บทที่ 2
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
   1.1 ความหมายของการผ่าตัด
   1.2 ชนิดของการผ่าตัด
   1.3 ระยะของการผ่าตัด
   1.4 ผลกระทบของการผ่าตัดต่อสมาชิกในครอบครัว
2. แนวคิดเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่
   2.1 ความหมายของครอบครัว
   2.2 ภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่
3. ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่
   3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการ
   3.2 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่
   3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ
   3.4 การพยาบาลสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ความหมายของการผ่าตัด

การผ่าตัด (Operation/ Surgery) การผ่าตัดมีมาตั้งแต่สมัยโบราณเป็นเวลาพัน ๆ ปี และได้มีการพัฒนาเรื่อย ๆ มาโดยเป็นหัตถการที่ศัลยแพทย์ต้องใช้เครื่องมือ หรือมีดผ่าตัด กรีดผ่านชั้นผิวหนัง เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ สู่อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดแตกต่างกันตามแต่พยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น เพื่อการรักษา (Ablative or Curative Surgery) เพื่อการวินิจฉัย หรือเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative Surgery) โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะมีพยาธิสภาพ หรือปัญหา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ คือมีความพิการแต่กำเนิด (Congenital Deformities)ได้รับอุบัติเหตุ (Trauma) เป็นก้อนทูม เนื้องอก หรือมะเร็ง (Benign or Malignant Neoplasm) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ (Complication of Medical Disorder) เช่น มีแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ แผลเรื้อรัง อวัยวะเป็นหนอง มีเลือดออก หรือมีการอุดตันของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบไหลเวียนน้ำดี ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก หรือไม่มีพยาธิสภาพของโรค แต่ต้องการผ่าตัดตกแต่งเพื่อความสวยงาม (Cosmetic or Plastic Surgery) และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติของผู้ป่วย พ้นจากภาวะคุกคามของโรค (นันทา เล็กสวัสดิ์ 2534; Jowers & Burrell, 1992 อ้างถึงใน ไสว นรสาร, 2540; นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และพิชาณี แสนมโนวงศ์, 2542)

ชนิดของการผ่าตัด

ชนิดของการผ่าตัดจำแนกตามขนาดและความรุนแรงของการเสี่ยงต่อโรค สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (ไสว นรสาร, 2540)

1. การผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย แพทย์อาจจะต้องตัดอวัยวะสำคัญบางส่วนออกไป หรือผ่าตัดแก้ไขเพื่อให้อวัยวะนั้นคงทำหน้าที่ได้ การผ่าตัดชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดมาก เนื่องจากการผ่าตัดชนิดนี้ต้องใช้เวลานานในการทำผ่าตัด และใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป อาจมีการสูญเสียเลือดมาก อวัยวะสำคัญอาจถูกตัดทิ้ง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก

2. การผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายน้อย ส่วนใหญ่ใช้เวลาสั้น มีภาวะเสี่ยงน้อย การให้ยาระงับความรู้สึกมักเป็นการให้ยาชาเฉพาะที่หรือจำแนกตามความรีบด่วนโดยใช้ระยะเวลาเป็นเกณฑ์ตัดสิน สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

2.1 การผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องรีบทำทันทีเพื่อรักษาชีวิต ห้ามเลือด หรือเอาอวัยวะที่ถูกทำลายออก

2.2 การผ่าตัดด่วน (Urgent or Imperative Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่จำเป็นต้องทำภายใน 24-48 ชั่วโมง

2.3 การผ่าตัดที่เลือกเวลาได้ (Elective Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่สามารถรอได้เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

2.4 การผ่าตัดที่มีการจัดตารางไว้ล่วงหน้า (Planned or Required Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการจัดตารางไว้ล่วงหน้านานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน (Barrett, 1993; Jowers & Burrell, 1992; Macheca, 1993 อ้างถึงใน ไสว นรสาร, 2540)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ระยะของการผ่าตัด

โดยทั่วไปแบ่งระยะของการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการผ่าตัด เป็น 3 ระยะ คือ (เรณู อาจสาลี, 2550; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008)

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Phase) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยทราบว่าต้องรับการผ่าตัดจนถึงเมื่อส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การเตรียมผ่าตัด โดยการประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยให้พร้อมรับการผ่าตัด และเซ็นต์ใบยินยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้นการให้ความรู้จะต้องจัดให้เหมาะสม และจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยควรจะต้องรู้และปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น

2. ระยะระหว่างผ่าตัด (Intraoperative Phase) เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจนผ่าตัดเสร็จ และย้ายผู้ป่วยเข้าห้องสังเกตอาการ (Recovery Room) หลังผ่าตัดแล้ว การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การช่วยแพทย์ทำการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด ตลอดจนการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลบนหอผู้ป่วย

3. ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Phase) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าห้องสังเกตอาการ (Recovery Room) จนถึงเมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ และเข้าสู่ภาวะปกติ การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ (อรพินท์ หลักแหลม, 2545)

3.1 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีในห้องสังเกตอาการ หรือห้องพักฟื้น (Immediate Phase) จะเป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย ทุก 10-15 นาที นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรือจนผู้ป่วยตื่นดี

3.2 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย (Ongoing Phase) จะเป็นการส่งเสริมการหายจากโรค ส่งเสริมการหายของบาดแผล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจนเข้าสู่ภาวะปกติในที่สุด

จากความหมายการผ่าตัดใหญ่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องใช้ยาสลบหรือยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือเฉพาะที่ในการผ่าตัดอวัยวะที่สำคัญที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้ง่าย หรือการผ่าตัดที่ต้องใช้ระยะเวลาการผ่าตัดตั้งแต่ 30 นาทีเป็นต้นไป (คู่มือการตอบข้อมูล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ความหมายการผ่าตัดใหญ่ หมายถึง การผ่าตัดที่มีระยะเวลาในการผ่าตัดนานเกินครึ่งชั่วโมง และใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ได้แก่ การผ่าตัดทางศัลยกรรม

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ซึ่งเกี่ยวกับอวัยวะภายในช่องท้อง ทางเดินปัสสาวะ เต้านม ปอด ต่อมไทรอยด์ และการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก

ผลกระทบของการผ่าตัดต่อสมาชิกในครอบครัว

การผ่าตัดยังคงเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดโดยมีการเตรียมการล่วงหน้า หรือการผ่าตัดที่มีการจัดดารางไว้ล่วงหน้าก็ตาม ล้วนเป็นภาวะวิกฤตที่ไม่ได้คาดหวังมาก่อน ถ้าความต้องการของสมาชิกครอบครัวยังไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้สมาชิกครอบครัวแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีพฤติกรรมฉดถอย แยกตัวเอง เฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ตำหนิผู้อื่น ระดับความรู้สติ ความจำหรือสมาธิเสีย กระบวนการทางความคิด การรับรู้ถูกรบกวน สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำๆ น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป และใช้กลไกการป้องกันตัวโดยไม่รู้สึกตัว การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น เมื่อผลกระทบด้านจิตใจไม่ได้รับการตอบสนองทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อ ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติ และยิ่งนาน ๆ เข้าสมาชิกครอบครัวจะแสดงพฤติกรรมไม่ไว้วางใจบุคลากรในโรงพยาบาล ไม่ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาล หรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการที่สมาชิกครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้และดกอยู่ในภาวะวิกฤตนั้นเอง (Testani-Dufour, et al. 1992, p. 317 อ้างถึงใน วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2543)

ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือครอบครัว โดยตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกครอบครัวก่อนการประเมินจึงเป็นขั้นตอนแรกที่จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวเพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

สรุปจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ยังคงเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดโดยมีการเตรียมการล่วงหน้าหรือการผ่าตัดฉุกเฉินก็ตาม ล้วนเป็นภาวะวิกฤตที่ไม่ได้คาดหวังมาก่อน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

แนวคิดเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

ความหมายของครอบครัว

ได้มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายประการ ดังนี้

Rankin (1989) กล่าวว่าครอบครัวหมายถึง กลุ่มบุคคล 2 คนขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในสถานที่เดียวกัน มีความผูกพันใกล้ชิดกันด้านอารมณ์ ความรู้สึก และมีการตอบสนองความต้องการด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความต้องการทางเพศ

Majasaari (2005) กล่าวว่า ครอบครัวหมายถึง กลุ่มบุคคล 2 คนขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในสถานที่เดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด สนใจทุกข์สุขซึ่งกันและกัน มีการตอบสนองความต้องการในด้านความรัก เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความต้องการทางเพศ

รุจา ภู่ไพบูลย์ (2541) กล่าวว่า ครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะดังต่อไปนี้ คือ 1) ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คน ขึ้นไป 2) สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือทางกฎหมาย 3) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ 4) สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทตน

ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ลักษณะครอบครัวไทยมีความหลากหลายมากขึ้นมิใช่มีเพียง พ่อ แม่ ลูก เท่านั้น อีกทั้งยังมีรูปแบบและการปฏิบัติหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป บุคคลจะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้ต้องอาศัยพื้นฐานที่ดีจากครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด และเป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่งที่บุคคลจะใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมอื่น ๆ นับแต่เกิดจนถึงตาย สมาชิกทุกคนมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น มีความรักซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีหน้าที่สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม อบรมเลี้ยงดู หล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นแหล่งถ่ายทอดวัฒนธรรมจากรุ่นหนึ่งไปสู่รุ่นต่อ ๆ ไป นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งช่วยเหลือให้บุคคลฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ได้

ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสถาบันสังคมที่ให้การอบรมเลี้ยงดูและดูแลบุคคลตั้งแต่ปฐมวัย ครอบครัวจึงเป็นหน่วยในสังคมยิ่งต่อความผาสุก และสุขภาพของสมาชิกครอบครัวซึ่งครอบครัวจะช่วยดูแลบุคคลทั้งที่อยู่ในสภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วยอีกทั้งยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือบุคคลให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านไปได้ด้วยดี (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) และมีผลอย่างมากต่อสมาชิกในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคล ซึ่งอาจทำนายถึงความล้มเหลวหรือความสำเร็จในชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Friendman, 1986, p.3) และยังกลายเป็นหน่วยสำคัญของการช่วยเหลือฟื้นฟู ทั้งทางด้านสังคมและด้านสุขภาพอนามัยด้วย (อุทุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) เมื่อสมาชิกคนใด

คนหนึ่งในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ถือเป็นภาระที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแล (Craven & Sharp, 1972) มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบทั้งการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย และการทำหน้าที่แทนผู้เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดสมดุลในครอบครัว คงไว้ซึ่งบทบาท หน้าที่และโครงสร้างของครอบครัว ยังเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไม่เพียงมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งบางครั้งอาจมีความเครียดมากกว่าผู้ป่วยเอง (Rukholm, et al., 1991)

สมาชิกครอบครัวผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ สมาชิกของครอบครัว บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร สามี ภรรยา ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพัน และห่วงใยดูแลซึ่งกันและกัน

ภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

1. ความหมายของภาวะวิกฤต มีผู้สนใจและให้ความหมายของภาวะวิกฤตไว้หลากหลาย ดังนี้

Aquilera และ Messick (1982) กล่าวว่าภาวะวิกฤตสามารถให้ความหมายได้ 2 ลักษณะ คือหมายถึง “อันตราย” เนื่องจากเป็นสิ่งคุกคามต่อบุคคล และครอบครัวซึ่งมักเกิดขึ้นในระยะแรกที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต แต่เมื่อเวลาผ่านไปภาวะวิกฤตอาจเปลี่ยนแปลงเป็น “โอกาส” เนื่องจากระหว่างที่บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตนั้น บุคคลจะมีโอกาสได้พัฒนากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา ทำให้ตนเองสามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น

Caplan (1964 อ้างถึงใน Hickey, 1993) ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่า เป็นสิ่งที่ไม่คาดคิด เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับอุปสรรคที่คุกคามต่อเป้าหมายชีวิต และไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาปกติ นอกจากนี้ภาวะวิกฤตยังเป็นผลของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสภาพแวดล้อม 3 อย่างคือ 1) เหตุการณ์อันตรายซึ่งคุกคามบุคคลหรือครอบครัว 2) เหตุการณ์อันตรายที่บุคคลหรือครอบครัวรับรู้ว่าคล้ายกับเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง 3) กลไกการเผชิญปัญหาปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่ไม่ประสบผล สำเร็จในการจัดการกับภาวะคุกคามนี้

