลหรือขจัดภาวะที่ติดขัด และการถูกกดดันภายในให้หลุดหรือคลายออกได้

ศิลปะสามารถใช้ได้กับมนุษย์ทุกคนที่มีปัญหาทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาวเช่น ปัญหาการปรับตัวในโรงเรียน ปัญหาส่วนตัวในบ้าน หรือเป็นคนวัยทำงานที่มีความเครียดหรือได้รับความกดดัน หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ชอบใช้คำพูด มีอารมณ์รุนแรง และต่อต้านการรักษา หรือแม้แต่คนธรรมดาทั่วไปที่อยากสำรวจความรู้สึกนึกคิดภายในใจของตนเอง การนำกระบวนการทางศิลปะมาใช้ในการบำบัดเปรียบเสมือนสื่อให้ผู้ที่ได้รับบำบัดได้แสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ผ่านงานศิลปะ รวมทั้งสื่อถึงสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจออกมาภายนอกโดยไม่ต้องใช้คำพูดจนเกิดการยอมรับและตระหนักในความเป็นจริง การบำบัดโรคทางจิตใจมีหลายรูปแบบและหลายเทคนิค หลักปฏิบัติของศิลปะบำบัดคือ การใช้ศิลปะเป็นสื่อในการแสดงออกอย่างอิสระถึงอารมณ์ ความรู้สึก ความขัดแย้งและความต้องการแทนการใช้คำพูด วิธีนี้เสนอให้ผู้รับการบำบัดได้สำรวจความคิดและความรู้สึกต่างๆ ในบรรยากาศที่เอื้ออำนวย ผ่านการแสดงออกทางศิลปะผ่านอุปกรณ์หรือวัสดุต่างๆ เช่น สีน้ำ ดินเหนียว ถ่าน สีเทียน สีชอล์ก สีไม้ สีผสมอาหาร ภาพตัดปะ เป็นต้น เพื่อช่วยนำผู้รับการบำบัดสู่กระบวนการบำบัดจากการค้นพบตนเอง สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัด เน้นที่กระบวนการสร้างผลงานมากกว่าการสิ้นสุดของงาน เสมือนเป็นการเปิดประตูไปสู่จิตไร้สำนึก และแสดงออกสิ่งที่ไม่สามารถแสดงออกเป็นคำพูดได้ Rubin กล่าวถึงขั้นตอนของศิลปะบำบัดดังนี้[8]

1. ขั้นทดสอบ (Testing) เด็กส่วนใหญ่จะไม่แน่ใจหรือไม่วางใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ที่เพิ่งรู้จัก จึงเกิดการทดสอบขึ้นได้หลายรูปแบบเช่น การเรียกร้องขออุปกรณ์เพิ่มเติม การเรียกร้องความสนใจ การจำกัดเวลา และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในระหว่างการบำบัด สิ่งสำคัญคือผู้ให้การบำบัดต้องรักษาเวลาให้เสร็จสิ้นตามที่กำหนดไว้ สื่อสารให้เข้าใจชัดเจนถึงประโยชน์ที่เด็กจะได้รับการสร้างสัมพันธภาพโดยการแสดงออกถึงความใจดี ใจเย็น และการให้ อย่างไรก็ตามการกระทำดังกล่าวเป็นเพียงการสร้างความพึงพอใจให้กับเด็กเท่านั้น ยังไม่สามารถสร้างความรู้สึกปลอดภัยเพื่อแสดงออกอย่างเปิดเผยได้ ดังนั้นในขั้นแรกจึงเน้นการสร้างความไว้วางใจและมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีโดยการสร้างความพึงพอใจให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการคุกคาม (threatening) ช่วยเหลือเด็กให้เรียนรู้ถึงสิ่งที่คาดหวังในการแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองผ่านผลงานศิลปะ อย่างไรก็ตามการแปลความหมาย (Interpretation) และการเผชิญหน้า (Confrontation) ยังไม่ควรนำมาใช้ในขั้นตอนนี้

