



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสுகนธบำบัด ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างรอ ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

สมรพรรณ ไตรภูธร* และสุรีพร ธนศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมทันทีและหลังได้รับโปรแกรม 1 วัน

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มารอผู้ป่วยทำผ่าตัดเนื้องอกสมองหน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกจัดเข้าเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสுகนธบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสுகนธบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย:

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมทันทีของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
- 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรม 1 วัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)



สรุป: โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อนรบำบัดสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว ขณะรอผู้ป่วยทำผ่าตัดเนื่องจากสมองหลังได้รับโปรแกรมทันที แต่ไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ในระยะหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล/การให้ข้อมูล/สื่อนรบำบัด/ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื่องจากในสมอง

บทนำ

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวิเคราะห์โรคได้ดีขึ้น จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองในสถาบันประสาทวิทยา ปี พ.ศ. 2550-2552 พบว่ามีจำนวน 345 ราย, 384 ราย และ 380 ราย ตามลำดับ และยังเป็นอันดับ 3 ใน 5 กลุ่มโรคของผู้ป่วยในที่มีความสำคัญของสถาบันประสาท ซึ่งแนวทางการรักษาโรคเนื้องอกที่ได้ผลดีนั้นจะต้องวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรกและเลือกใช้วิธีการรักษาเพื่อควบคุมรอยโรคเฉพาะที่ได้ดีที่สุด วิธีการหนึ่งที่ยอมรับใช้ คือ การผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะเกิดภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูงมาก เช่น ภาวะสมองบวม ความดันในช่องศีรษะสูง เลือดออกภายในสมอง เนื้องอกตาย (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตภายหลังได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษา กลัวความตาย กลัวความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความพิการที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เป็นต้น (เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, 2546) ซึ่งความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าวส่งผลไปถึงบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยความวิตกกังวลนี้เกิดจากความกลัวเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Hodak, Gallo & Morton, 1998) ความไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (Halm, 1990) การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (Hickey, 1993) ความวิตกกังวลของ

ญาติบางครั้งมีมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด ซึ่งช่วงเวลานี้เป็นช่วงที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด (Kathol, 1984) Yung et al. (2002) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องนั่งรออนอกห้องผ่าตัดไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเพศ อายุ การศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจ บริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ ความวิตกกังวลจะรุนแรงมากขึ้นในสมาชิกในครอบครัวบางคน ทำให้ไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น คลื่นไส้ เป็นลม ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) ทำให้สมาธิลดลง มีระดับการรับรู้ต่ำลง การเรียนรู้ในการแก้ปัญหาลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองลดลง รวมถึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเนื่องจากความวิตกกังวลส่งผลต่อบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ดังนั้น เมื่อญาติเกิดความวิตกกังวลก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดลดน้อยลง (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999)

การให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์



นอกจากสามารถช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลแล้ว ยังช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัวยังสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย (เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, 2546; วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2544) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยหน้าห้องผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cupple, 1991) และการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ดูแลในครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลงแต่อยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 45 (ฐิตีมา ธารประเสริฐ, 2548) ซึ่งความวิตกกังวลในระดับนี้ยังคงส่งผลต่อสภาพจิตใจ สมาธิ และการรับรู้ของผู้ดูแล (Lee, 1998) ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Reider, 1994) สุนธนบำบัดเป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) ซึ่งสามารถช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย (Buckle, 1999) ลดความวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการรับรู้และความจำ (Koca, Yilmaz, & Cecen, 2008) โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Olfactory nerve) ส่งสัญญาณไปยังสมอง (Limbic system) ส่งผลให้สมองปล่อยสารต่างๆ ออกมา เช่น สารเอ็นโดรฟิน เอนเคฟาลิน ซีโรโทนิน ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย (พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ, 2545; Buckle, 1999) มีสมาธิ และการรับรู้ที่ดีขึ้น มีความพร้อมในการรับฟังข้อมูล และเกิดความเข้าใจในสารต่างๆ ที่ได้รับ และนำข้อมูลไปใช้ในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้สุนธนบำบัดสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะข้อมูลเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุนธนบำบัดหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 1 วัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้พัฒนาการให้ข้อมูลในระหว่างผ่าตัดแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง จากแนวคิดการให้ข้อมูลในระหว่างผ่าตัดของ Leske (1995, 1996, 2002) ซึ่งจะครอบคลุมในเรื่อง สภาพของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของการผ่าตัด เมื่อเสร็จการผ่าตัดจะย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเป็นปกติก็จะย้ายไปพักยังหอผู้ป่วยศัลยกรรม และญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วย การแนะนำตนเองและสร้างความไว้วางใจ ทำให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ด้วยการแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับแพทย์/พยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนดูแลและตรวจสอบความเข้าใจของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก ด้วยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ไม่สบายใจต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นผู้ฟังที่ดี เข้าใจและยอมรับการแสดงออก ตลอดจนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาและช่วยหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งจะส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกถึงเครียดลดลง และทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถปรับตัวได้ และไม่เกิดความวิตกกังวล (คณินิต บุรีเทศน์,