Dunbar และ Mclain (1993) กล่าวว่าภาวะวิกฤตหมายถึง การดิ้นรนต่อสู้เพื่อการปรับตัวในการเผชิญปัญหา ซึ่งมีเวลาจำกัดในการแก้ไข

O’Malley et al. (1991) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตไว้ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บทบาท การดำเนินชีวิต และการพึ่งพาผู้อื่น

จากความหมายดังกล่าวมาแล้ว อาจสรุปได้ว่าภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัว หมายถึงสถานการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอันตรายและคุกคามต่อตนเอง และครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ทำให้มีการสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ เกิดความเครียด รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกกลัว และไม่สามารถแก้ไขได้โดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติ และบุคคลคาดว่าอาจไม่มีเวลาเพียงพอในการแก้ไขได้ทันการ

2. ระยะของภาวะวิกฤต

Caplan (1964 อ้างถึงใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) แบ่งระยะของภาวะวิกฤตเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีความกดดันเกิดขึ้น แต่บุคคลสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหาปกติแก้ไขได้จนเป็นปกติ ผ่านอุปสรรคไปได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่แรงกดดันมากขึ้น และบุคคลพยายามใช้กลไกในการเผชิญปัญหาปกติแก้ไข แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้รู้สึกมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีแรงกดดันเพิ่มมาก จนมีผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวรุนแรงจนไม่สามารถใช้การเผชิญปัญหาตามปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป เป็นระยะที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางการแก้ปัญหาให้แตกต่างจากเดิมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวล เช่น มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นโดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจนต้องการเข้ารับการผ่าตัด ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และเป็นภาวะวิกฤตด้านร่างกายของผู้ป่วย (Physiological Crisis) และมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย คือทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตด้านจิตใจ (Psychological Crisis) และสมาชิกครอบครัวต้องเผชิญภาวะวิกฤตระยะที่แรงกดดันมากขึ้น

3. ชนิดของภาวะวิกฤต

โดยทั่วไป อาจแบ่งภาวะวิกฤตออกได้เป็น 2 ชนิด ดังนี้ (Aquilera & Messick, 1982)

3.1 ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ (Maturational Crisis) อาจเกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของพัฒนาการชีวิตของบุคคลหรือครอบครัว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะระยะของการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการที่บุคคลหรือครอบครัวที่กำลังอยู่ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้

3.2 ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Situation Crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า เช่น ความเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุหรืออุบัติภัยต่าง ๆ เช่น ภัยธรรมชาติ ตลอดจนภาวะที่ทำให้มีการกระทบกระเทือนทางจิตใจและ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สังคม เช่น การพลัดพรากจากคนรัก การหย่าร้าง และความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของคู่สมรส และบุคคลภายในครอบครัว

จากการศึกษาครั้งนี้สมาชิกครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Situation Crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า จากการที่สมาชิกในครอบครัวต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการผ่าตัดใหญ่เป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลถึงผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ

4. ผลกระทบ และการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

ความเจ็บป่วยจนต้องรับการผ่าตัดที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วยเสมอ (Gilliss et al., 1988) ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่รู้ การผ่าตัดถือเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล และก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ หากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมองว่าการผ่าตัดเป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง เกิดภาวะคุกคามความสมดุลของครอบครัว (Meisel, 1991) ทำให้โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การเผชิญกับสถานการณ์ของปัญหาซึ่งไม่สามรถแก้ไขได้ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย วิตกกังวล (Meisel, 1991) ซึ่งผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยต้องรับการผ่าตัดใหญ่ต่อสมาชิกครอบครัวในด้านต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พอสรุปได้ดังนี้

4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลม คลื่นไส้ ท้องเสีย (Epperson, 1977) มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร (Halm et al, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horn และ Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้อง และไม่สบายท้อง ร่างกายทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (วิมลรัตน์ ภู่วรวุฒิพานิช, 2535; Gilliss et al., 1988; Meisel, 1991)

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ โดยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (มยุรี สุขุปัญญารักษ์ และคณะ, 2541) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะภาวะวิกฤตอีกหลายการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในการลดความวิตกกังวลมากที่สุด (เกลียวพันธ์ ชินเมธีพิทักษ์ และคณะ, 2539; จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ์ และคณะ, 2536; มณทิพย์ ปฏิทัศน์, 2543; อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538) ดังการศึกษาของอารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) ที่ศึกษาความวิตกกังวล

ของครอบครัวผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ครอบครัวผู้ป่วยยังมีอาการกระสับกระส่าย สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543)

4.3 ผลกระทบด้านสังคม การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้สมาชิกครอบครัว วิตกกังวลเป็นห่วงผู้ป่วย ทำให้ต้องอยู่เฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะผ่าตัดแล้วเสร็จสิ้นเมื่อใด ทำให้ขาดการติดต่อกับบุคคลภายนอกและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วยเนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (Meisel, 1991) ต้องดูแลผู้ป่วย มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) ดังการศึกษาของ Horn และ Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

4.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงและมีการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาทางการเงิน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลแก่ครอบครัว (Bernstein, 1990) ดังการศึกษาของรุ่งรัตน์ วณิชาภิชาติ (2540) ที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม และศัลยกรรม พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประเมินตัดสินว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียด และก่อให้เกิดความวิตกกังวล

จากการศึกษาผลกระทบของการผ่าตัดต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่จะเห็นได้ว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ คือเกิดความวิตกกังวล ถ้าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่มีความวิตกกังวลสูงก็จะไม่สามารถรับรู้ เผชิญ และแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของโครงสร้างทางจิตใจและพฤติกรรม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง และไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาได้ (Murray & Hvelskoetter, 1983) ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการที่มากขึ้นกว่าภาวะปกติ เพื่อให้สามารถคงความสมดุลของครอบครัวไว้ได้ (Bluhm, 1987)

5. การตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต่อการผ่าตัด

เมื่อมีการผ่าตัดของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหรืออาจเป็นสมาชิกหลาย ๆ คนช่วยดูแล (May, 1993) สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่น้อง ลูกหลาน หรือสามี ภรรยา ต้องทำหน้าที่เป็นผู้เผชิญปัญหา เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้ การเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการผ่าตัดทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบกระเทือนต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ภาวะวิกฤตนี้เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยผ่าตัด และเป็น

ภาวะวิกฤตของสมาชิกผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ โดยผู้ป่วยผ่าตัดเกิดภาวะวิกฤตทางร่างกาย ส่วนสมาชิกครอบครัวจะเกิดภาวะวิกฤตด้านจิตใจ (Robert, 1986) โดยเฉพาะขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ เป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งเกิดจากการถูกแยกจากผู้ป่วย การไม่มีความรู้เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและความเสี่ยงจากการได้รับยาดมสลบ (Dinne, 1984)

การตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต่อการผ่าตัด ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว มีการตอบสนองตามที่ Aquilera และ Messick (1982) ได้แบ่งระยะการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤตเป็น 4 ระยะตามลำดับดังนี้ คือ

1. ระยะช็อกหรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้ รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก ไม่เชื่อ ชาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่งโมง หรือบางคนมีอาการหลายชั่วโมง

2. ระยะถอยหลีกหรือระยะสับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง มีทั้งความรู้สึกโกรธและสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง อาจมีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3. ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่ครอบครัวผู้ป่วยเริ่มยอมรับ และหาทางแก้ไขปัญหา ความคิดสงบลงไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งในระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4. ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ในระยะเวลานี้ครอบครัวผู้ป่วยจะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

การตอบสนองของสมาชิกครอาเครัวผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยวิกฤต จะเกิดได้ทุกระยะทั้งนี้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ในระยะแรกจะอยู่ในระยะช็อก ระยะถอยหนีหรือระยะสับสน เมื่อผ่านระยะนี้ไปจะเข้าสู่ระยะที่ยอมรับและเริ่มหาทางแก้ไข จนเข้าสู่ระยะปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม

ความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตหรือเพื่อรักษาสมดุลของการดำรงชีวิต ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม (Kraegal, Mousseau, Goldsmith, &

Arora, 1974; Taylor et al., 2001) ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติและไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการในการพัฒนาตลอดชีวิตและความต้องการเป็นพลัง ผลักดันให้มีพฤติกรรมบางประการเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการ ความต้องการมีลักษณะเป็นลำดับขั้น และค่อย ๆ พัฒนาสูงขึ้นตามลำดับ เมื่อความต้องการในขั้นต้นได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ ความต้องการลำดับต่อไปจะเกิดขึ้นตามมา (Maslow, 1970) ความต้องการพื้นฐานของบุคคลทั่วไป มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการ และได้ให้ความหมายของความต้องการไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

ความต้องการ (Need) จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานเป็นคำกริยา หมายถึง อยากได้ ใคร่ได้ ประสงค์ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ(2541) ให้ความหมายของคำว่าความต้องการว่า มนุษย์เรามีความต้องการตามธรรมชาติ ถ้าได้พบความปรารถนาดังความสมประสงค์ก็จะนิยมชมชอบเกิดความมั่นใจในตนเองและมีความมานะพยายามที่จะทำประโยชน์ต่อไป เพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม หากผิดหวังหรือไม่สมปรารถนาก็จะเกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้ และเป็นผู้สิ้นหวัง

จันทร์เรือง เตปิน (2544) กล่าวว่าความต้องการ (Need) หมายถึง ความปรารถนาในสิ่งที่มีความจำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข เพื่อรักษาภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิต

สิริพร เชาว์ลักษณ์สกุล (2545) ให้ความหมายของความต้องการว่า หมายถึง ความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่จำเป็น เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือเป็นสุขขึ้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นนั้นแล้ว จะทำให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวลแก่บุคคลนั้นได้

มาสโลว์ (Maslow, 1970) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า หมายถึง ความปรารถนาบางสิ่งบางอย่าง บุคคลมีความต้องการตลอดเวลาไม่มีที่สิ้นสุด เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ซึ่งบุคคลเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณของความต้องการ ความต้องการพื้นฐานของบุคคลจะเริ่มจากสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการอยู่รอดของร่างกายต้องได้รับการตอบสนองก่อนอย่างเพียงพอก่อน จึงจะเกิดการพัฒนาความต้องการในระดับที่สูงกว่าต่อไป

Kraegel และคณะ (1974) ให้ความหมายของความต้องการว่า เป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็น เพื่อการคงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม

ยูราและวอลส์ (Yura & Walsh, 1983) ได้กล่าวว่า ในเวลาที่บุคคลมีความเจ็บป่วยมีภาวะวิกฤติ หรือมีความเครียดจะมีผลทำให้เกิดความต้องการ โดยเฉพาะในเวลาที่มีภาวะคุกคามชีวิตที่อาจทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต จะมีความต้องการที่จะลดสิ่งที่มาคุกคามชีวิตเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ซึ่งเป็นความต้องการที่อยากได้รับการค้นพบมาก และต้องการการรักษาดูแลและเอาใจใส่มากเป็นพิเศษ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ฮินด์ส (Hinds, 1985) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความไม่ตรงกัน ระหว่างแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และสิ่งที่เป็นความประสงค์

วินเกทและเลคกี (Wingate & Leckey, 1989) ให้ความหมายของความต้องการไว้คือ แรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการปรับการรับรู้ถึงสิ่งที่ขาดไปให้เข้าสู่ภาวะสมดุล

อิลลิสและนาวลิส (Ellis & Nowlis, 1994) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า เป็นความประสงค์ของบุคคลในสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความต้องการ หมายถึง ความปรารถนาที่จะได้รับสิ่งซึ่งมีความจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความคับข้องใจ และอาจไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุขได้ จากการศึกษาครั้งนี้สรุปความต้องการได้ว่าเป็นความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ

ประเภทของความต้องการ

มาสโลว์ (Maslow, 1970) แบ่งความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลออกเป็น 5 ขั้น เรียงลำดับดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานที่ต้องมาก่อนเป็นอันดับแรก มีความจำเป็นมากในการดำรงชีวิตของบุคคล เกี่ยวข้องกับขบวนการทางสรีรวิทยา เช่น อากาศหายใจ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การไหลเวียนโลหิต อุณหภูมิร่างกาย การเคลื่อนไหว การพักผ่อนนอนหลับ ความสุขสบายต่าง ๆ เป็นต้น (Taylor et al., 2001) รวมถึงการมีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และการออกกำลังกาย

2. ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety and Security Need) เป็นความต้องการที่เกี่ยวกับการปกป้องบุคคลให้พ้นจากอันตรายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจปราศจากความกลัว ความวิตกกังวล และความหวั่นใจ สมาชิกครอบครัวรู้สึกต้องการความปลอดภัยขณะที่ผู้ป่วยรับการผ่าตัด เนื่องจากกลัวในสิ่งไม่รู้

3. ความต้องการความรักและรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วม (Love and Belonging Needs) เป็นความต้องการ ความเข้าใจ การยอมรับ และความรักจากบุคคลอื่น มีความต้องการรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วม และเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น การที่บุคคลรับรู้ว่าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับความรัก และรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมจะทำให้รู้สึกอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยว แยกตนเอง อาจมีอาการมากจนเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้

4. ความต้องการความภาคภูมิใจ (Self-esteem Needs) เป็นความต้องการที่จะได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น และสังคมสิ่งแวดล้อม เป็นความต้องการเมื่อบุคคลเปลี่ยนบทบาทเป็น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ และสัมพันธภาพที่เปลี่ยนไป การได้รับการตอบสนองด้านนี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและยอมรับตนเอง

5. ความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต (Self-actualization Need) เป็นการพัฒนาความต้องการของตนเองจนถึงขั้นสมบูรณ์ และจุดสูงสุดของความต้องการของบุคคล มีความสำเร็จสมหวังในชีวิต จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการลำดับต้น ได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจแล้ว บุคคลจะรู้สึกมีความสุขที่จะทำเพื่อคนอื่น แสวงหาสิ่งที่ดีและถูกต้องในการกระทำไม่คำนึงถึงผลตอบแทน มีจิตใจเหยือกเย็น เมตตา และหวังดีต่อผู้อื่น ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข

จะเห็นว่าจากแนวคิดความต้องการต่าง ๆ เป็นความต้องการของบุคคลโดยทั่วไปหรือเป็นความต้องการของผู้ป่วยโดยตรง แต่สำหรับบุคคลที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่รบกวนความสมดุลทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล และความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการในรายละเอียดที่แตกต่างไปจากความต้องการในภาวะปกติ

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนมีความต้องการดังกล่าวข้างต้นเพื่อคงความสมดุลของการดำเนินชีวิตตามปกติ การที่บุคคลเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดเป็นภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน ที่คุกคาม ความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของบุคคล (จรรยา หน่อแก้ว, 2536) ทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว ถือเป็นภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัว และมีความต้องการที่จะนำปัจจัยสมดุลต่าง ๆ มาใช้ เพื่อให้ครอบครัวสามารถคงความสมดุลอยู่ได้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจะมีความต้องการในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น กาลิโอเน (Gaglionc, 1984) ได้แบ่งความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Needs) เป็นความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การดูแลรักษา (Dunbar & Mclain, 1993) การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษา (Krozek, 1991) นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย กฎระเบียบ เวลาเยี่ยม และการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ต้องการรู้ประเภทของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Krozek, 1991) ต้องการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลคนเดิม (Millar, 1989) โดยต้องการคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ หรือพูดเร็วจนเกินไปซึ่งจะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลเหล่านี้ อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้ (Gaw-Ens, 1994; Hickey, 1993) จากการศึกษาของคาโมดี ฮิกกี้ และบุกบินเดอร์ (Carmody, Hickey, & Bookbinder, 1991) พบว่าขณะที่รอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ครอบครัวมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด การพยากรณ์โรค

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

และสิ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด จึงทำให้เกิดการแสวงหาข้อมูลเพื่อสนองความต้องการของตน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่สมาชิกครอบครัวนำมาใช้เพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตและพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

2. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายต่าง ๆ ในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤต สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายของตนเองมากนัก เนื่องจากมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวแต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต (Dunbar & Mclain, 1993) โดยความต้องการด้านร่างกายที่สมาชิกครอบครัวระบุว่ามีความต้องการได้แก่ ต้องการให้มีห้องน้ำ และห้องพักใกล้ผู้ป่วยขณะรอเวลาเยี่ยม ต้องการมีอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในห้องพักรอเยี่ยม มีอาหารและของใช้ที่จำเป็นจำหน่ายในโรงพยาบาลและมีโทรศัพท์ใกล้บริเวณหอผู้ป่วย (Krozek, 1991 ;Warren, 1993) และคนคอยช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาตลอดจนต้องการมีคนสนใจดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบ้าง (Warren, 1993)

3. ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Needs) เป็นความต้องการสนับสนุนทางอารมณ์ การมีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน และให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยถือว่าเป็นวิกฤตทางจิตใจ (Psychological Crisis) ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Brose, 1979; Millar, 1989) โดยความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวลโดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความไม่แน่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังมีความต้องการได้รับการประคับประคองทางจิตใจ และมีโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง และกำลังใจให้ผ่านภาวะวิกฤตไปได้ สมาชิกในครอบครัวก็ต้องการการสนับสนุนจากพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ด้วยเช่นกัน (Brose, 1979) คือ ต้องการมีคนพูดคุยเพื่อสอบถามปัญหา และข้อข้องใจต่าง ๆ ตลอดจนต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Hickey, 1993) และทุกอย่างจะเรียบร้อยแม้สมาชิกครอบครัวไม่อยู่ด้วยตลอดเวลาที่โรงพยาบาล รวมถึงต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Needs) เป็นความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เพื่อให้มีความหวัง และได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือตามความเชื่อ เช่น การยึดมั่นในศาสนาหรือความเชื่อของบุคคล โดยสมาชิกในครอบครัวต้องการให้พระมาเยี่ยมผู้ป่วย ต้องการนำวัตถุหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วย และต้องการได้รับการบอกเล่าว่าจะประกอบพิธีทางศาสนาได้บ้าง ขณะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (Gaglione, 1984)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ความประสงค์ที่จะได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความครอบคลุมในการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่และสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะวิกฤตของอคิลเรลา (Aquilera, 1989) เนื่องจากหากได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของกาลิโอเน (Gaglione, 1984) จะสามารถตอบสนองต่อปัจจัยสมดุล 3 ประการตามทฤษฎีภาวะวิกฤตได้ กล่าวคือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารจะสามารถตอบสนองต่อการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของสมาชิกในครอบครัว ความต้องการด้านร่างกายสามารถตอบสนองต่อระบบเกื้อหนุนค้ำจุนในสถานการณ์เฉพาะหน้า ส่วนความต้องการด้านอารมณ์และความต้องการด้านจิตวิญญาณสามารถตอบสนองต่อกลไกการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

