

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพรรณ โตสิงห์

พย.ด.

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ

Ph.D. (Nursing)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์

Ph.D. (Nursing)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

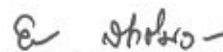


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2552



นางสาวรุ่งนภา เชื้อวระอำ

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ ขาใจ สัทธิมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นาวาอากาศโทหญิง ไสพรรณ โพทะยะ

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพรรณ ไคสิงห์

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

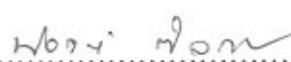


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรางทิพย์ นายพุทธ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกศรินทร์ อุทรียะประสิทธิ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาใช้เวลา ให้คำแนะนำและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนผลักดัน สนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในพระคุณ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล และนางสาวอากาศโทหญิง ดร.โสพรรณ โพทะยะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่มีคุณค่ายิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระยอง รวมทั้งหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง และบุคคลสำคัญคือ พยาบาลประจำการห้องผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ได้เอื้อเฟื้อและกรุณาถ่ายทอดความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ให้ปรากฏในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระยอง ที่ได้กรุณาให้ทุนและให้โอกาสผู้วิจัยศึกษาต่อในระดับปริญญาโท รวมทั้งเพื่อนร่วมงานประจำห้องผู้ป่วยหนักรวม โรงพยาบาลระยอง ที่ต้องรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ตลอดระยะเวลาในการศึกษาของผู้วิจัย และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วน

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ที่ได้อบรมสั่งสอนและวางรากฐานการศึกษาไว้ให้แก่บุตร คณาจารย์ทุกท่านที่เคยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ศิษย์ ขอขอบคุณพี่น้องตระกูลเขียวชะอำและเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สาขาเวชปฏิบัติและสาขาพยาบาลเด็ก ที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้วิจัยมาตลอด

นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะ

(EFFECT OF PREPARATION PROGRAM ON COPING OF CAREGIVERS
OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY)

รุ่งนภา เพียวชะอ้า 4936720 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค., ปรางทิพย์ ฉายพุทธ,
Ph.D.(Nursing), เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, Ph.D.(Nursing)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงมักมีการสูญเสียสมรรถภาพ มักเกิดความรู้สึกหรือมีการสูญเสียสมรรถภาพในด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การวิจัยถึงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและ แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม มีคะแนนปรับตัวในการเผชิญปัญหาในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่า ($\bar{X} = 98.50$, $SD=8.32$) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 79.55$, $SD=12.20$) $t=5.737$, $p=.000$)

ผลการศึกษาที่ได้บ่งชี้ว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตเป็นระยะที่ญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูลจากบุคคลากรทีมสุขภาพมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพ้นระยะวิกฤต สิ่งที่ญาติต้องการคือ การได้รับการฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ความต้องการเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของญาติผู้ดูแลมีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่องยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ / ญาติผู้ดูแล / การเผชิญปัญหา

177 หน้า

EFFECT OF PREPARATION PROGRAM ON COPING OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

RUNGNAPHA KHIEWCHAUM 4936720 NSAN/M

M.N.S (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAPAN THOSINGA, D.N.S.,
PRANGTIP CHAYAPUT, Ph.D.(Nursing), KETSARIN UTRIYAPRASIT, Ph.D.
(Nursing)

ABSTRACT

After sustaining moderate or severe traumatic brain injury (TBI), patients tend to suffer from both physical and mental disability. Therefore, a preparation program should be provided in order to prepare the caregivers of those patients. This quasi-experimental research aimed to compare the coping of the caregivers who received the preparation program to those who did not receive the program. The experiment began on the day that the patients were admitted to ICU and lasted until the day they were discharged from the hospital. The sample consisted of 40 caregivers of TBI patients divided into two groups, 20 for the control group and 20 for the experimental group. The instruments used in this study included the preparation program for caregivers of TBI patients and the Thai version of the coping and adaptation processing scale-short form (TCAP-SF). Data were analyzed using the t-test.

The results revealed that, at the phase before hospital discharge, caregivers who received the preparation program had coping scores higher ($\bar{X} = 98.50$, $SD=8.32$) than the caregivers who did not receive the preparation program ($\bar{X} = 79.55$, $SD=12.20$) $t= 5.737$, $p=.000$

The findings indicated that caregivers who received the preparation program during the ICU phase needed necessary information from the health care providers, such as nurses etc., the most. After the patients were discharged from ICU to the ward, the caregivers needed preparation skills to provide better patient care. This would allow them to cope better. Thus, the preparation program facilitated coping and should be implemented from admission to discharge as well as at home in order to enhance effective and continuous care.

KEY WORDS : TRAUMATIC BRAIN INJURY / CAREGIVER / COPING

177 pages.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	11
ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูญเสียสมรรถภาพ	18
ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	21
การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามทฤษฎีของรอย	26
การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	37
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย	44
ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
สถานที่เก็บข้อมูล	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	50
เกณฑ์การยุติการศึกษา	64
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4. ผลการวิจัย	67
บทที่ 5. อภิปรายผล	83
บทที่ 6. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	96
ข้อเสนอแนะ	99
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	101
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	117
รายการอ้างอิง	137
ภาคผนวก	148
ประวัติผู้วิจัย	177

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และและค่านัยสำคัญทางสถิติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามเพศ อายุ	68
2. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามคะแนนระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) ณ วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนัก	69
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ปัญหาสุขภาพจากการบาดเจ็บที่พบ ณ วันที่จำหน่ายจากห้องผู้ป่วยหนัก	69
4. เปรียบเทียบช่วงระยะเวลาการรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาของการเข้ารับการในโรงพยาบาล ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม	70
5. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามชนิดของท่อช่วยหายใจ และการคาท่อช่วยหายใจเมื่อจำหน่ายกลับบ้านของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	71
6. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามคะแนนผลลัพธ์ของ กลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	72
7. จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และและค่านัยสำคัญสถิติของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามเพศ และอายุ	73
8. จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และสถานภาพสมรส	74
9. จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และค่านัยสำคัญทางสถิติของ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตาม รายได้ญาติผู้ดูแลหลัก และรายได้ของครอบครัว	75
10. จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	76

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของ คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาห้องผู้ป่วย หนัก ภายใน 72 ชั่วโมงแรก ก่อนเริ่มต้น โปรแกรม หรือ ช่วงเวลาที่ 0 ระหว่างญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายมิตีย่อย และคะแนนรวมการเผชิญปัญหา	77
12. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของ คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออก จากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง หรือ ช่วงเวลาที่ 1 ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายมิตีย่อยและคะแนนรวมการ เผชิญปัญหา	78
13. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของ คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง หรือ ช่วงเวลาที่ 2 ระหว่างญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายมิตีย่อย และ คะแนนรวมการเผชิญปัญหา	79
14. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของ วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะ ก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วย หนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1)	80
15. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างทางสถิติของ วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะก่อน เริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2)	81

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1. แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ดัดแปลงมาจาก Roy, & Andrews, 1999)	7
2. ขั้นตอนการศึกษาวิจัยในช่วงเวลาที่ 0	61
3. ขั้นตอนการศึกษาวิจัยในช่วงเวลาที่ 1	62
4. ขั้นตอนการศึกษาวิจัยในช่วงเวลาที่ 2	63

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภายหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางหรือรุนแรงผู้ป่วยมักเกิดความพิการหรือมีการสูญเสียสมรรถภาพในด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมักเกิดความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว (Sharon, Gaharm, & Gardon, 2000) เกิดอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) ส่วนด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการเฉยเมย (Apathy) อารมณ์แปรปรวน (Emotion liability) วุ่นวาย (Irritability) (Fary, Lan, & Lan, 2003) อาการดังกล่าวอาจเกิดร่วมกันหรืออาจเกิดเฉพาะอาการใดอาการหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามลำพัง (Dikman, Machamer, Powell, & Temkin, 2003) ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลดังกล่าวจะดูแลกิจวัตรประจำวันและทำหน้าที่เป็นคนกลางในการติดต่อหรือสื่อสารกับผู้อื่นหรือดูแลในการทำกิจกรรมทั่วไป ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตและใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย อาจรวมถึงเวลาส่วนตัว ด้วย จากการศึกษาของฉวีวรรณ วรรณชนะ (Wantana, 2003) พบว่าโดยเฉลี่ยญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยวันละ 16-24 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นภาระอย่างหนักที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลให้ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยต้องละทิ้งงานประจำส่งผลให้มีรายได้ลดลงและมีความจำกัดในด้านการเงิน สมาชิกครอบครัวส่วนหนึ่งจึงพยายามทำงานพิเศษอื่นๆ เพื่อหารายได้มาใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Namasa, 2002) การปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลรวมกับการที่ต้องรับมือกับการสูญเสียสมรรถภาพหรือความบกพร่องในด้านต่างๆของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกาย มักพบอาการต่าง ๆ เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า อ่อนล้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะและเกิดโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น (Buddhawan, 2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะ 6 เดือนหลังอุบัติเหตุที่ผู้ป่วยยังหลงเหลือความพิการหรือสูญเสียสมรรถภาพทำให้ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้านกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด (Marsh, Kersel, Havill, & Sleight, 2002) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นต่อญาติผู้ดูแลนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่

ในระยะแรกผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเพราะลักษณะการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ การจลาจล การพลัดตกจากที่สูงหรือการถูกทำร้ายร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) ญาติผู้ดูแลมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลและเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (พิทยากรณ์ นวลสีทอง, 2549) และสภาพการรักษาตัวผู้ป่วยระยะแรกในหน่วยบำบัดวิกฤตมักมีผลให้ญาติเกิดความไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรคและอาการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (Yang, 2007) เหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้กระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของตนเอง ผลกระทบดังกล่าวมักเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอ ส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระ ทุกข์ใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล และหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือในที่สุดอาจเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา

จากการที่ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอนอกจากส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลแล้ว ยังส่งผลกระทบถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย คือทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสุขภาพจากการสูญเสียสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ ได้ช้าและอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ ทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง (Sander, Carosell, High Jr., Becker, Neese, & Scheibel, 2002) ในทางตรงข้ามหากญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ได้จะมีการตัดสินใจที่ดี ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคม (Bootscheewan, 2007) โดยการเผชิญปัญหา (Coping) ดังกล่าวของญาติผู้ดูแล ยังพบว่ายังมีปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา เช่น รายได้ เพศ อายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ในการศึกษาเรื่องรายได้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะมีการเผชิญปัญหาได้ดีกว่า เนื่องจากสามารถจัดหาทรัพยากรต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้คล่องตัว นอกจากนั้นการมีรายได้สูงยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจ้างผู้ช่วยเหลือเพื่อผ่อนเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย และแสวงหาวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ (Namasa, 2002; Wantana, 2003)

งานวิจัยที่ผ่านมายืนยันว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลต่อบทบาทใหม่ที่ได้รับ สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหาในการดูแลได้ เป็นการแบ่งเบาภาระทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการกิจกรรที่ต้องทำให้แก่ผู้ป่วยเป็นภาระหรือเกินความสามารถที่ตนเองจะปฏิบัติได้ และช่วยให้สามารถ