2540; รัตนา อยู่เปลา, 2543; Halm,1990.)

ในปัจจุบันได้มีการนำการดูแลแบบผสมผสาน มาใช้มากขึ้น ซึ่งการดูแลแบบผสมผสาน หมายถึง การผสมผสานกันระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกันไม่ใช่การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546) โดยการดูแลแบบผสมผสานเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) เป็นการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งนอกจากจะให้ผลดีในแง่ของการเยียวยาจิตใจแล้ว ยังส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลอีกด้วย การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยมีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดม แล้วเข้าไปจับกับตัวรับบนเยื่อหุ้มจมูก และแปรเป็นสื่อสัญญาณไฟฟ้าเคมีผ่านระบบประสาทส่วนปลาย (Olfactory nerve) ส่งสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปยังสมอง (Limbic system) จึงมีผลกระตุ้นความจำ อารมณ์ และความรู้สึก ระบบประสาทส่วนปลายส่วนกลางเชื่อมต่อไปยังผิวหนังและกล้ามเนื้อ ผลของการกระตุ้นหรือผ่อนคลายสมองขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางเคมี ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งมีคุณสมบัติกระตุ้นให้ร่างกายผลิต Serotonin ซึ่งเป็นสารที่ทำให้สดชื่นมีชีวิตชีวา ผ่อนคลายความกังวล ส่งเสริมการนอนหลับ และบรรเทาความเหนื่อยล้า สามารถฟื้นฟูจิตใจ และจิตวิญญาณให้คืนสู่สภาวะปกติได้ (พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ, 2545) จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาเน้นแสดงถึงการลดลงของคะแนนความวิตกกังวล ส่วนระดับความวิตกกังวลยังอยู่ที่ระดับปานกลางถึงร้อยละ 45 (จิตติมา ธารประเสริฐ, 2548) ดังนั้น ในงานวิจัย

ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำสื่อนอบำบัดมาใช้เพื่อพัฒนาเพิ่มเติมในโปรแกรมการให้ข้อมูล เพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวลให้ได้มากที่สุด โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผ่อนคลาย มีสมาธิในการรับรู้ข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถจดจำและนำข้อมูลที่ได้รับจากทีมสุขภาพไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งความวิตกกังวลในระดับนี้ ทำให้บุคคลนั้นมีความตื่นตัว เพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในเชิงสร้างสรรค์ เผชิญปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดแบบอนุกรมเวลา (Two groups with time series design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มารอผู้ป่วยทำผ่าตัดเนื้องอกสมอง ณ ห้องที่จัดให้สำหรับญาติพักรอ ที่หน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 40 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน คัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) โดยมีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่ม ดังนี้