2. ขั้นไว้วางใจ (Trusting) อาจใช้ระยะเวลาแตกต่างกันในแต่ละคน ผู้ให้การบำบัดควรมีความอดทนเป็นพิเศษ ในแต่ละครั้งของการปฏิบัติควรรักษาความสม่ำเสมอในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น สถานที่ เวลา การจัดวางอุปกรณ์ ขั้นตอนการทักทาย การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการกล่าวลา เด็กจะสามารถคาดการณ์ได้ว่า จะทำอะไรต่อไป เนื่องจากมีความไม่แน่นอนความกังวลมีอยู่มากเพียงพอในตัวเด็กที่มีปัญหาทางจิตใจจึงไม่ควรเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอนให้แก่เด็กอีก การป้องกันไม่ให้เด็กมีความรู้สึกว่าถูกบุกรุกและถูกหักหลังจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก ควรจัดช่วงจังหวะเวลาให้ดีในระหว่างการบำบัด หากมีการจดบันทึกควรจะอธิบายให้ชัดเจนถึงวัตถุประสงค์และการรักษาข้อมูลเป็นความลับ เพราะเด็กจะกลัวและระแวงได้ ดังนั้นจึงไม่ควรเปิดเผยความลับของเด็กให้ผู้ใดทราบ ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ครูที่โรงเรียน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ความรู้สึกไว้วางใจจะได้รับการพัฒนาขึ้นทีละน้อยและอาจถดถอยได้ภายใต้ความรู้สึกกดดัน ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้การบำบัด โดยเฉพาะในระหว่างการสนทนาและยังสังเกตได้จากสัญลักษณ์ที่ใช้ในภาพวาดด้วย

3. ขั้นกล้าเสี่ยง (Risking) เป็นการเปิดเผยความคิด ความรู้สึกที่ฝังอยู่ลึกๆ ภายในใจของเด็ก บางครั้งตัวเด็กเองไม่เคยรู้สึกตัวมาก่อน เด็กจะระบายความคิด ความรู้สึกดังกล่าวผ่านทางภาพวาดอย่างเปิดเผย กล้าลองกล้าเสี่ยง

4. ขั้นสื่อสาร (Communication) การสร้างความไว้วางใจและกระตุ้นให้เด็กกล้าที่จะเผชิญความกลัวภายในจำเป็นต้องอาศัยวิธีการสื่อสารโดยการใช้วาจาและท่าทาง อาจใช้เวลานานในการลองผิดลองถูกจนกว่าจะค้นพบความหมาย ภาพพจน์และกรอบแห่งการอ้างอิงของเด็กแต่ละคน ซึ่งจะยากมากขึ้นในกรณีที่เด็กมีปัญหาด้านการพูด เด็กปัญญาอ่อน และเด็กที่มีปัญหาทางจิต

5. ขั้นเผชิญหน้ากับความเป็นจริง (Facing) นับว่าเป็นขั้นตอนที่ยากที่สุด ซึ่งต้องพิจารณาถึงความพร้อมของเด็กที่จะสามารถยอมรับความเป็นจริงได้หรือไม่ วิธีการเผชิญหน้าจึงควรดัดแปลงตามความเหมาะสมของเด็กแต่ละคน เพื่อช่วยให้เด็กได้เห็นความเกี่ยวข้องของความหมายในภาพวาดของตนเอง ดังนั้นการเผชิญหน้าอาจนำไปสู่ความจริงอันเจ็บปวดที่จำเป็นจะต้องใช้ระยะเวลานาน ขณะที่เด็กพยายามหลีกเลี่ยงความจริง ความเข้าใจและการยอมรับผู้ให้การบำบัด กลไกการป้องกันตัวเองของเด็กในขั้นตอนนี้จึงมีความสำคัญเช่นเดียวกับความเข้าใจต่อการแสดงออกของเด็กจากภาพวาดในขั้นตอนที่ผ่านมา

6. ขั้นทำความเข้าใจ (Understanding) หลังจากผ่านพ้นความสับสนในตนเองแล้วจะมาถึงจุดที่เด็กเข้าใจความสับสนที่ซ่อนอยู่ภายในใจของตนเองมากขึ้นหลังจากที่ได้รับการเปิดเผยและเผชิญหน้าแล้ว

7. ขั้นยอมรับ (Accepting) เด็กจะเริ่มยอมรับความคิดความรู้สึกทั้งด้านดีและไม่ดีของตนเองได้

8. ขั้นรับมือ (Coping) เป็นการให้เด็กได้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

9. ขั้นยุติหรือแยกจาก (Separating) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัด การบอกลาที่ดีจะช่วยสร้างขวัญและกำลังใจที่ดีให้แก่เด็กในการดำเนินชีวิตต่อไป