ควบคุมสถานการณ์การดูแลนั้นได้ ทำให้ปฏิบัติหน้าที่ญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Buddhawan, 2002; Namasa, 2002; Playpetch, 2002; Potiprasat, 2005) ในทางตรงข้ามหากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มสูงขึ้น (Ergh, Rapport, Coleman, & Hank, 2002) ในขณะที่เดียวกันญาติผู้ดูแลจะมีการเผชิญปัญหาต่อภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีการสูญเสียสมรรถภาพได้น้อยลง (Ergh, Hank, Rapport, & Coleman, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งมีผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลคือ การได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสมตามความต้องการที่แท้จริง นักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแต่ละช่วงเวลา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความต้องการของญาติผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในแต่ละช่วงเวลานั้นมีความแตกต่างกัน ในระยะวิกฤตของตั้งแต่การเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักสิ่งที่ญาติต้องการคือข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย แนวทางการรักษาและการพยากรณ์โรค รวมทั้งการได้คำแนะนำว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการจากแพทย์และพยาบาล (Bond, Draeger, Mandleco, Micheal, & Donnelly, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความต้องการเมื่อเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักของอุบลวรรณ กิตติรัตนระการ (2541) พบว่าสิ่งที่ญาติต้องการคือ ด้านข้อมูล ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก นอกจากนั้นข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลต้องการในระยะนี้คือ การให้ความมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างมีคุณภาพสูงสุดจากพยาบาลและทีมการรักษา (Yang, 2007)

จากการวิจัยของโมริส (Morris, 2001) ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า การให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต ทำให้ระดับความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลลดลงและงานวิจัยของรัตนอยู่เปล่า (2543) ได้ศึกษาถึงผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีระดับความวิตกกังวลลดลง นอกจากนั้นหากญาติผู้ดูแลได้ความรู้ตั้งแต่ห้องผู้ป่วยหนัก จะมีผลให้ความวิตกกังวลลดลงและมีความพึงพอใจในการดูแลของทีมสุขภาพมากขึ้น (Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2005) เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น และได้รับการจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักและเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยสามัญระยะนี้ญาติเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากงานวิจัยของเขาวรัตน์ ยามอม

(Ya-orm, 2001) พบว่าสิ่งที่ญาติต้องการในระยะนี้คือ ความต้องการด้านข้อมูลและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ญาติต้องการคือ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การมีโอกาสร่วมดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนบทบาทได้ดีขึ้น และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (Potaya, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล โดยต้องมีการประเมินว่าญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลหรือพร้อมในการฝึกทักษะการดูแลต่างๆ หรือไม่ นอกจากนั้นวิธีการเตรียมญาติผู้ป่วย แต่ละราย หรือแต่ละช่วงเวลาขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยบางรายมีความพร้อมด้านร่างกายมาก ญาติผู้ดูแลควรถูกเตรียมเรื่องการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเฉพาะด้านสื่อสาร พยาบาลก็ควรเน้นด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยลักษณะของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการฝึกทักษะการดูแลให้กับญาติซึ่งต้องสอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วยแต่ละระยะของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จนถึงระยะพ้นวิกฤตที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยสามัญ และวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมว่าสามารถทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีหรือไม่

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงมีผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก

3. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรม ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนักสูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม
3. คะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าในระยะก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

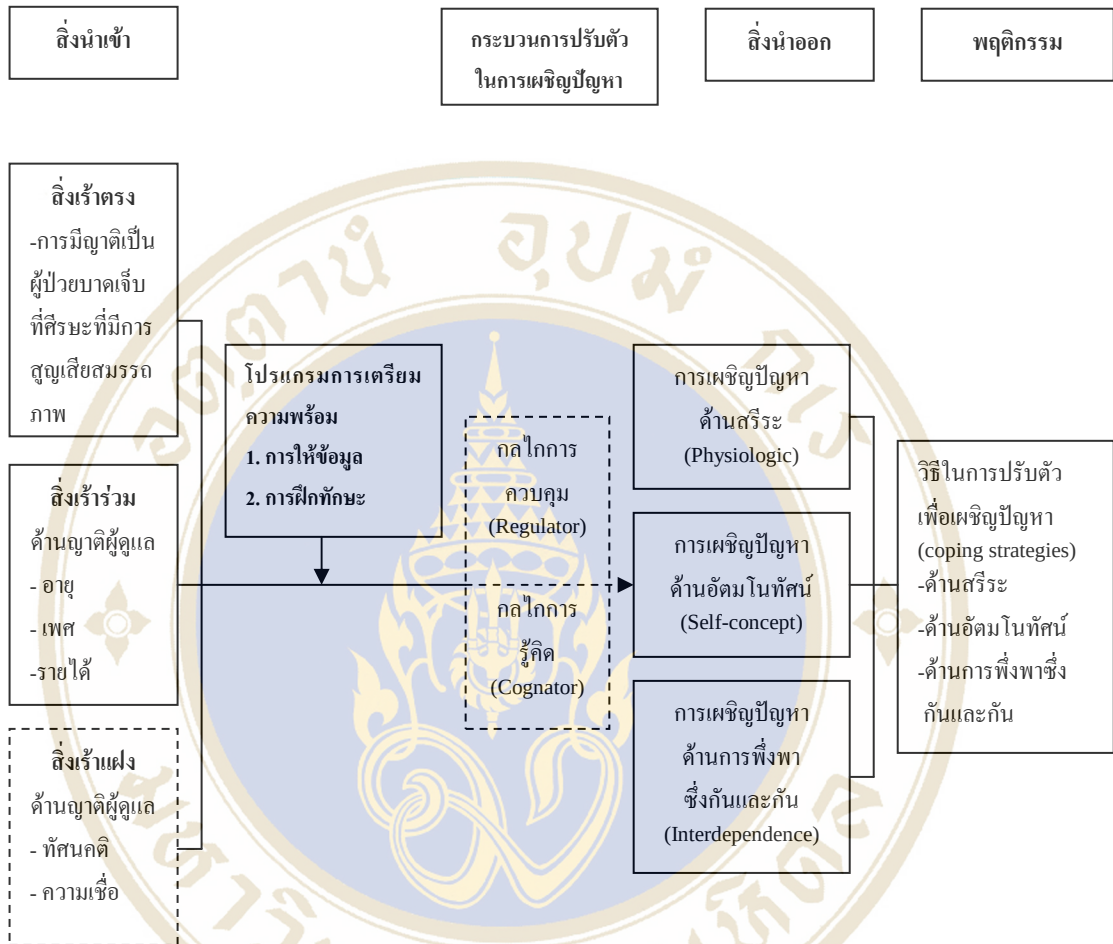
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รอย (Roy, 2008) กล่าวว่า วิธีในการเผชิญปัญหา (Coping) เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่จากการใช้สติสัมปชัญญะในการเรียนรู้ ประมวลความคิด และเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหา จากการใช้การตระหนักรู้ การสร้างสรรค์ และการบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากนั้นแสดงออกทางพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา ได้แก่ กลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรู้คิด (Cognator) ซึ่งในการตอบสนองหรือควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจใช้วิธีที่ได้จากการเรียนรู้หรือวิธีตามธรรมชาติที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ดังนั้น วิธีในการปรับตัวหรือการเผชิญปัญหา (Coping strategies) ที่บุคคลใช้ในชีวิตประจำวันหรือเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นในชีวิตจึงเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผ่านกระบวนการเหล่านี้เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกเป็นการปรับตัวด้านสรีระ (Physiologic) อัตมโนทัศน์ (Self-concept) การแสดงบทบาทหน้าที่ (Role function) และการพึ่งพาอาศัย (Interdependence) เพื่อตอบสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม ผลที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งนำออกจากระบบในลักษณะการปรับตัวได้มีประสิทธิภาพ หรือการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ สิ่งนำออกดังกล่าวจะเป็นสิ่งย้อนกลับเข้าสู่ระบบอีกครั้ง สิ่งทีกระตุ้นให้มีการปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาเรียกว่า สิ่งเร้า การปรับตัวจะเป็นในระดับใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้า

แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง โดยสิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลเผชิญอยู่ในขณะนั้น มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวโดยตรง สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) ได้แก่ ปัจจัยต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับระบบบุคคลทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาโดยอ้อม ส่วนสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่อาจมีอิทธิพลแต่ยังไม่ชัดเจนในขณะนั้นโดยอาจยังไม่สามารถบอกได้โดยหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการทบทวนวรรณกรรมหรืออาจมีอิทธิพลในอนาคต ได้แก่ ทักษะคิด ค่านิยม ความเชื่อ (Roy, 2008)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีรอยมาเป็นกรอบในการศึกษาการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ดังนั้นตามกรอบทฤษฎีของรอย สิ่งเร้าตรง ได้แก่ การมีญาติเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการสูญเสียสมรรถภาพ สิ่งเร้าร่วม ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาญาติผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ เพศ อายุ และสิ่งเร้าแฝง คือ ทักษะคิด ความเชื่อ ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา การใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลเป็นการให้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับลักษณะ อาการ การรักษา และการดำเนินโรค และเป็นการเตรียมทักษะต่างๆที่จำเป็นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล เปรียบได้กับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ผ่านการรับรู้ ร่วมกับการให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาผ่านกลไกการรู้คิด (cognator) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านพึงพาอาศัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1: แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ดัดแปลงมาจาก Roy, & Andrews, 1999, Roy, 2008)

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 9 เดือนตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล หมายถึง แบบแผนการให้ข้อมูล การฝึกทักษะการปฏิบัติดูแล และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมากจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤติและระยะฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤติและระยะฟื้นฟูสภาพ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆโดยละเอียดในการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการเรียนรู้ข้อมูลและทักษะการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแล และคู่มือประกอบสำหรับญาติผู้ดูแล 2 ชุด ได้แก่คู่มือที่เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติผู้ดูแล และคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย 12 ชุด

การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (coping) หมายถึง วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเป็นการปรับตัวที่เกิดจากกระบวนการรู้คิด (cognitive) ต่อการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัดได้จากวิธีในการปรับตัวที่ญาติผู้ดูแลใช้ โดยใช้แบบวัดวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ของ Chayaput & Roy (2007) ซึ่งมี 4 มิติ ได้แก่มิติย่อยที่ 1 ด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ (Resourceful and systematic) มิติย่อยที่ 2 ด้านพฤติกรรมทางกาย (Physical and fixed) มิติย่อยที่ 3 การรับรู้เชิงบวก (Positive and knowing) มิติย่อยที่ 4 การตื่นตัวกับเหตุการณ์ (Alert processing) ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-108 คะแนน โดยคะแนนที่สูงจากเดิม หมายถึง การปรับตัวดีขึ้นในมิตินั้น