- 1) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) เป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและมีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดาสามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง
- 3) เป็นผู้มีความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ โดยทำการสอบถามผู้ป่วยในวันที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด อ่าน และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูล และโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสคริปต์บท เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการให้ข้อมูล (The in-person intraoperative progress report) ของ Leske (1996) และแนวทางการดูแลแบบผสมผสานด้วยวิธีสคริปต์บท ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละครั้ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ภายหลังปรับแก้ไขนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความวิตกกังวล STAI ของ Spielberger (1983) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ตีระปินตา (2534) และนำมาพัฒนาข้อคำถามให้มีความเฉพาะเจาะจงกับความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง เป็นการประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขณะตอบแบบวัดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ที่แสดงความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล แบ่งเป็นข้อที่แสดงความรู้สึทางบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (1 = ไม่มีความรู้สึกเลย ถึง 4 = มีความรู้สึกมากที่สุด) กลับคะแนนข้อความทางลบก่อนนำคะแนนมารวมกัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยการจัดทำวีดิทัศน์สำหรับให้ข้อมูลขณะผ่าตัด แผ่นพับสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล เตรียมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยได้จัดซื้อจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

ขั้นตอนการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในครอบครัวที่มีคุณสมบัติที่กำหนด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

2. ดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยสอบถาม พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และวัดสัญญาณชีพก่อนให้ความรู้ (5 นาที)

2) ให้ความรู้ครั้งที่ 1 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (10 นาที) ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดในเรื่อง บุคลากรทีมสุขภาพ ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาคารและสถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าห้องพักรักษาตัวเมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จ

3) ให้ความรู้ครั้งที่ 2 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองพร้อมทั้งแจกคู่มือและให้ดูสื่อวีดิทัศน์ประกอบ (30 นาที)

4) ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวหลังการให้ข้อมูลโดยการถามย้อนกลับและสังเกตสัญญาณแสดงอาการมีนงงหรือไม่ และมีการวัดสัญญาณชีพหลังจากให้ข้อมูลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และให้ทำแบบวัดความวิตกกังวล (Posttest)



5) หลังการผ่าตัดวันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง

2.2 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยสอบถาม พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ วัดสัญญาณชีพก่อนให้ความรู้ แนะนำสุขอนามัยบำบัด และประโยชน์ของน้ำมันหอมระเหยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2) ครั้งที่ 1 กลุ่มทดลอง ได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (10-15 นาที) ขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดในเรื่อง บุคลากรทีมสุขภาพ ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาคารและสถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าห้องพักรักษาตัวเมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จ โดยให้ผู้ป่วยสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ก่อนให้ความรู้ โดยผู้วิจัยหยดน้ำมันหอมระเหย จำนวน 1 หยด ใส่ฝ่ามือของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างถูฝ่ามือไปมา จนเกิดความร้อนแล้วสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยจากฝ่ามือโดยหายใจเข้า-ออกอย่างช้าๆ ประมาณ 2-3 นาที จากนั้นเริ่มให้ข้อมูลและเปิดน้ำมันหอมระเหยโดยใช้ตะเกียงไฟฟ้าตลอดการให้ความรู้

3) ครั้งที่ 2 กลุ่มทดลอง ได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเบื้องต้นออกสมอง พร้อมทั้งแจกคู่มือและให้ดูสื่อวีดิทัศน์ประกอบ (30 นาที)

4) ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว หลังการให้ข้อมูลโดยการถามย้อนกลับและสังเกตสีหน้าว่าแสดงอาการมีนงงหรือไม่ และมีการวัดสัญญาณชีพหลังจากให้ข้อมูลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และให้ทำแบบวัดความวิตกกังวล (Posttest)

5) หลังการผ่าตัดวันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแล

ในครอบครัวเพื่อประเมินความวิตกกังวลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนความวิตกกังวล วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมทันทีของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุขอนามัยบำบัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรม 1 วัน ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุขอนามัยบำบัดไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล

จากตาราง พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองทันที มีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 42.1$) และหลังการทดลอง 1 วัน มีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 35.7$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองทันที มีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.6$) และหลังการทดลอง 1 วัน มีคะแนนความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 40.6$)