การประเมินความต้องการ

การที่จะทราบถึงความต้องการของบุคคล สามารถกระทำได้ด้วยวิธีใหญ่ ๆ คือ การสังเกต และการซักถามหรือการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. การสังเกต ถือเป็นกุญแจสำคัญในการประเมินปัญหา และความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เพื่อจะนำไปสู่แนวทางที่จะนำไปปฏิบัติ เพื่อให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องสังเกตในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ (สุปราณี เสนาคิสัย, 2540)

1.1 การแสดงสีหน้าของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยการสังเกตสีหน้าของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยว่าอยู่ในภาวะใด ซึ่งความเจ็บปวด ความทุกข์ร้อน ความไม่สุขสบายกาย และใจจะแสดงออกได้ดีทางสีหน้า

1.2 พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย การเอาใจใส่เฝ้ามองพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ที่แสดงออกมาในรูปของความรู้สึกนึกคิด และสภาวะทางอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความท้อแท้สิ้นหวัง เป็นต้น จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น

1.3 สภาพผิวหนังของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย การสังเกตร่วมกับการสัมผัสจะทำให้พยาบาลรับรู้ได้ว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย มีสภาพผิวหนังเป็นปกติหรือไม่ แห้ง ชื้น หรือมีอุณหภูมิสูงหรือไม่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.4 สิ่งขับถ่ายออกมาจากร่างกายของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ อุจจาระ ปัสสาวะ และสารคัดหลั่งที่ออกมาจากอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งจะสามารถบอกให้พยาบาลทราบถึงการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายเป็นปกติหรือไม่

1.5 บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ว่าได้รับความสะดวกสบาย และปลอดภัยหรือไม่ เช่น อุณหภูมิห้อง แสงสว่าง และเสียงรบกวนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เป็นต้น

2. การสอบถามหรือการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เพื่อการช่วยเหลือเป็นทักษะที่ต้องปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์นอกจากจะได้ข้อมูลของผู้ป่วยแล้วยังช่วยให้พยาบาล และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รู้จัก และมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์รวมทั้งการสัมภาษณ์ช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ และจิตใจได้ทันท่วงที เพราะเป็นการผสมผสานการแสดงออกถึงความห่วงใย การดูแล และการช่วยเหลือค้ำจุนความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ไปด้วยในขณะเดียวกัน (กฤตยา แสวงเจริญ, 2539)

มีผู้สนใจศึกษา และรายงานความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

นอร์เฮม (Norheim, 1989) ได้ศึกษาถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระหว่างที่มี การผ่าตัดหลอดเลือดแดงของหัวใจที่โรงพยาบาลขนาด 434 เตียง ในภาคตะวันตกตอนกลางของประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรส 23 คน และญาติอื่น ๆ 45 คน โดยใช้เครื่องมือซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต (CCFNI) ของมอลเตอร์ (Molter, 1979) พบว่า ความต้องการส่วนใหญ่ของครอบครัวได้รับการตอบสนอง และพบว่าความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลความก้าวหน้าในการผ่าตัดของผู้ป่วย เป็นความต้องการที่ครอบครัวให้ความสำคัญมาก แต่ครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง

สิลวา (Silva, 1993) พบว่าความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ คือ ต้องการให้บุคลากรในทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ต้องการได้รับการโทรศัพท์ไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องการทราบพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ต้องการทราบวิธีการดูแลผู้ป่วย และต้องการมีสถานที่ภายในโรงพยาบาลที่จะนั่งรอระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ถ้าความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนอง จะทำให้คู่สมรสยอมรับการผ่าตัดของผู้ป่วยได้ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ฟิชเชอร์ (Fisher, 1994) ได้ศึกษาความต้องการของบิดามารดาผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ซึ่งดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม และศัลยกรรมที่โรงพยาบาลเด็ก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา 15คน มารดา 15 คน ของผู้ป่วยเด็ก 30 คน โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต (CCFNI) ของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ผลการศึกษาพบว่าความต้องการที่บิดามารดาให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ต้องการทราบการพยากรณ์โรค และรองลงมาได้แก่ ต้องการทราบว่าจะทำอะไรให้กับบุตร ต้องการมีความหวัง ต้องการทราบอาการของบุตรว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่เจ็บปวดหรือสบายขึ้น ต้องการพูดคุยกับแพทย์ทุกวัน ต้องการแน่ใจว่าบุตรได้รับการดูแลดีที่สุด

มอลเตอร์ (Molter, 1979) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต 40 ราย ซึ่งเป็นคู่สมรส พี่น้อง บุตร ป้า และบิดามารดาของผู้ป่วย และมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี เลือกตามตารางการเยี่ยมที่ผู้วิจัยกำหนด ในโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนในเขตเมืองทางตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 2 แห่ง ใช้ทฤษฎีวิกฤตเป็นกรอบแนวคิดให้ญาติตอบแบบสอบถามภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป พบว่าความต้องการซึ่งญาติให้ความสำคัญมาก 10 อันดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย 3) มีสถานที่พักรอเยี่ยมอยู่ใกล้หอผู้ป่วยหนัก 4) ต้องการได้รับบริการทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบถึงการพยากรณ์โรค 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริง 7) ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย 8) ได้รับข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง 9)ได้รับคำอธิบายโดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ 10) ต้องการเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยบ่อย ๆ และพบญาติส่วนใหญ่คาดหวังว่าความต้องการของตนควรได้รับการตอบสนองจากพยาบาล รองลงไปคือจากแพทย์