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับญาติผู้ดูแลตามปกติ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลบนหอผู้ป่วยในเรื่องการให้ข้อมูล ได้แก่ กฎระเบียบการเข้าเยี่ยม การเตรียมหลักฐานสิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การรักษา การพยาบาล และการฝึกทักษะเบื้องต้น ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวใช้วิธีการให้ข้อมูลหรือแนะนำญาติผู้ดูแลแบบปากเปล่า ไม่มีเอกสารประกอบ ไม่มีการประเมินความพร้อมหรือความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นการเฉพาะ สำหรับเอกสารที่แจกให้เป็นเอกสารใบเดียวขนาดครึ่งหนึ่งของกระดาษขนาด เอ 4 ที่ระบุถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ การเปลี่ยนรองเท้าเวลาเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังการเยี่ยม การห้ามนำเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เข้าเยี่ยม และเบอร์โทรศัพท์ของห้องผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งอยู่ที่โรงพยาบาลและให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะแก่พยาบาลและทีมสุขภาพ
4. เป็นแนวทางการวิจัยในการเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มอายุกรรมและศัลยกรรม กลุ่มผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา โดยเรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. การสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่สัมพันธ์กับระดับความรู้สึกรู้ตัว (Glasgow coma score หรือ GCS) ประกอบด้วย
 - 1.1 ความบกพร่องด้านการรู้คิด
 - 1.2 ความบกพร่องด้านร่างกาย
 - 1.3 ความบกพร่องด้านจิตใจ/อารมณ์และพฤติกรรม
2. ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูญเสียสมรรถภาพ
 - 2.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย
 - 2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ
3. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามทฤษฎีของรอย
5. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

1. การสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่สัมพันธ์กับระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score หรือ GCS) ของ TBI (Disability in traumatic brain injury patient)

การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยเกิดขึ้นนั้นมักมีสาเหตุหลักมาจาก อุบัติเหตุยานยนต์ ถูกทำร้ายร่างกาย การเล่นกีฬาหรือกิจกรรมต่างๆ (Hickey, 2003) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงนวล เชี่ยวประสิทธิ์ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจากรยานยนต์ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุจากรถยนต์ (Chiewprasit, 2003) โดยเพศชายเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะได้มากกว่าเพศหญิง โดยพบอัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิง = 2:1 (Littlejohns & Bader, 2001) เนื่องจากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถอธิบายได้ดังนี้ (Bake & Joynt, 1985; Hickey, 2003; Marik, Varon, & Trask, 2002) พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรกสามารถแบ่งได้เป็นรอยโรคชนิดโฟคอล (Focal) และ รอยโรคชนิดดิฟฟิวส์ ลีชั่น (Diffuse lesions) ดังนี้ โดยรอยโรคชนิดโฟคอล (Focal lesions) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการถูกตีเป็นสาเหตุทำให้สมองถูกกระทบกระเทือนและการเกิดก้อนเลือดในสมอง ผลจากการเกิดพยาธิสภาพดังกล่าวส่งผลต่ออัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และระยะเวลาของการบาดเจ็บและการบาดเจ็บชนิด ดิฟฟิวส์ แอกซอนอล (Diffuse axonal injury) มักมีสาเหตุมาจากแรงเฉื่อยจากการเกิดอุบัติเหตุ

การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก (primary brain injury) ทั้งรอยโรคชนิดโฟคอลและ รอยโรคชนิดดิฟฟิวส์ ลีชั่น ได้แก่

1) กระโหลกแตกร้าว (Skull fracture) มักเกิดบริเวณกะโหลกศีรษะและฐานของ กระโหลก ซึ่งอาจจะเป็นแบบชนิดถูกกด (depressed) หรือ ไม่ถูกกด (nondepressed) ซึ่งบริเวณนี้ ประกอบด้วยกระดูกหลายชิ้นเชื่อมติดกันสนิทในผู้ใหญ่จึงไม่สามารถยืดขยายได้ ยกเว้นบริเวณที่เป็นรอยต่อระหว่างกระดูกที่ยังไม่เชื่อมติดกัน ภายในโพรงกะโหลกศีรษะมีช่องเปิดที่สำคัญ คือ บริเวณกระดูกท้ายทอย (occipital bone) ชื่อ โฟราเมน แมกนัม (foramen magnum) เป็นทางที่ประสาทไขสันหลังติดต่อกันแกนสมอง บริเวณกะโหลกศีรษะที่มีความบอบบางที่สุดคือ บริเวณกระดูกด้านข้าง (temporal bone) และมีผิวที่ขรุขระทั้งด้านนอกและด้านในซึ่งทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อสมองส่วนข้างได้บ่อย

2) ก้อนเลือดเหนือเยื่อหุ้มสมอง (Epidural hematoma) พบได้ประมาณ 1% ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและในจำนวนนี้มักพบว่าประมาณ 10% มักมีอาการรุนแรง โดยตำแหน่งที่เกิดบ่อย คือ บริเวณกระดูกด้านข้าง (temporal bone) ซึ่งมีความบอบบางเป็นเหตุให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ มิดเดิล เมนิงเจล (middle meningeal)

3) **ก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma)** การมีก้อนเลือดใต้ชั้นดura พบได้บ่อยกว่า ก้อนเลือดเหนือเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งพบได้ประมาณ 30% ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง มักเกิดอาการภายใน 48 ชั่วโมงเนื่องจากการเคลื่อนที่ไม่ได้สัดส่วนกันอย่างรวดเร็วของชั้นของสมองและหลอดเลือดดำบริดจิง (bridging) เกิดหลอดเลือดฉีกขาดพร้อมกันหลายเส้นมักพบร่วมกับการฉีกขาดของเนื้อสมองบริเวณที่มีพาดผ่านในของกะโหลกศีรษะที่ขรุขระ

4) **ก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma)** มักพบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง เกิดบริเวณสมองกลีบหน้า (frontal) และกลีบข้าง (temporal) ซึ่งก้อนเลือดภายในเนื้อสมองอาจเกิด 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยควรได้รับการทำคอมพิวเตอร์สแกน (CT scan) ซ้ำอีกครั้ง การบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรกมักเกิดจากการทำลายโดยตรงตั้งแต่ระยะแรกของการได้รับการบาดเจ็บ

ส่วนการบาดเจ็บระยะที่สอง (secondary brain injury) มักเกิดหลังจากการทำลายของระบบประสาทจากการตอบสนองของกายวิภาคของระบบประสาทหลังจากที่ได้รับการบาดเจ็บสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (Hypotention) และภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ทำให้การไหลเวียนเลือดในสมอง (cerebral blood flow) ลดต่ำลง ทำให้มีการทำลายของสมองมากขึ้นเป็นสาเหตุทำให้สมองขาดเลือด ซึ่งผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากสมองขาดเลือดถึง 80 % ของจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความพิการหรือการสูญเสียสมรรถภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Sharon, Gaharm & Gardon, 2000)

ดังนั้น การสูญเสียสมรรถภาพ (Disability) หมายถึง ภาวะที่บุคคลสูญเสียความสามารถหรือมีความสามารถจำกัด หรือไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรม หรือทำงานในระดับปกติที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ เป็นผลจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ (WHO, 1980) โดยการสูญเสียสมรรถภาพที่เกิดขึ้นนี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและบริเวณของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับการบาดเจ็บ (Sharon, Gaharm & Gardon, 2000) โดยระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการรักษาการพยากรณ์โรค ฉะนั้นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องทำตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ เพื่อที่จะให้การรักษาในระยะเฉียบพลันได้

ความรุนแรงและผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาศัยข้อบ่งชี้จากองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ ระดับของความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale หรือ GCS) ที่สร้างโดย ทีสเดล และ เจนเนต (Teasdale & Jennett, 1974) ช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัว (duration of loss of consciousness/ หรือ LOC) โดยผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน จะบอกระดับความรุนแรงของ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้ (Hickey, 2003; สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546; Savola, 2004; Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005)

1. บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (Minor หรือ mild traumatic injury) ระดับความรู้สึกตัว (GCS) 13-15 คะแนน ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวสามารถลืมตาได้เองหรือเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย อาจสับสนเป็นบางครั้ง มีช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัว (LOC) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที และมีระยะเวลาหลังลืม (Posttraumatic amnesia หรือ PTA) น้อยกว่า 24 ชั่วโมง การวินิจฉัยรวมถึงผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวแม้เพียงช่วงหนึ่ง ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปกติ ไม่ได้รับการผ่าตัด และมีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน พบอาการปวดศีรษะตลอดเวลาร้อยละ 79 ความจำลดลงร้อยละ 59 นอกจากนั้นมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการลดระดับความสนใจสมาธิ ความจำ การตัดสินใจ และพบจำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ได้กลับเข้าทำงานตามปกติในขณะติดตามผล

2. บาดเจ็บศีรษะปานกลาง (Moderate traumatic brain injury) ระดับความรู้สึกตัว 9 -12 คะแนน ผู้ป่วยมักมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและสับสน หลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆ ได้ถูกต้องมีช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัวมากกว่า 30 นาที ถึง 1 สัปดาห์ มีระยะเวลาหลังลืมมากกว่า 24 ชั่วโมงถึง 1 สัปดาห์ รวมถึงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานมากกว่า 48 ชั่วโมงถึง 7 วัน หรือได้รับการผ่าตัด หรือมีอาการบกพร่องทางระบบประสาทผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน พบอาการปวดศีรษะตลอดเวลา ความจำลดลง มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 70 ยังไม่ได้กลับเข้าทำงาน ไม่สามารถกลับเข้าสู่สังคมและอาชีพเดิมได้ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของสติปัญหามากกว่าความพิการทางร่างกาย

3. บาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Severe traumatic brain injury) ระดับความรู้สึกตัว 3-8 คะแนน ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืองอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลยมีช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัว และ ระยะเวลาหลังลืมนานมากกว่า 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบอัตราการตายประมาณร้อยละ 50 และจากการติดตามผู้ป่วยที่รอดชีวิตใน ระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบร้อยละ 20 มีความพิการรุนแรง ร้อยละ 40 มีความพิการปานกลางและร้อยละ 40 หายเป็นปกติ

ดังนั้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บร่วมกับการประเมินโดยใช้รูปแบบการพยากรณ์ผลของคะแนนกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามลักษณะดังนี้

1. ผลลัพธ์ดีหรือหายเป็นปกติ ผู้ป่วยอาจหายสนิทหรืออาจหลงเหลือความพิการเพียงเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปทำงานได้เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ

2. หายโดยมีความพิการปานกลาง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น แต่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ

3. หายโดยมีความพิการอย่างรุนแรง ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางอย่าง

4. ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (persistent vegetative state) ผู้ป่วยหายจากการบาดเจ็บแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ จะสูญเสียหน้าที่

5. เสียชีวิต

ดังนั้นการจำแนกการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถสรุปประเด็นหลัก ๆ ได้ดังนี้

1. ความบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognitive impairment) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการให้ความหมายและทำความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม โดยการตอบสนองเบื้องต้นต่อสิ่งนั้นอย่างมีจุดหมาย (Davis, 2000) ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อสมองได้รับกระทบกระเทือนหรือการบาดเจ็บทำให้บุคคลมีความสามารถลดลงด้านความรู้สึกตัว มีอาการสับสน ความสนใจ สมาธิ ความจำ การคิด การวางแผน ตัดสินใจ การสื่อสาร การควบคุม การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Salmond & Sahakian, 2005; Scott, Luca, Kathryn, & Satmana, 2004) แบ่ง เป็น 5 ด้านได้แก่