ตารางแสดง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 วัน ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		df	t	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ	$\bar{X}$ (SD)	ระดับ			
หลังการทดลองทันที	42.1(7.7)	ปานกลาง	47.6(7.9)	ปานกลาง	38	2.2	.02
หลังการทดลอง 1 วัน	35.7(8.6)	ต่ำ	40.6(10.9)	ปานกลาง	38	1.6	.06

จากตาราง พบว่า หลังการทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม หลังการทดลอง 1 วัน พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุนทรียภาพที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการให้ข้อมูลของ Leske (1996) ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยใช้สุนทรียภาพ ซึ่งเริ่มจากการให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองได้สูดดมน้ำมันหอมระเหยก่อนการให้ข้อมูล และจุดน้ำมันหอมระเหยด้วยตะเกียงไฟฟ้าในระหว่างการให้ข้อมูล ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการผ่อนคลาย มีความพร้อมและมีสมาธิในการรับฟังและทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรทีมสุขภาพ ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด และสถานที่ที่ผู้ป่วยจะเข้าพักรักษาหลังเสร็จผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับความเป็นไปของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดและสามารถคาดการณ์ระยะเวลาการผ่าตัด มีจุดหมายในการรอคอยผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดมากขึ้น ทำให้ความกังวลได้ผ่อนคลายลง นอกจากนี้ ยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวทางใน

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยและมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมทันทีของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุนทรียภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวหลังทดลองทันทีอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65 และในระดับต่ำถึงร้อยละ 35 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความวิตกกังวลในระดับสูงร้อยละ 10 ระดับปานกลางร้อยละ 80 และระดับต่ำร้อยละ 10 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสุนทรียภาพมีส่วนช่วยในการลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองได้ และช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีการตัดสินใจที่ดี มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง 1 วัน ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละราย หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการแย่งก็จะมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลหลังการทดลอง 1 วัน ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแล้วยังพบว่า กลุ่มทดลองยังมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



คือ มีระดับความวิตกกังวลเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความวิตกกังวลเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้วัดความวิตกกังวลก่อนการทดลองจึงทำให้ไม่สามารถทราบความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนและเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลต่างๆ ตระหนักถึงความสำคัญและผลดีที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะ

ได้รับจากการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว ขณะผู้ป่วยผ่าตัด โดยเห็นความสำคัญในการจัดห้องสำหรับญาติรอผู้ป่วยผ่าตัด ให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการให้ข้อมูลและมีการให้สนับสนุนบ้างด้วยเพื่อช่วยให้เกิดความผ่อนคลายและสุขสบายระหว่างการได้รับข้อมูล

2. ควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ และตระหนักถึงความสำคัญในการให้ข้อมูลขณะผ่าตัด รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลให้มีมาตรฐานและมีความทันสมัยอยู่เสมอ และเห็นความสำคัญในการจัดสถานที่พักรอสำหรับญาติให้มีความสะดวกสบายและมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการให้ข้อมูล

รายการอ้างอิง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เจษฎา นิยมานนิตย์. (2537). *เนื้องอกในสมองความรู้พื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ฐิตมา ธารประสิทธิ์. (2548). *ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). *เทคนิควิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันในพยาบาลผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุุษบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์ ลีลาพรพิสิฐ. (2545). *สุคนธบำบัด*. เชียงใหม่: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์ ลีลาพรพิสิฐ. (2547). *สุคนธบำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พรินท์ติ้ง เฮาส์.

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล. (2546). *ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตน อยู่เปล. (2543). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลดาวลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. (2546). *Complementary therapy in nursing therapeutic and aromatherapy*. ในการประชุมวิชาการเรื่อง : การพยาบาลผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก, หน้า 43-66. วันที่ 16-18 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์



กรุงเทพมหานคร.

วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2544). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพันธ์ ใหญ่ธีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ. (2544). ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, 6(1), 42-51.

ภาษาอังกฤษ

Buckle, J. (1999). Aromatherapy in perianesthesia nursing care. *Journal of Peri-Anesthesia Nursing*, 14(6), 336-344.