สำหรับในประเทศไทย มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับ ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่แพร่หลายมากนัก เริ่มจาก อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ได้นำแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) มาแปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทย และศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ให้ลำดับความสำคัญของความต้องการไม่แตกต่างกัน ความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนความต้องการที่มีความสำคัญน้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจ ความต้องการมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก และ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ความต้องการส่วนบุคคล ต่อจากนั้น อารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 90 คน โดยใช้แบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตซึ่งอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) นำมาใช้และพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันในการให้ลำดับความสำคัญของความต้องการ โดยความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลข่าวสาร ส่วนความต้องการที่มีความสำคัญน้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจ และความต้องการมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ส่วนความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ ความต้องการด้านกำลังใจ และมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก

ธิติมา วทานียเวช (2540) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 คน และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์แบ่งตามแนวคิดความต้องการของกาลิโอเน (Gaglione, 1984) เป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด และพยาบาลรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเช่นกัน

วรรณวิมล คงสุวรรณ (2543) ได้ศึกษาถึงความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ที่หน้าห้องผ่าตัด ตึกสยามมินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 144 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่มารอหน้าห้องผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นร่วมกับประยุกต์เครื่องมือสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวภาวะวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory) ของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และจัดหมวดหมู่ตามการศึกษาของดาเลย์ (Daley, 1984) พบว่า ความต้องการรายด้านอันดับแรก คือความต้องการข้อมูล และความต้องการสุดท้าย คือ ความต้องการส่วนบุคคล และการได้รับการตอบสนองของญาติในรายข้อมากที่สุด คือ มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ที่จัดพักรอ รวมทั้งผู้ที่จะตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุด คือ พยาบาลรองลงมาเป็นแพทย์

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ มีเพียงหนึ่งเรื่องที่ศึกษาความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด พบว่า ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตนั้น มีความต้องการใน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ด้าน การลดความวิตกกังวล และความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการกำลังใจ ระบายความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคล และพบว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่คาดหวังว่าความต้องการของตนควรได้รับการตอบสนองจากพยาบาล รองลงไปคือจากแพทย์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ

ความต้องการการพยาบาลของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจแตกต่างกันในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่

1. อายุของผู้ป่วย อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความต้องการแสดงบทบาทของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากระดับการเกี่ยวข้องกับบทบาทการเป็นมารดาต่อบุตรจะขึ้นกับระดับการเจริญเติบโต และพัฒนาการรวมทั้งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของบุตร เช่น ในวัยแรกเกิดถึงวัยก่อนเรียน เด็กยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก มารดาต้องให้การช่วยเหลือทุกอย่าง แต่ในวัยเรียนและวัยรุ่นช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ระดับการช่วยเหลือของมารดาลดลง ดังนั้นความต้องการของมารดาจึงแตกต่างกันตามวัยของบุตร (ศิริพร ขัมภลิขิต, 2526)

2. อายุของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย อายุเป็นเครื่องบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ ความสามารถในการเข้าใจตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ โดยจะเริ่มมีวุฒิภาวะมากขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในระยะวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งมีอายุประมาณ 17-20 ปี นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี จะมีพัฒนาทางด้านร่างกายสูงสุด คือมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีกำลังวังชา มีความคล่องแคล่วว่องไว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลวัยนี้เรียนรู้ทักษะและการปรับตัวได้ดี (สุชา จันทร์เอม, 2536) เมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะพัฒนาด้านความคิดมากขึ้น และจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (Anderson, 1991 cited in Kaplan, 1980) จากการศึกษาของพิชเชอร์ (Fisher, 1994) พบว่ามารดากลุ่มที่มีอายุน้อยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับบุตรมากกว่ามารดากลุ่มที่อายุมากกว่า แสดงให้เห็นว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความต้องการของมารดาแต่ละคนแตกต่างกัน

3. เพศ ในสังคมไทยเพศชายจะมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันเพศหญิงมีโอกาสทัดเทียมเพศชายมากขึ้น จากการศึกษาของช็อกและคณะ (Schok et al., 1984 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2534) พบว่า เพศหญิงมีการปรับตัวตามหน้าที่ดีกว่าเพศชายเมื่อมีอายุมากขึ้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

4. สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยตัวหนึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต บ่งชี้สถานระบบของครอบครัว เป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม โดยเฉพาะคู่สมรสยังเป็นการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยเสริมแรงในบุคคลมีการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ และจากนี้การมีคู่สมรส ทำให้รับรู้การได้รับการดูแล และรับรู้ถึงว่าตนเองยังต้องมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดูแลบุคคลอื่นด้วย (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

5. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของแต่ละบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของปฐมพร เดี่ยวทิพย์สุคนธ์ (2540) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการพยาบาล เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า กล้าที่จะแสดงออกถึงความต้องการของตนเอง มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า เพราะการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ทักษะ ศักยภาพในการแสวงหาข้อมูล และใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของเฟรนช์ (French, 1974) ที่พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำส่วนมากจะมีความต้องการในบริการด้านการแพทย์ในระดับต่ำ ส่วนบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความต้องการในบริการด้านการแพทย์สูงด้วย

6. ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคล และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมาชิกผู้มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะให้บรรลุถึงการดูแลตนเองได้ตามต้องการจากผลการศึกษา ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) พบว่ามารดาผู้ป่วยเด็กที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย มีความต้องการทราบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และต้องการให้ทางโรงพยาบาลช่วยเหลือด้านการเงินในการรักษาบุตร

7. ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัว จากการศึกษาของฉันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) พบว่ามารดาผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่มีการรับรู้ว่าบุตรของตนเจ็บป่วยรุนแรงมีความต้องการอยู่กับบุตรขณะได้รับการตรวจรักษาพยาบาลมากกว่ามารดาผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่รับรู้ว่าเด็กป่วยไม่รุนแรง และอภิปรายผลว่าทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดากลุ่มที่รับรู้ว่าบุตรป่วยรุนแรงนั้นมีความเครียด รู้สึกวิตกกังวลสูง เกรงว่าจะสูญเสียบุตรที่ตนรักไป

8. ชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน ที่คุกคามความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล การผ่าตัดที่มีการวางแผนล่วงหน้า สมาชิกครอบครัวจะมีเวลาในการเตรียมตัวเตรียมใจสำหรับเหตุการณ์ที่จะเกิด มีโอกาสหาข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจากผู้มีความรู้ ส่วนการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เป็นการผ่าตัดที่เกิดขึ้นโดยสมาชิกครอบครัวไม่มีเวลาในการ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เตรียมตัวเตรียมใจสำหรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกว่าตนตกอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย กลัวในสิ่งที่ไม่รู้กลัวความตายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (ปฐมพร เดี่ยวทิพย์สุคนธ์, 2540) ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน

9. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการปรับตัวและการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในครั้งแรกที่ผู้ป่วยรับการผ่าตัด สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ที่ไม่คุ้นเคย ทำให้สมาชิกมีความเครียด รู้สึกวิตกกังวลสูง แต่ถ้าสมาชิกครอบครัวที่เคยดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดหลายครั้ง ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้มีความคุ้นเคย และมีผลต่อการปรับตัวดีขึ้นทำให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกัน

10. การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้โดยตรง และมีผลกระทบต่อองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตซึ่งไม่สามารถคาดเดาผลการรักษา ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะอาการต่าง ๆ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา สมาชิกครอบครัวจะรับรู้ว่าถูกคุกคามต่อการมีชีวิตของผู้ป่วย

11. สถานบทบาทในครอบครัว ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดระหว่างกันในสมาชิก มีความรัก ความเข้าใจ ก่อให้เกิดการดูแลเอื้ออาทร การประคับประคอง (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ตลอดจนการให้กำลังใจต่อกัน ซึ่งเป็นสิ่งไม่อาจหาได้จากบุคคลอื่นนอกจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นสถานบทบาทในครอบครัวจึงปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่กล่าวมาแล้วนั้นมีผลทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกันออกไป

การพยาบาลสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ที่เป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) นั้น พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (คนึงนิต บุรีเทศน์, 2540) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยด้วย

การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ คือกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ และกระทำต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ขณะที่รอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ซึ่งจัดไว้อย่างเป็นขั้นตอนและมีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยมีจุดมุ่งหมายให้สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงสถานการณ์ของผู้ป่วย และสามารถแก้ปัญหาความยุ่งยากใจ (สมพันธ์ หิญชีระนันทน์, 2541) ได้เสนอความเห็นว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต จะต้องระลึกอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ซึ่งต่างมีผลกระทบ และมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือครอบครัวจะให้ผลดีนั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจลักษณะของครอบครัว รับรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว รู้ระดับความเครียด ตลอดจนทราบวิธีการและกระบวนการในการแก้ปัญหาของครอบครัวที่ผ่านมาอีกด้วย ซึ่งแนวปฏิบัติในการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ มีดังนี้

1. การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสาร ในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลต้องมีท่าทีที่เป็นกันเอง น้ำเสียงเป็นมิตร ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และไม่ก่อให้เกิดความสับสนกับสมาชิกครอบครัว ซึ่งในบางครั้งอาจต้องให้ซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้ง (รัตนา อยู่เปล่า, 2541) ยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูลหรือตอบข้อซักถาม และต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริง (Leske, 2002) เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งบรูม (Broome, 1985 อ้างถึงใน จุฑามาศ ปัญจวิสุทธิ์ และคณะ, 2536) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นข่าวดี หรือข่าวร้าย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเชื่อใจทีมสุขภาพ และเมื่อสมาชิกครอบครัวรับรู้เรื่องราวที่เป็นจริง จะทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ขณะนั้นได้อย่างเหมาะสม

2. การตอบสนองด้านร่างกาย ในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมาชิกครอบครัวมีหน้าที่เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ น้ำหนักลด ขาดความสนใจตนเอง การที่พยาบาลให้ความสนใจติดตามเอาใจใส่ในเรื่องดังกล่าว โดยจัดสถานที่พักรอ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น มีห้องน้ำ หรืออาสาดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้มีเวลาพักผ่อน จะช่วยให้ครอบครัวได้รับความสะดวก และสุขสบายยิ่งขึ้น (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536)

3. การตอบสนองด้านอารมณ์ เพื่อช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การที่สมาชิครอบครัวมีความวิตกกังวลอย่างมากมายในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งบางครั้งสิ่งที่กลัวยังไม่เกิดขึ้น จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเหนื่อยล้าทางจิตใจมากยิ่งขึ้น และไม่สามารถที่จะช่วยเหลืออะไรผู้ป่วยได้ (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ หรือปัญหาที่ประสบ จะทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย และอาจทำให้พยาบาลได้ข้อมูลจากครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังเรื่องราวหรือคำบอกเล่าต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวด้วยความเต็มใจ จะทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกอบอุ่นมีที่พึ่ง

4. การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ นอกจากสมาชิกครอบครัวจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย และปัญหาครอบครัวที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้สมาชิก

ครอบครัวเกิดภาวะเครียด กระวนกระวายใจ วิตกกังวลอย่างรุนแรง จึงต้องการบุคคลที่เข้าใจให้กำลังใจ และช่วยประคับประคองจิตใจ พยาบาลควรจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวหรืออาจช่วยส่งเสริม โดยจัดหาสิ่งที่ครอบครัวยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เปิดโอกาสให้ได้ใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ ตามความเหมาะสม หรืออำนวยความสะดวกในการให้สมาชิกครอบครัวได้ประกอบพิธีทางศาสนาโดยไม่ขัดกับแผนการรักษาตามความศรัทธา ตลอดจนการเปิดโอกาสให้พระสงฆ์ หรือบุคคลทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนาได้

การให้การพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความพึงพอใจ (Needs Satisfaction) คลายความวิตกกังวลและเกิดความอิ่มเอิบใจ (Gratification) ทำให้มีกำลังในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่มากที่สุด ในการให้การพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัว พยาบาลจึงต้องทราบความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ เพื่อจะได้ตอบสนองความต้องการได้ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ทำให้สมาชิกมีความเครียดลดลง และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขและมั่นคง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่า ผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยต้องผ่าตัด มีผลทำให้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ที่มากขึ้นกว่าปกติ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด มีเพียงด้านใดด้านหนึ่ง (วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2543) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการการพยาบาล และการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University