1.1 การมีความผิดปกติด้านความตั้งใจ สมาธิ และการรวบรวมความคิด (Attention/Concentration impairment) เกิดจากซีกสมองส่วนหน้า (anterior cerebral hemisphere) หรือ บริเวณ พรีฟรอนตอล (prefrontal area) ได้รับกระทบกระเทือนหรือถูกทำลาย (Granacher, 2003) ทำให้มีสมาธิสั้นลง (วิภาวรรณ ลิลาสำราญ, 2546) ความสนใจในสิ่ง ๆ หนึ่งลดลง (Hickey, 2003) มีการตอบสนองช้า คิดช้า และตัดสินใจช้า ทำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ดี ความสนใจหันเหไปทางอื่นได้ง่าย พบได้ในระยะ 1-3 เดือนหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005) จากการศึกษาของ นวิวรรณ วรรณชนะ (Wantana, 2003) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 111 ราย พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจรถึงร้อยละ 89.2 ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีความผิดปกติด้านความตั้งใจและการมีสมาธิพบได้ 10 รายคิดเป็นร้อยละ 9 ของจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.2 ความผิดปกติด้านการใช้ภาษาและสื่อสาร (Language and Communication impairment) เมื่อมีการบาดเจ็บที่ศีรษะบริเวณ ชุปพีเรีย เทมโปรอล (Superior Temporal Gyrus)

หรือ บริเวณเวนิค (Wernicke) เป็นบริเวณที่มีความสำคัญในการทำหน้าที่แปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน หรือที่ผู้อื่นพูด จึงพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของการพูดจาบริเวณเวนิค (Wernicke's Aphasia) จะพูดได้แต่จับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม หากมีพยาธิสภาพที่บริเวณโบรคา (Broca) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อนและสายเสียง ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่เห็น หรือที่ผู้อื่นพูด แต่ไม่สามารถพูดหรืออธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005; Wantana, 2003; รัชนี ชนะสงค์, 2547) จากการศึกษาของ อาภาพรรณ นามอาษา (Namasa, 2002) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 110 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 93.6% มีอายุระหว่าง 15-74 ปี ระยะเวลาหลังการได้รับการบาดเจ็บที่สมองอยู่ในช่วง 3 สัปดาห์ถึง 8 ปี 9 เดือน และพบว่ามีปัญหาในกลุ่มอาการหลังสมองกระทบกระเทือนอยู่ร้อยละ 56.4 ในจำนวนนี้พบว่ามีปัญหาในการสื่อสาร ได้แก่ ความสามารถในการเข้าใจและการถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดถึงร้อยละ 75.5 และมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีปัญหาด้านการสื่อสารภายหลังการได้รับการบาดเจ็บจำนวน 56 รายคิดเป็นร้อยละ 50.5 (Wantana, 2003)

1.3 ความผิดปกติด้านความจำ (Memory impairment) การที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความจำเป็นผลมาจากการถูกทำลายของลิมบิก ซีสเต็ม (limbic systems) จึงทำให้เกิดการลดลงของความจำ (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541) ทำให้เกิดปัญหาด้านความจำและการลืม (สงวนดิน รัตนเลิศ, 2546) ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย (Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005) ทำให้มีพฤติกรรม การตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นไม่เหมาะสม (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541) จากการศึกษาของ นวิวรรณ วรรณทนะ (Wantana, 2003) พบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมักเกิดความบกพร่องในด้านความจำ คิดเป็นร้อยละ 39.6 จากการศึกษาของ อาภาพรรณ นามอาษา (Namasa, 2002) พบว่าเมื่อประเมินด้วยแบบวัด Functional Independence Measure (FIM) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีปัญหาด้านความจำที่อยู่ในระดับ 7 นั้นมีจำนวนถึงร้อยละ 60.9 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและจากการศึกษาของ สมทรง บุตรชีวัน (Bootcheewan, 2007) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านกับการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่าเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักพบความผิดปกติด้านความจำและมีอาการสับสน พบได้ร้อยละ 48.8 และภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 เดือน พบได้ร้อยละ 26.92

1.4 ความผิดปกติด้านการรับรู้ (Perceptual impairment) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ให้ความหมายและความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม โดยการตอบสนองเบื้องต้นต่อสิ่งเร้าอย่างมีจุดมุ่งหมาย (Davis, 2000) การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (coma) มีอาการสับสน

(confusion) สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ (loss of sense of time and space) (Scott, Luca, Kathryn, & Satmana, 2004) ไม่สามารถเข้าใจแนวคิดลึกซึ้ง (inability to understand abstract concept) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการตัดสินใจ (problem with judgment) และบกพร่องในการแก้ปัญหา (problem solving deficits) และไม่สามารถรับคำสั่งที่มากกว่า 1 หรือ 2 ขั้นตอนได้อย่างต่อเนื่อง (inability to accept more than one-or-two-step command simultaneously) (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) งานวิจัยของ อาภาพรณ นามอาสา (Namasa , 2002) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีความบกพร่องในการแก้ปัญหาร้อยละ 30.9

1.5 ความผิดปกติด้านกระบวนการควบคุมหรือการควบคุมตนเอง (Executive impairment or self-regulation) เป็นความบกพร่องด้านความสามารถของบุคคลในการควบคุมกำหนดเป้าหมาย และแสดงออกของพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ได้แก่ การมีความสนใจ ตั้งใจ การวางแผนการ หากเกิดความผิดปกติบริเวณ ออบิโตฟรอนตอล (Orbitofrontal) ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแสดงออกต่อสังคมไม่เหมาะสม (Kennedy & Coelho, 2005) เป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมเอาตัวเองเป็นจุดศูนย์กลาง (impaired social capacity resulting in self-centered behavior) (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) จากงานวิจัยของ อาภาพรณ นามอาสา (Namasa ,2002) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการบาดเจ็บมักมีปัญหาในการเข้าสังคมถึงร้อยละ 33.6 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ จีวรณ วรรณทะนะ (Wantana, 2003) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีปัญหาทางด้านการควบคุมตนเองมีผลต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ได้แก่ พฤติกรรมซาลงไปจากเดิมมีสาเหตุมาจากที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 14.4

2. ความบกพร่องด้านร่างกาย (Physical impairment)

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมักเกิดความบกพร่องทางด้านร่างกายตามมา ซึ่งเป็นความบกพร่องที่พบได้บ่อย (Martin, Viguier, Deloche, & Dellatolas, 2001) มีความสำคัญทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บทำงานไม่สมบูรณ์ (Sharon, Gaharm, & Gardon, 2000) ความบกพร่องทางร่างกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จะเกิดความบกพร่องทางด้านการเคลื่อนไหวที่มักเกิดจากการบาดเจ็บสมองส่วนของซีรีเบลลัม ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและ ควบคุมการทรงตัวในท่าตรง (ประนอม หนูเพชร, 2546) นอกจากนี้ยังพบการเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออัมพาต ทำให้ไม่สามารถวางแผนการเคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเคลื่อนไหว (Sharon, Gaharm, & Gardon, 2000) และทำให้ผู้ป่วยมักเกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การทรงตัวเลวลง ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง การเริ่มต้นทำได้ช้า (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เกิดจาก

ผู้ป่วยสำคัญ มีการค้างของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอออกได้เอง การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และ ข้อติดแข็ง (Sharon, Gaharm, & Gardon, 2000)

นอกจากนี้ยังมักพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีภาวะกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนหรือโพส คอนคัสชั่น ซินโดม (Post concussion syndrome) เช่น การอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ภาพซ้อน นอนไม่หลับ และอาการสั่น เป็นต้น (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546; Hickey, 2003) รวมทั้งอาการอื่น ๆ ที่พบ เช่น ความบกพร่องของการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ (Granacher, 2003) จากการศึกษาของ จีวีวรรณ วรรณทนะ (Wantana, 2003) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีปัญหาทางด้านร่างกาย ตั้งแต่ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวคิดเป็นร้อยละ 40.5 และพบกลุ่มอาการภายหลังจากสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น อาการปวดศีรษะ การมองเห็น อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น พบได้ร้อยละ 27.9, 18, และ 7 ตามลำดับ และมีอาการชักภายหลังได้รับบาดเจ็บคิดเป็นร้อยละ 11.7 นอกจากนี้พบผู้ป่วยมีการสูญเสียการได้ยิน ใบหน้าเป็นอัมพาต และข้อติดแข็งพบได้ร้อยละ 4.5, 4.5, และ 1.8 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาภาพรณ นามอาษา (Namasa, 2002) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังการได้รับการบาดเจ็บมักพบกลุ่มอาการสมองที่ได้รับการกระทบกระเทือน ร้อยละ 39.1 และเกิดกลุ่มอาการสมองได้รับการกระทบกระเทือนร่วมกับปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และใบหน้าที่เป็นอัมพาต ร้อยละ 8.2, 5.5, และ 4.5 ตามลำดับ และจากการศึกษาของ สมทรง บุตรชีวัน (Bootcheewan, 2007) พบว่าเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักพบความผิดปกติ ได้แก่ มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย มีกลุ่มอาการสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ปวดศีรษะ ใบหน้าเป็นอัมพาต และมีปัญหาการมองเห็น พบได้ร้อยละ 12.8, 2.56, และ 2.56 ตามลำดับ และภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 เดือน พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย มีกลุ่มอาการสมองได้รับการกระทบกระเทือน เช่น ปวดศีรษะ ใบหน้าเป็นอัมพาต และมีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน พบได้ร้อยละ 16.67, 1.92, 7.69, และ 1.92 ตามลำดับ

3. ความบกพร่องด้านจิตใจ/อารมณ์และพฤติกรรม (Psychiatric/emotion and behavior impairment)

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังการได้รับการบาดเจ็บนอกจากเกิดความบกพร่องทางด้านร่างกายแล้ว ยังพบบกพร่องด้านจิตใจ/อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อหน้าที่ของครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย (Martin, Viguier, Deloche, & Dellatolas, 2001) ความบกพร่องทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติด้านการรู้คิดและ

ด้านร่างกาย (Salmond & Sahakian, 2005) ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชา อารมณ์แปรปรวน วุ่นวาย วิตกกังวล และซึมเศร้า (Fary, Lan, & Lan, 2003) และจากการศึกษาของฮาร์ท มิลลิส โนแวก อิงแลนด์อร์ ฟิดเลอร์-เชพพาร์ดและเบลล์ (Hart, Millis, Novack, Englander, Fidler-Sheppard, & Bell, 2003) พบว่าในระยะเวลา 1 ปี หลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว วุ่นวาย ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของงานวิจัยของ อาภาพรณ นามอาสา (Namasa, 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยยังเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์พบได้ 43 รายคิดเป็นร้อยละ 38.7 นอกจากนั้นจากการวิจัยของ นววรรณ วรรณทนะ (Wantana, 2003) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ พฤติกรรมผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงกลับไปเป็นเด็กจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 4.5 และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นภายหลังการได้รับการบาดเจ็บจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 1.8 และ จากการศึกษาของ สมทรง บุตรชีวัน (Bootcheewan, 2007) พบว่าเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยมักมีความบกพร่องด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมจำนวน 4 รายคิดเป็นร้อยละ 2.56 และภายหลังที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 เดือนมีผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและเข้ารับการรักษาที่จิตเวช จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.56