แท้จริงแล้วในแต่ละขั้นตอนจะมีการแยกจากกันอยู่ในตัวเช่น การแยกความจริงจากความฝันและการแยกปม (Conflict) ที่ทำให้ไม่สบายใจออกจากตัวเด็ก สิ่งที่ควรให้ความสำคัญคือ การสร้างความไว้วางใจที่จะทำให้เด็กเปิดเผยตัวเองผ่านสัญลักษณ์ต่างๆ โดยผู้ให้การบำบัดให้การยอมรับและพยายามที่จะเข้าใจความหมายของสัญลักษณ์ด้วยวิธีต่างๆ เพื่อเข้าสู่โลกภายในของตัวเด็กและช่วยให้ตนเองสามารถค้นพบตัวตนที่แท้จริงผ่านทางศิลปะได้ [8,9,10]

ผลดีของการรักษาโดยใช้ศิลปะมีหลายประการ ประการแรกคือ ศิลปะเป็นงานด้านสุนทรียภาพ ทำให้ระดับอารมณ์ของผู้รับการบำบัดหรือเจ้าของงานดีขึ้น ก่อให้เกิดความตระหนักรู้และความภาคภูมิใจในตนเอง ประการที่สองเป็นผลจากการศึกษาที่พบว่า ขณะทำกิจกรรมทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและเป็นสุข นอกจากนี้การสร้างงานศิลปะยังให้ประโยชน์แก่ผู้ที่ต้องการบริหารตาและมือเนื่องจากการกระตุ้นเส้นกระแสประสาทจากสมองสู่มือ

โดยสรุป ศิลปะเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยนำศิลปะมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดเช่น การทำจิตบำบัด กิจกรรมศิลปะและจิตวิทยามีความเกี่ยวพันกับอารมณ์ ศิลปะเป็นงานรังสรรค์ความสวยงามที่เป็นจริงก่อให้เกิดผลด้านบวกต่ออารมณ์ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกายและทางอารมณ์ที่มีความลำบากในการพูดถึงความคิดและความรู้สึก หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ถูกซ่อนเร้นจากจิตสำนึก ซึ่งผู้ให้การบำบัดควรจะเป็นคนที่มีอารมณ์ขันและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย

บรรณานุกรม

1. อำไพขนิษฐ สมานวงศ์ไทย เลิศศิริร์ บวรกิตติ. ศิลปกรรมบำบัด. ธรรมศาสตร์เวชสาร ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2549: 243-7.
2. Rosal ML. Approaches to art therapy with children. Burlingame: ABBEY GATE PRESS, 1996.
3. Kramer E. Art as therapy with children. New York: Schocken, 1971.
4. ฟ้าใส วิเศษกุล. ศิลปะบำบัดเชิงจิตวิทยาเบื้องต้น. หนังสือรวมบทความการประชุมวิชาการศิลปะบำบัด: ในสถานะที่ไร้พรมแดน. กรุงเทพฯ: บริษัทมติชน จำกัด (มหาชน), 2553.
5. Silver RA. Three art assessments: the Silver drawing test of cognition and emotion; Draw a story: screening for depression; and Stimulus of drawing and techniques. New York: Brunner-Routledge, 2002.
6. พรจิตร ธนจิตศิริพงศ์. ผลของการใช้ศิลปะบำบัดร่วมกับการให้คำปรึกษาตามแนวทฤษฎีพิจารณาเหตุผลและอารมณ์เพื่อพัฒนาความรู้คิดและอารมณ์ของเยาวชนในสถานฝึกและอบรมบ้านกรุณา สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.
7. อนุพันธ์ พฤกษ์พันธ์ขจี. ศิลปะบำบัดคืนความสมดุลสู่ชีวิต ความเข้าใจของการวาดภาพระบายสีเพื่อการบำบัดบนพื้นฐานแนวคิดมนุษยปรัชญา. หนังสือรวมบทความการประชุมวิชาการศิลปะบำบัด: ในสถานะที่ไร้พรมแดน. กรุงเทพฯ: บริษัทมติชน จำกัด (มหาชน), 2553.
8. Rubin JA. Child art therapy. New Jersey: John Wiley and sons, Inc., 2005.
9. ภารดี กำภู ณ อยุธยา. ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กอายุ 9-11 ปี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
10. พดุงศักดิ์ คชสำโรง. ผลของการสอนระบายสีต่อการรับรู้และการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็กในมูลนิธิคุ้มครองเด็ก: กรณีศึกษาเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศิลปศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.