Carmody, S., Hickey, P., & Bookbinder, M. (1991). Perioperative needs families. *AORN*, 54 (3), 561-567.

Davis, L.L. (1992). "Building a science of caring for caregiver." *Family and Community Health*, 15(21), 1-10

Halm, M. (1990). Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung*, 19(1), 62-71.

Hickey, M. (1993). Psychosocial needs of families. In J.M. Cloches, C. Breu., S. Cardin, E.B.N Rudy, & A.A. Whitaker (Eds.), *Critical care nursing*. Philadelphia: Lippincott.

Hodak, C.M., Gallo, B.M., & Morton, P.G. (1998) *Critical care nursing: A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott.

Kathol, D.K. (1984). Anxiety in surgical patient's families. *AORN*, 40(1), 131-137.

Kneisl, C.R. (1992). Stress, anxiety, and coping. In H.S Wilson, & C.R. Kneisl (eds.), *Psychiatric nursing*, (4th ed.), pp. 79-98. California: Addison-Wesley.

Kneisl, C.R. (1996). Stress, anxiety, and coping. In H.S Wilson, & C.R. Kneisl (eds.), *Psychiatric nursing: contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress and adaptation and coping*. New York: Spring.

Lee, K. (1998). Anxiety and related disorders. In M.A. Boyd & M.A. Nihart (Eds.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott.

Leske, J.S. (1993). Anxiety of elective surgical patients' family members: Relationship between anxiety levels, family characteristics. *AORN*, 57(5), 1091-2, 1096, 1098-1103.

Leske, J.S. (1995). Effect of intraoperative progress reports on anxiety levels of surgical patients' family member. *Applied Nursing Research*, 8(4), 169-173.

Leske, J.S. (1996). Intraoperative progress reports decrease family member's anxiety. *AORN*, 64(3), 424-436.

Leske, J.S. (2002). Protocols for practice: Applying research at the bedside. *Critical Care Nurse*, 22(6), 61-65.

Reider, J. A. (1994). Anxiety during critical illness of a family member. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13(5), 272-279.

Spielberger, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C.D. Spiel-



- berger, & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety*. Washington: Hemisphere.
- Spielberger, C.D. (1983). *The measurement of State and Trait Anxiety: Conceptual and methodological issue in emotion*. New York: Ravan Press.
- Tracy, R., Fowler E., & Magarelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critical ill adults. *Applied Nursing Research*, 12(3), 121-127.
- Yung, P.M.B., Chui-Kam, S., French, P., & Chan, T.M.F. (2002). A controlled trial of music and preoperative anxiety in Chinese men undergoing transurethral resection of prostate. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 325-359.



The Effect of Giving Information and Aromatherapy Program on Anxiety of Family Caregivers of Brain Tumor Patients during the Intraoperative Period

Samornphan Traiputorn* and Sureeporn Thanasilp**

Abstract

Purpose: To compare anxiety of family caregivers of brain tumor surgical patients between the comparison group and the experimental group at posttest and one day after surgery.

Design: A quasi-experimental research.

Methods: The subjects were 40 family caregivers of brain tumor surgical patients during the intraoperative period at Prasat Neurological Institute. The first 20 subjects were assigned to the comparison group. The latter 20 subjects were assigned to the experimental group. The comparison group received the intra-operative information program, and the experimental group received the intra-operative information and aromatherapy program. The experimental conditions were the Intra-operative information program and Intra-operative information and aromatherapy program. Data were collected using personal characteristic form and the STAI anxiety questionnaire. Percentage, mean, standard deviation, and independent t-test were used for data analysis.

Findings:

- 1) The posttest anxiety mean score of the experimental group was significantly lower than that of the comparison group ($p < .05$).
- 2) The anxiety mean score at one day post operation of the experimental group was not significantly different from that of the compare group ($p > .05$).



Conclusion: *The intra-operative information and aromatherapy program could immediately reduce anxiety among family caregivers of brain tumor surgical patients during operation period. However, it did not have the effect on anxiety after the operation.*

Keywords: Anxiety / Intraoperative information / Aromatherapy / Family caregivers of brain tumor surgical patients