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพทำให้เกิดความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรู้คิด เช่น การมีความผิดปกติด้านความตั้งใจ สมาธิ และการรวบรวมความคิด ความผิดปกติด้านการใช้ภาษาและสื่อสาร ความผิดปกติด้านความจำ เป็นต้น ส่วนด้านร่างกาย มักพบอาการผิดปกติ เช่น ด้านการเคลื่อนไหว มักทำให้ผู้ป่วยมักเกิดกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุล ความทนทานลดลง ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและ ระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชา อารมณ์แปรปรวน วุ่นวาย ซึมเศร้า และก้าวร้าว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ นอกจากจะทำให้เกิดผลกระทบโดยตรงกับตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ ญาติผู้ดูแลอีกด้วย

2. ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูญเสียสมรรถภาพ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงผล คือ ทำให้บุคคลเกิดความพิการ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมดหรือต้องการทดแทนทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลอื่นให้เข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549) นอกจากเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้กล่าวข้างต้น ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล เช่น รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า เครียด รู้สึกหมดหวัง (Vedhara, Shanks, Anderson, & Lightman, 2000) จาก

การศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจ พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความพิการมากและไม่รู้สติ จะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บสมองในระดับที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลาง ความพิการระดับน้อย พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวอยู่ในระดับต่ำกว่าครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความพิการในระดับที่มากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2540) จึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรก และจากการที่ผู้ป่วยยังหลงเหลือรอยโรค ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549) โดยเฉลี่ยพบว่าญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยถึง 16-24 ชั่วโมง/วัน (Wantana, 2003) เป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549) มักเป็นผลจากการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ ทุกข์ใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น ด้านร่างกาย มักพบอาการ ปวดหลัง ปวดเข่า อ่อนล้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร (Buddhawan, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยาภรณ์ (2549) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยมักเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น หดแรงแรง กัดอะไรไม่ออก ง่วงนอน ร่างกายอ่อนแอลง และหลงลืม เป็นต้น และการศึกษาของ มาร์ส เคอเซล ฮาร์วิวและสไลซ์ (Marsh, Kersel, Havill, & Sleight, 2002) พบว่า ระยะ 6 เดือนหลังอุบัติเหตุทำให้ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย ซึ่งสาเหตุมาจากการแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องหันไปใช้ยานอนหลับและการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายตามมา

2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

เมื่อผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และเป็นสิ่งที่ญาติไม่สามารถคาดเดาได้เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเกิดเหตุการณ์กับสมาชิกในครอบครัวของคนย่อมส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล พบว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) และพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดซึ่งอยู่ในระดับสูงร้อยละ 63.8 (ดาร์รัตน์ ปานดี, 2548) ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลและเครียดเมื่อเกิดเหตุการณ์กับผู้ป่วย (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549)

โดยความเครียดนั้นเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่บุคคลในครอบครัว สรุปได้ 4 ประเด็นดังนี้

2.2.1 ความเครียดจากการเปลี่ยนสภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

เป็นผลมาจากการเกิดผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัวทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากบุคคลทั่วไป มารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตและใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย (Wantana, 2003) และการปรับเปลี่ยนบทบาทส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลนั้นจะเป็นคู่สมรส โดยเฉพาะผู้ที่เป็นภรรยาจะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างมาก กล่าวคือ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวแทนสามี ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและเป็นภาระในการดูแล (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2540)

2.2.2 ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและหน้าที่การงาน

จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าว ทำให้ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นของญาติจึงทำให้ญาติผู้ดูแลนั้นอาจต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Ya-orm, 2001) นอกจากนั้นยังพบว่าในระยะ 6 เดือนและ 1 ปีภายหลังการได้รับการบาดเจ็บ การเข้าร่วมสังคมของญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลมีการตัดสินใจเข้าสังคมลดลงถึงร้อยละ 35 และ 22 ตามลำดับ (Marsh, Kersel, Havill, & Sleight, 2002).

2.2.3 ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ

จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปเรียนหรือทำงานได้ตามปกติ ส่งผลต่อสถานภาพการเงินของครอบครัว ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยมีรายได้น้อยลง มีปัญหาการว่างงานเพิ่มขึ้น (Wantana, 2003) แต่กลับมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ผู้ป่วยเองก็ไม่สามารถหารายได้แต่ยังต้องการพึ่งพา ค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่องซึ่งยังกำหนดระยะเวลาไม่ได้ (ประนอม หนูเพชร, 2546) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้น้อยลงและมีความจำกัดในด้านการเงิน สมาชิกครอบครัวมุ่งที่จะทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Namasa, 2002) เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก็มักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีเข้าร่วมในการวินิจฉัย เช่น CT scan การรักษา การผ่าตัด ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลจะมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย (Ya-orm, 2001)

2.2.4 ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในครอบครัว

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะทำได้น้อยลง (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากการเกิด

อุบัติเหตุซ้ำได้ จึงทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับพื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน เช่น ติดตั้งราวจับ ปรับพื้นเป็นระดับเดียวกัน จัดพื้นที่ใช้สอยภายในห้องให้กว้าง ปรับห้องน้ำให้ใช้ได้สะดวก (ประนอม หนูเพชร, 2546)

จากวรรณกรรมที่ทบทวนดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการบาดเจ็บและมีการสูญเสียสมรรถภาพนอกจากส่งผลกระทบโดยตรงกับตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล เนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและญาติไม่ได้เตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นทำให้ญาติเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกาย เช่น อาการอ่อนล้า อาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น ซึ่งปัญหาทางด้านร่างกายนั้นเป็นผลมาจากผลกระทบทางจิตใจ ซึ่งเกิดจากญาติผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับตัวสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทำให้ญาติเกิดความเครียดและวิตกกังวลกับการผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่บุคคลในครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและหน้าที่การทำงาน การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากคนทั่วไปมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยนั้น เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต อย่างกะทันหันทำให้ญาติเกิดความไม่มั่นใจในการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดกับอาการของผู้ป่วย มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยเกิดความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (Bond, Draeger, Mandelco, & Donnelly, 2003) หากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความเครียดและความต้องการช่วยเหลือไม่ได้รับการตอบสนองมีผลต่อทักษะในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลได้ (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) โดยความต้องการของญาติผู้ดูแลจะมีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งต่าง ๆ เช่น สถานที่ให้การรักษา บทบาทหน้าที่ ความต้องการ ระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้นหลังการได้รับการบาดเจ็บ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วมีผลต่อระดับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007) ซึ่งความต้องการของญาติผู้ดูแลสามารถสรุปประเด็นหลักได้ 6 ด้านดังนี้

3.1 ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล

เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตอย่างกะทันหันด้วยการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการของผู้ป่วยค่อนข้างหนักหรืออยู่ในขั้นวิกฤต จากผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงไม่แน่นอนเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาผลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

บางรายไม่รู้สึกรู้สีกตัว บางรายมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม บางรายมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือบางรายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณป่วยอันเป็นบุคคลที่ตนรักและห่วงใยมากที่สุดตกอยู่ในภาวะอันตราย มีอาการรุนแรงทางด้านร่างกาย และเสี่ยงต่อความตาย (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) ขณะที่ญาติผู้ดูแลที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ทำให้ไม่มีความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นผู้ป่วยในอนาคต ผู้ป่วยจะสูญเสียสมรรถภาพหรือเสียชีวิต ทำให้ในเวลานี้เป็นเวลาที่เกิดความวิตกกังวลต่อญาติผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียด และการรับรู้ของญาติผู้ดูแลต่อการเข้ารับการรักษานี้ของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ว่าผู้ป่วยส่วนมากจะเสียชีวิต จึงทำให้ญาติรู้สึกไม่มั่นใจในอาการของผู้ป่วย (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003)

3.2 ด้านความต้องการข้อมูล

ความต้องการของข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลต้องการนั้น ส่วนใหญ่เป็นความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยกำลังได้รับ และคำอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่าความต้องการด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความต้องการลดความวิตกกังวล อธิบายได้ว่า การที่สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลต่าง ๆ ก็เพื่อนำข้อมูลและความรู้ที่ได้มา ลดความวิตกกังวลของตนเอง และถ้าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ก็จะช่วยให้ระดับความวิตกกังวลลดลง (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บอนด์ เดเรเกอร์ แมนเดลโค และดอนเนลลี (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เชื่อถือได้มีประโยชน์ที่ขัดแย้งกับความเป็นจริงเพื่อทำให้มีความหวังและข้อมูลที่สมควรเป็น ข้อมูลที่สำคัญและสั้นๆ และจากการศึกษาของ โรตันดี ซินคูเล บอลเซอร์ ฮาร์ริส และโมลโดแวน (Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007) พบว่าสิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องการคือ ข้อมูลทางด้านการให้การรักษามีความสำคัญต่อญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูล เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังได้รับการบาดเจ็บซึ่งผู้ป่วยนั้นอยู่ในภาวะวิกฤตทำให้ญาติผู้ดูแลมีความต้องการทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะบาดเจ็บ ผลของการได้รับการบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้ต้องการทราบมากเท่าๆ กับการต้องการทราบถึงแผนการรักษาให้กับผู้ป่วย (Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007) และมักพบว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต สิ่งที่ญาติผู้ดูแลมักขาดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยวิกฤต ก็คือ การขาดข้อมูล ซึ่งเป็นผลทำให้ญาติผู้ดูแลไม่พึงพอใจในการให้บริการการรักษานี้ของผู้ป่วย (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005) ดังนั้นข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลต้องการจากแพทย์ คือ อาการ

ของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค และแผนการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ญาติต้องการได้ข้อมูลจากแพทย์อย่างน้อยวันละครึ่ง ข้อมูลจากพยาบาลที่ญาติต้องการคือ ในแต่ละวันได้ให้การดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง เหตุผลของการให้การรักษามืออยู่หรือผู้ป่วยวิกฤต เช่น อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ให้การรักษานี้ (Heyland, Rocker, Dodek, Kutsogiannis, Konopad, & Cook, 2002) การยืนยันถึงการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดที่ผู้ป่วยจะได้รับตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต (Yang, 2007) การวิจัยของ เวอร์แฮกส์ ซูเวเรน เดฟลอร์ ดุจันส์ตรี กริฟโดค (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnstree, & Grypdonck, 2006) พบว่า แม้ว่าญาติผู้ดูแลอาจจะยังไม่สามารถรับรู้ข้อมูลได้อย่างชัดเจนในระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการรุนแรง หรือผู้ป่วยบางรายยังไม่รู้สึกตัวก็ตาม เพราะในระยะนี้ญาติผู้ดูแลมักมีอาการตื่นตระหนกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่การให้ข้อมูลในระยะวิกฤตนี้ก็ยังคงมีผลดี เพราะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความหวัง และเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อการรับข้อมูลอื่นๆ ในระยะต่อไป และเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพ้นระยะวิกฤตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลก็ยังต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยถึงร้อยละ 51.43 (Kolakowsky-Haryner, Miner, & Kreutzer, 2001) ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3.3 ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ญาติเกิดภาวะทางอารมณ์อย่างรุนแรง ได้แก่ ภาวะช็อค การปฏิเสธ โกรธ ก้าวต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งถือเป็นการสูญเสียของญาติผู้ดูแล (Neabel, Fothergill-Bourbonnais, & Dunning, 2000) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวผ่านช่วงแห่งความวิตกกังวล ซึ่งจะมีกลไกการปรับตัวต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้มากขึ้น และเริ่มหันมาให้ความสนใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น จึงเกิดความต้องการที่จะอยู่ใกล้ ๆ กับผู้ป่วยเพื่อเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างใกล้ชิด (อุบลวรรณ กิตติรัตนตระกูล, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบจท์เทบิเยอ แวนออส เดลวา เฟร์ดินาน และฟรานส์ (Bijttebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001) พบว่าสิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบประสาทต้องการมากกว่าญาติผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ คือ การที่ญาติสามารถอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (Bijttebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001) นอกจากนี้การได้อยู่ใกล้ชิดและการได้มองเห็นผู้ป่วยโดยตรงนั้นเป็นสิ่งที่ญาติต้องการเป็นอย่างยิ่งเมื่อเข้ารับการรักษานหอผู้ป่วยวิกฤต (Lee & Lau, 2003)

3.4 ด้านความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย

เหตุที่สมาชิกในครอบครัวต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นผลมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นวิธีหนึ่งที่จะเพิ่มความผูกพันทั้งทางร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัวนั้นย่อมตอบสนองความต้องการได้ดีกว่าพยาบาลซึ่งเป็นคนแปลกหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่เป็นเพศหญิง จะมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบจท์เทบิเออ วานูส เดลวา เฟอร์ดินาน ฟรานส์ (Bijttebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001) พบว่าการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือโดยการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับอายุของญาติผู้ดูแลและความสะดวกในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จากการศึกษาของ เดลวา วานูส บิจติไบเออร์ ลอเวอร์ และวิลเมอร์ (Delva, Vanoost, Bijttebier, Lauwers, & Wilmer, 2002) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีที่พักอาศัยอยู่ค่อนข้างไกลจากโรงพยาบาลมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าญาติผู้ดูแลที่มีที่พักอาศัยอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล

การศึกษาของบอนด์ เดเรเกอร์ แมนเดลโค และดอนเนลลี (Bond, Draeger, Mandelco, & Donnelly, 2003) พบว่าญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องการข้อมูลที่สำคัญเพื่อให้ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่เกรงว่าจะเป็นการก้าวก่ายหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพ และเมื่อได้มีโอกาสได้เข้าไปใกล้ชิดผู้ป่วยที่เตียงก็ต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยอะไรได้บ้างในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (Heyland, Rocker, Dodek, Kutsogiannis, Konopad, & Cook, 2002) แต่ก็มักพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมักให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ให้กับผู้ป่วยมากกว่าญาติ จึงทำให้การมีส่วนร่วมของญาติลดลงตามไปด้วย (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005) และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้าน ญาติต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ แต่การช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นจำเป็นมีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ดังนั้นถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความต้องการให้บุคลากรทีมสุขภาพมีการช่วยเหลือ ก็คือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ ทำให้กิจกรรมดูแลผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นแล้วยังทำให้ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Godfrey, Harnett, Knight, Marsh, Partridge, & Robertson, 2003).

3.5 ด้านความต้องการส่วนบุคคล

ภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บและอยู่ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ญาติผู้ดูแลมุ่งความสนใจไปที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความต้องการและความสะดวกสบายของตนเอง (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) แต่ในขณะเดียวกันญาติผู้ดูแลยังต้องการความสะดวกสบาย เช่น การได้รับความสะดวกสบาย

ในระหว่างการรอ การที่มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ห้องที่รอ การรู้สึกเป็นส่วนตัวเมื่อเวลารอ หรือแม้กระทั่ง ต้องการเพื่อนหรือคนที่เกี่ยวข้องไปอยู่ในขณะรอ (Redley, Le Vasseur, Peters, & Bethune, 2003) และการได้มีส่วนในการร่วมตัดสินใจถึงแผนการรักษาของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ญาติต้องการเป็นอย่างยิ่ง (Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007) จากการศึกษาของโคลาโคลสกี-ฮารีเนอร์ และครีอุทเซอร์ (Kolakowsky-Haryner, & Kreutzer, 2001).พบว่าเมื่อพ้นระยะวิกฤต จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับบ้านในระยะ 2 ปี หลังการได้รับบาดเจ็บและเมื่อติดตามผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลเป็นระยะ 4 ปีหลังการได้รับการบาดเจ็บพบว่า ความต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องการเงิน เป็นสิ่งที่ญาติต้องการ

3.6 ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึกนั้นเป็นผลมาจาก ญาติผู้ดูแลต้องการการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยผู้ป่วยวิกฤต การที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าไม่สามารถทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมือนเดิม (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541) และถ้าหากต้องเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่า เป็นการก้าวก่ายหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003) เป็นผลมาจากกระษะนี้อาการของผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตจึงทำให้เจ้าหน้าที่มุ่งเน้นในการรักษาผู้ป่วยมากกว่า ทำให้สัมพันธภาพของญาติผู้ดูแลกับเจ้าหน้าที่ลดลง (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005).

ดังนั้นในระยะวิกฤตของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษามือผู้ป่วยวิกฤต สิ่งทีญาติผู้ดูแล ต้องการ คือ การได้เตรียมความพร้อมสำหรับการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล และการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ (Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007) นอกจากนี้การให้การสนับสนุนในด้านการให้กำลังใจสำหรับญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะกับญาติที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องให้การตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ญาติที่ต้องการที่ได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกในขณะนั้นซึ่งเป็นความรู้สึกในแง่ลบ และการได้พูดคุยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิต และต้องการที่จะได้ระบายความรู้สึกโดยการร้องไห้ สิ่งเหล่านี้ญาติต้องการได้จากเจ้าหน้าที่และเป็นการระบายความรู้สึกของตนเองด้วย (Bijttebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001). และเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านและชุมชน สิ่งทีญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องการคือ การให้เพื่อนและผู้ร่วมงานที่ต้องเข้าใจในตัวผู้ป่วยและในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น (Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007)

สรุป หากบุคลากรทางสุขภาพทราบและเห็นความสำคัญของความต้องการของญาติผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการลดความวิตกกังวล ด้านข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ความเป็นส่วนบุคคล และการต้องการกำลังใจจากบุคลากร ควบคู่กับการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตพร้อมกันนั้น บุคลากรมีการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ระยะวิกฤตในด้านต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลต้องการแล้วย่อมส่งผลทำให้การดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล และสามารถทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ส่งผลในระยะยาวเมื่อญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องกลับบ้าน สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนดีขึ้นได้

4. การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามทฤษฎีของรอย

4.1 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงทำให้ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของญาติ ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และต้องรับมือกับการสูญเสียสมรรถภาพหรือความบกพร่องในด้านต่างๆของผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (Coping) ที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอจะมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ และทุกข์ใจ (Buddhawan, 2002) การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาตามแนวคิดของรอย (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2008) เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่จากการใช้สติสัมปชัญญะในการรับรู้ ประมวลความคิดและเลือกวิธีการในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา จากการใช้การตระหนักรู้ การเรียนรู้ การสร้างสรรค์ การบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากนั้นแสดงออกทางพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ได้แก่ กลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรับรู้ (Cognator) ซึ่งในการตอบสนองหรือควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจใช้วิธีที่จากการเรียนรู้ หรือวิธีตามธรรมชาติที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด

ดังนั้นวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (Coping strategies) ที่บุคคลใช้ในชีวิตประจำวัน หรือเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นในชีวิตจึงเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผ่านกระบวนการเหล่านี้เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกเป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านสรีระ (Physiological) อัตมโนทัศน์ (Self-concept) การแสดงบทบาทหน้าที่ (Role function) และ การพึ่งพาอาศัย (Interdependence) เพื่อตอบสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางกายและสังคม ผลที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่นำออกจากระบบในลักษณะพฤติกรรมปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้มีประสิทธิภาพหรือการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ สิ่งนี้ออกดังก่อจะเป็นสิ่งย้อนกลับเข้าสู่ระบบอีกครั้ง กระตุ้นให้มีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเรียกว่า สิ่งเร้า การปรับตัวเพื่อ

เผชิญปัญหาจะเป็นไปได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้า โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบ (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2008; Tsai, 2003) ดังนี้

1. สิ่งนำเข้า (Input)

อาจจะมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลเองก็ได้ โดยสิ่งนำเข้าเปรียบเสมือนสิ่งเร้ากระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนองโดยการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคลโดยทั่วไป สิ่งเร้า แบ่งเป็น 3 ชนิด (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2008; Dunn, 2004) คือ

1.1 สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลเผชิญอยู่ในขณะนั้น มีความสำคัญที่สุดและมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาโดยตรง ทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญต่อผลกระทบที่เกิดจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบโดยตรงในขณะนั้น เช่น การเจ็บป่วย ความพิการของโรค เป็นต้น

1.2 สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับระบบบุคคลทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาโดยอ้อม เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เพศ เป็นต้น

1.3 สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่อาจมีอิทธิพลแต่ยังไม่ชัดเจนในขณะนั้นหรืออาจมีอิทธิพลในอนาคต โดยอาจยังไม่สามารถบอกได้เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนยังไม่เพียงพอ ได้แก่ ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ

การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาโดยการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคลนั้น ผลลัพธ์จะเป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าหรือขอบเขตความสามารถของบุคคลที่ตอบสนองหรือปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากผลกระทบของสิ่งเร้าที่มีอยู่ในขณะนั้น ถ้าหากผลกระทบจากสิ่งเร้าอยู่ภายในขอบเขตบุคคลจะสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ แต่ถ้าสิ่งเร้าอยู่ภายนอกขอบเขตหรือความสามารถของบุคคลก็จะไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้หรือมีปัญหาในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา

2. กระบวนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (Control process or coping process) คือ

วิธีการของการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง รอยได้อธิบายว่าระบบของบุคคลคือระบบของการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา จะมีการควบคุมที่ซับซ้อนซึ่งเรียกกลไกนี้ว่า กลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (Coping mechanisms) จำแนกกลไกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ กลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (Innate coping mechanisms) เป็นกลไกที่ทำหน้าที่โดยอัตโนมัติหรือที่เรียกว่า กลไกควบคุม และกลไกที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ (Acquired coping mechanisms) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาของชีวิต หรือจากการรับรู้ ที่เกิดจากประสบการณ์ในการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า

ต่างๆ ที่เข้ามากระทบเป็นระยะ โดยกลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคล ประกอบด้วย 2 กลไกย่อย (Roy, 2008) ดังนี้

2.1 กลไกการควบคุม (The regulator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาพื้นฐานของบุคคล เกิดจากการทำงานประสานกันระหว่างระบบประสาท สารเคมีในร่างกาย และต่อมไร้ท่อ เพื่อสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมเข้ามากระทบระบบบุคคล จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท มีผลกระทบต่อน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย และระบบฮอร์โมน ก่อให้เกิดการตอบสนองอัตโนมัติ ในขณะที่เดียวกันผลกระทบจากสิ่งเร้าบางส่วนผ่านไปยังศูนย์การรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อกลไกการรับรู้ต่อไป

2.2 กลไกการรับรู้ (The cognator mechanism) ทำหน้าที่รับสิ่งเร้าทั้งภายในภายนอก เช่นเดียวกันกับกลไกควบคุม ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านจิตสังคม ส่วนน้อยเป็นกลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านร่างกาย สิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบบุคคล จะผ่านกระบวนการเรียนรู้ และการตอบสนองทางอารมณ์ ทั้งหมดเป็นกลไกที่เกิดจากการทำงานของจิตและอารมณ์ 4 กระบวนการ ได้แก่การรับรู้คือการรับส่งข้อมูล การเรียนรู้ การตัดสินใจและแก้ปัญหา และกลไกการป้องกันทางจิต การตอบจะเกิดขึ้นใน 3 ลักษณะ กระแสประสาทบางส่วนจะผ่านไปยังไขสันหลัง ก้านสมอง และ รีเฟล็กซ์จะส่งไปยังอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้อวัยวะเหล่านั้นมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างอัตโนมัติโดยที่บุคคลไม่รู้ตัว กระแสประสาทบางส่วนจะมีอิทธิพลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อ ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน ฮอร์โมนที่หลั่งออกมาจะมีผลต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องนั้น กระแสความรู้สึกบางส่วนจะไปเกี่ยวข้องกับการรับรู้และจดจำ ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น การตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านกลไกการควบคุมจะทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพเป็นผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

การทำงานของกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ จะสัมพันธ์และควบคุมกันเสมอไม่สามารถแยกจากกันหรือสังเกตได้โดยตรง แต่การตอบสนองที่สามารถสังเกตได้เพียงอย่างเดียว คือ บุคคลมีพฤติกรรมแสดงออกเป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ทำให้เกิดความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม พฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจะแสดงออกเป็นด้านต่างๆ แบ่งเป็น 4 ด้านต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (Physiological mode) เป็นพฤติกรรมปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเพื่อความมั่นคงด้านร่างกาย เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระทบสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เพื่อรักษาสมดุลด้านร่างกายเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ 5 ประการ คือออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกัน นอกจากนี้ยัง

เกี่ยวข้องกับกระบวนการร่างกายที่ซับซ้อน 4 ประการ คือ การรับรู้ความรู้สึกพิเศษ (Sense) น้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งเชื่อว่าจะทำงานเป็นตัวประสานและควบคุม การทำงานของร่างกายในส่วนอื่นๆ (Hanna & Roy, 2001; Roy & Andrews, 1999; Roy, 2008; DeSanto-Madeya, 2006)

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self concept mode) เป็นพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเพื่อความมั่นคงของจิตเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อตนเอง เรียกว่า “อัตมโนทัศน์” เป็นความเชื่อ ความรู้สึก ที่มีต่อตนเองทั้งด้านรูปร่างหน้าตา ความสามารถ เจตนาดี ความรู้สึก และภูมิหลังต่างๆ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพ พฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลนั้นโดยตรง อัตมโนทัศน์มิได้มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์กับสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวบุคคลมากที่สุดคือ ครอบครัว ถ้าในวัยเด็กได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่จากบิดามารดา จะมีอิทธิพลมากต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของเด็ก เพราะแสดงว่าเป็นบุคคลที่ต้องการและมีคุณค่าต่อบิดามารดา เมื่อเติบโตก็จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่บุคคลอื่นมองตนเอง และประสบการณ์ที่ได้รับจากการป้อนกลับจากสังคม จะทำให้บุคคลรู้จักตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ชนบทรอบรู้ประเพณี วัฒนธรรม แบบแผนสังคม ก็จะมีผลต่ออัตมโนทัศน์และบุคลิกภาพเช่นกัน รวมทั้งยังเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานที่ บทบาทในสังคมของแต่ละคน โดยอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคลจะมีความเฉพาะของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อาจจะเป็นทางบวกหรือไม่ก็ได้ (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2008; DeSanto-Madeya, 2006) อัตมโนทัศน์ตามทฤษฎีของรอยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสภาพร่างกายของตนเอง ได้แก่ ขนาด รูปร่างของร่างกาย รูปร่างหน้าตา ความสวยงาม ภาวะสุขภาพ สมรรถนะทางเพศ และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล สาเหตุใดก็ตามที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางลบ เช่นการเจ็บป่วย การได้รับอุบัติเหตุ การผ่าตัด การตั้งครรภ์ การได้รับรังสีรักษา เป็นผลให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ มีความพิการเสียโฉม การรับรู้ด้านร่างกายนี้จะเปลี่ยนแปลงภายหลังการได้รับอุบัติเหตุซึ่งจะสัมพันธ์กับก่อนและหลังการได้รับอุบัติเหตุ (Chen, Boore, & Mullan, 2005) ภาวะการณ์เหล่านี้อาจทำให้บุคคลไม่สามารถยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปได้ เกิดความรู้สึกสูญเสีย อันนำมาซึ่งความโศกเศร้าเสียใจ ประกอบด้วย 4 ระยะคือ ระยะช็อก (Shock phase) ระยะถอยหนี (Retreat phase) ระยะยอมรับ (Acknowledgement phase) และระยะปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (coping phase) พฤติกรรมตอบสนองต่อความรู้สึกสูญเสียของ

แต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับค่านิยมของบุคคลนั้นต่อวัยวะนั้นๆ ความรู้สึกสูญเสียจะมากถ้าบุคคลรับรู้ว่ายัยวะนั้นมีความหมายต่อชีวิตบุคคลนั้น

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (personal self) หมายถึงปณิธานแห่งตน ความรู้สึกทุกอย่างที่ประกอบกันเข้าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2008; DeSanto-Madeya, 2006) แบ่งเป็นส่วนย่อยดังนี้

2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency) ตามปกติบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาสภาพการณ์ต่างๆ ตามที่ผ่านเข้ามาในชีวิต พฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ขึ้นอยู่กับความรู้สึก เจตคติ ความเชื่อที่ประกอบขึ้นเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ภาวะใดก็ตามที่มีการคุกคามความรู้สึกภายในตนเอง เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง จะก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาต่อปัญหาที่เกิดขึ้น อาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล จากการศึกษาของซ่าน (Zhan, 2000) พบว่าการคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency) ขึ้นอยู่กับกลไกการรับรู้ 3 ประการ คือ 1) การเข้าใจถึงเป้าหมายและวิธีการ 2) การตระหนักรู้ และ 3) การรับรู้ความเป็นตัวตน

2.2.2 ปณิธานแห่งตน (self ideal or expectation) หมายถึง สิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่งหวังที่จะให้เป็นเป็นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ บุคคลใดก็ตามที่ไม่ประสบผลสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังและไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้จะก่อให้เกิดปัญหาตามมาคือ ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (powerlessness) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าสูญเสียความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเอง อันนำมาซึ่งความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ เบื่อหน่าย และหมดหวัง

2.2.3 คุณธรรมจรรยาแห่งตน (moral ethical self) บุคคลมีการพัฒนาคุณธรรมจรรยาแห่งตน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาหรือตัดสินความคิด หรือการกระทำของบุคคลที่ว่าเป็นสิ่งดีหรือเลว ถูกหรือผิด เป็นธรรมหรืออธรรม การเรียนรู้คุณธรรม จรรยา ได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดู ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อในศาสนา สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่า ละเมิดกฎเกณฑ์หรือบรรทัดฐานทางคุณธรรมและจรรยาที่บุคคลกำหนดไว้ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกผิด (Guilty) เป็นบาป ดิเสียนตนเอง หรือลงโทษผู้อื่น

2.2.4 ความมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) อัตมโนทัศน์ทั้ง 4 ส่วนคือด้านร่างกาย ความสม่ำเสมอแห่งตน ปณิธานแห่งตน คุณธรรมจรรยาแห่งตน จะมีความเกี่ยวพันกันกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง บุคคลที่มีการพัฒนาอัตมโนทัศน์ในส่วนย่อยดังกล่าวดีจะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองดีด้วย ในทางตรงกันข้ามที่บุคคลมีความวิตกกังวลสูงจะรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น นำมาซึ่งความหวาดระแวงสงสัย มีขวัญและกำลังใจต่ำจะทำให้รับรู้คุณค่าของตนเองต่ำด้วย ในทำนอง

เดียวกัน บุคคลที่รู้สึกสูญเสียหรือเกิดความรู้สึกผิด หรือสูญเสียพลังอำนาจ มักส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองต่ำด้วย ภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีความค่าในตนเองต่ำก็จะกลายเป็นปมด้อย ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีพฤติกรรมเรียกร้อง หงุดหงิดโมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง อาจถึงกับแยกตัวได้

3. ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) การที่บุคคลต้องปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านบทบาทหน้าที่เพื่อทำให้เกิดความมั่นคงทางสังคม เนื่องจากบุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีปกติสุขจะขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (DeSanto-Madeya, 2006) ทั้งยังขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีบทบาทหรือตำแหน่งอะไรในสังคม และสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ดีมากน้อย เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือผู้ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ ซึ่งบทบาทของแต่ละบุคคลในสังคมจะแตกต่างกันออกไป พบว่าการที่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้ดูแลเองและการดูแลที่ได้รับจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสำหรับครอบครัวเมื่อเจ้าหน้าที่กลับบ้าน (Lotus-Shyu, 2000) การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ พฤติกรรมการแสดงออกตามบทบาทตามความคาดหวังทางสังคม และพฤติกรรมการแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึก โดยบทบาทของบุคคลแบ่งเป็น 3 ประเภท (Roy & Andrews, 1999; Roy, 2008; Li & Shyu, 2007) ได้แก่

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิต ที่กำหนด โดย อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ ทำให้สามารถจำแนกพฤติกรรมตามบทบาทที่มีความสัมพันธ์กับระยะพัฒนาการและกระบวนการทางสังคม

3.2 บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นการปฏิบัติภาระกิจตามบทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับระยะพัฒนาการและบทบาทปฐมภูมิ เช่น ผู้สูงอายุอาจมีภาระกิจที่เป็นหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับบทบาททุติยภูมิ เช่น มีบทบาทของพ่อ/แม่ สามี/ภรรยา หรือบุตร บทบาททุติยภูมิเป็นบทบาทที่ถาวรและสำคัญเพราะเป็นการใช้เวลา และเป็นการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นบทบาทคงที่และไม่สามารถละเลยได้ ตั้งแต่เข้าสู่ช่วงระยะเวลาตามระยะพัฒนาการ ปัญหาการทำหน้าที่ตามบทบาทเกี่ยวข้องกับการมีและการขาดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบทบาทดังกล่าว

3.3 บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นชั่วคราวตามธรรมชาติ เช่น บทบาทผู้ป่วย หรือบทบาทที่เกี่ยวข้องกับบทบาทปฐมภูมิและบทบาททุติยภูมิจากการเลือกอย่างอิสระของบุคคล เช่น การเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ การทำกิจกรรมงานอดิเรก เป็นต้น การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาตามบทบาทที่ไม่เหมาะสมนั้นมีดังต่อไปนี้ (Roy & Andrews, 1999)

1. การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อบทบาท แต่ไม่สามารถแสดงออกหรือมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีแบบอย่างหรือขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทนั้น
2. การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง หมายถึง การแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามบทบาทนั้นแต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง
3. ความขัดแย้งในบทบาท หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมกับบทบาทตามความหวังของตนเอง หรือความคาดหวังของสังคม
4. ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ตามบทบาทหน้าที่มี

4. ด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (**Interdependence mode**) เป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเพื่อความมั่นคงทางสังคม โดยธรรมชาติของการอยู่ร่วมกัน บุคคลจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยกัน ดังนั้นบุคคลจึงต้องการผู้รู้ใจ หรือสนิทสนมกันเป็นพิเศษ ซึ่งให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน หมายถึง การให้ความรัก ความเคารพ การยกย่องและการให้เกียรติซึ่งกันและกันด้วยความเต็มใจ ถ้าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างสมดุล การอยู่ร่วมกันในสังคมจะเป็นไปอย่างราบรื่น (Roy & Andrews, 1999) โดยเป็นสิ่งที่บุคคลมีหรือสิ่งที่ต้องการมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าและการอยู่ร่วมกันบนโลกนี้ (Dobratz, 2004) และการดำรงชีวิตอยู่ได้เมื่อต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันนี้ มีความเกี่ยวข้องกับความเข้าใจและการประเมินเกี่ยวกับการพึ่งพาอาศัยของบุคคล สังคมและเป้าหมายของการช่วยเหลือของบุคคล (Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003) นอกจากนี้สังคมและ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมเดิมของบุคคลก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในบทบาทดังกล่าวอีกด้วย (DeSanto-Madeya, 2006) ซึ่งบุคคลใกล้ชิดนี้มี 2 ประเภท (Roy & Andrews, 1999) คือ

บุคคลสำคัญ (significant other) คือผู้ที่บุคคลยอมรับว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อชีวิตของเขามากที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นคนซึ่งมีความผูกพันต่อกันอย่างแน่นแฟ้นและลึกซึ้ง ทั้งสองฝ่ายต่างมีความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดี และเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมทุกข์สุข ด้วยกัน เช่น พ่อแม่ ลูก สามี ภรรยา เป็นต้น

ระบบเกื้อหนุน (supporting system) คือ สิ่งที่ผูกพันกับชีวิตของบุคคลด้วยคล้ายบุคคลสำคัญ แต่ระดับความสำคัญน้อยกว่า ซึ่งอาจจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ

เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน ความศรัทธาในศาสนาและสัตว์เลี้ยงที่โปรดปราน และระบบสนับสนุนทางสังคมอื่น

3. สิ่งนำออก (Output)

สิ่งนำออกจากระบบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคลเป็นการตอบสนองต่อการกระทำและปฏิกิริยาได้ตอบทั้งภายในและภายนอก รอย (Roy) ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่สังเกตตรวจสอบหรือบอกได้ พฤติกรรมที่เป็นผลจากการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา อาจจะเป็นพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (coping response) ที่ส่งเสริมการบูรณาการของระบบบุคคล เพื่อบรรลุเป้าหมายการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา โดยพฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการไม่สามารถผสมผสานหรือบูรณาการให้บรรลุเป้าหมายของการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ย้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่เหมาะสมต่อไป (Roy & Andrews, 1999)

4.2 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

4.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของผู้ดูแลกับการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะมักก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด สังคม และพฤติกรรม นอกจากเกิดปัญหากับตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวของพวกเขาด้วย (Kneafsey & Gawthorpe, 2004) จากการบาดเจ็บนั้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมดหรือต้องการการดูแลทดแทนทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลอื่นให้เข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งการเงิน (Watanabe, Shiel, McLellan, Kurihara, & Hayashi, 2001) มีผลทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หน้าที่การทำงาน รวมทั้งสถานภาพการเงิน (Playpetch, 2002) เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีความสามารถในการดูแลตนเองหรือความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง บางรายอาจไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น (Montgomery, Oliver, Reisner, & Fallat, 2002) ผลจากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เร้าที่มากกระทบทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีผลให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากภาระที่ต้องรับผิดชอบ (Boothcheewan, 2007) ยิ่งผู้ป่วยมีอาการหรือความพิการมากก็ยิ่งเป็นภาระ

ต่อผู้ดูแลมากขึ้น และยิ่งต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยนานขึ้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลนั้นเป็นภาระและยิ่งทำให้เกิดความทุกข์ใจเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของคาทซ์ คราเวต และกรินบัม (Katz, Kravetz & Grynbaum, 2005) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกลไกการเผชิญปัญหาและระยะเวลาของการบาดเจ็บที่ศีรษะของสามีและการรับรู้ภาระและความทุกข์ใจของภรรยาที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแล พบว่ายิ่งสามีมีอาการเจ็บป่วยมากและมีความพิการมากแม้ว่าเวลาจะผ่านไปนานแล้วเป็นปี ภรรยาก็ยังรู้สึกว่าเป็นภาระและมีความทุกข์ใจ

การที่ญาติเผชิญปัญหาได้มีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญ ดังที่รอย (Roy & Andrews, 1999) กล่าวว่า การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่จากการใช้สติสัมปชัญญะในการรับรู้ ประมวลความคิดและเลือกวิธีการในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา จากการใช้การตระหนักรู้ การเรียนรู้ การสร้างสรรค์ การบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากนั้นแสดงออกทางพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ได้แก่ กลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้ ซึ่งในการตอบสนองหรือควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจใช้วิธีที่ได้จากการเรียนรู้ หรือวิธีตามธรรมชาติที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ดังนั้นวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ที่บุคคลใช้ในชีวิตประจำวันหรือเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นในชีวิตจึงเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผ่านกระบวนการเหล่านี้เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยแสดงออกเป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านสรีระ อัดมโนทัศน์ การแสดงบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาอาศัย เพื่อตอบสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นการแสดงถึงการที่บุคคลมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ได้ มีการตัดสินใจที่ดี ในทางตรงข้าม หากการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ จะก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ดังนั้นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแล้วมีการสูญเสียสมรรถภาพทำให้ญาติผู้ดูแลมีการใช้แนวทางการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันและมีการแสดงออกในพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น การยอมรับบทบาท คิดหาแนวทางการดูแล วางแผนการดูแล การแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นและในครอบครัว หรือการใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคม (Man, 2002) และจากการศึกษาของมาร์ส เคอร์เซล ฮาวิลล์ และสเลซ (Marsh, Kersel, Havill, & Sleight, 2002) ในเรื่องผลกระทบของผู้ป่วยหลังการได้รับบาดเจ็บและความทุกข์ใจ ที่เกิดจาก ภาระที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า 1) การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปีภายหลังการบาดเจ็บได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ การแยกตัวจากสังคม ด้านพฤติกรรม 2) ภาระของญาติผู้ดูแล พบว่า ระยะ 6 เดือน

ภายหลังที่ญาติผู้ดูแลต้องการให้การดูแลมีภาระเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย เวลาลดน้อยลงพบได้ถึง ร้อยละ 71 ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นพบได้ ร้อยละ 67 แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 60 ความเป็นส่วนตัวลดลงพบได้ร้อยละ 60 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจร้อยละ 54 สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 52 การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายร้อยละ 6 การใช้ยาจำพวกยานอนหลับเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 8 การดื่มแอลกอฮอล์และที่ไม่ใช่ยาร้อยละ 17 พบว่า ระยะ 1 ปี ภายหลังที่ญาติผู้ดูแลต้องการให้การดูแลมีภาระเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย การใช้ยาเพิ่มมากขึ้น การเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น มีเวลาลดลงจากการต้องดูแลผู้ป่วย ระดับความบกพร่องต่างๆ เพิ่มมากขึ้น และ 3) ทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย ความวิตกกังวล พบได้ร้อยละ 31 จากรายงาน พบว่า ระยะ 6 เดือนภายหลังการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นระดับเล็กน้อย จากการที่ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาและเกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าวส่งผลต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้การฟื้นฟูสภาพจากการสูญเสียสมรรถภาพได้ช้า พบว่า ในครอบครัวที่ญาติผู้ดูแลไม่มีปัญหาด้านการทำหน้าที่ทางสุขภาพ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือ ความทุกข์ จากภาระที่ต้องรับผิดชอบ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะมีการฟื้นฟูจากการสูญเสียสมรรถภาพ ในระดับที่ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาการทำหน้าที่ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านการทำหน้าที่ทางสุขภาพ มีระดับการสูญเสียสมรรถภาพในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น (Sander, Carosell, High, Becker, Neese, & Scheibel, 2002)

4.2.2 ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ

4.2.2.1 รายได้ของญาติผู้ดูแล

จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ตกเป็นของญาติจึงทำให้ญาติผู้ดูแลจะมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้นอาจต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อที่เปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Ya-orm, 2001) จึงทำให้ญาติผู้ดูแล ต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไป ครอบครัวที่ญาติผู้ดูแลมีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมถึงการใช้บริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยได้มากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย (Buddhawan, 2002; Namasa, 2002; Sander, Carosell, High, Becker, Neese, & Scheibel, 2002; Wantana, 2003)

4.2.2.2 อายุของญาติผู้ดูแล

การศึกษาพบว่าผู้หญิงที่มีอายุน้อยไม่มีการครอบครัวยังมีความอดทนมากกว่าในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาแต่มีความเปลี่ยนแปลงความอดทนเพียงเล็กน้อยต่อการรับรู้ถึงภาระหรือทุกข์ในการรับภาระ ถึงแม้ระยะเวลาของการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยาวนานมากขึ้น (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา, 2540; Katz, Kravetz, & Grynbaum, 2005) สอดคล้องกับงานวิจัยของพาเคนแอม ชู บาร์สนอลและแคนนอน (Pakenham, Chiu, Bursnall, & Cannon, 2007) ที่พบว่าถึงแม้ญาติผู้ดูแลมีอายุน้อย หากได้รับการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการใช้วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ดีจะ ทำให้ระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลลดลง

4.2.2.3 เพศของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากวัฒนธรรมเมืองไทย เห็นว่าเพศหญิงดูแลได้ดีกว่า (ทิตยา ทิพย์สำเหนียก, 2543) สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทวรรณ พุทธรธรรม แสงนวล เขียวประสิทธิ์ และสมทรง บุตรชีวัน (Buddhawan, 2002; Chiewprasit, 2003; & Bootcheewan, 2007) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน และมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดาหรือภรรยา เนื่องจากวัฒนธรรมไทย โดยเฉพาะเพศหญิงที่เป็นมารดาหรือภรณานั้น จะอยู่บ้านและทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศชายทำหน้าที่เป็นผู้นำและทำงานนอกบ้านเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ถ้าสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลจะเป็นมารดาและภรรยา (Playpetch, 2002) ซึ่งเพศหญิงนั้นมีความต้องการในด้านทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศชายและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเพศชาย (Bijtebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001)

สรุป การที่ญาติปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้มีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญ ดังที่รอย (Roy & Andrew, 1999; Roy, 2008) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิด เมื่อมีสิ่งเข้ามากระตุ้น (Stimuli) เรียกว่า สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญ โดยตรงหรือมีอิทธิพลมากที่สุด สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) คือ สิ่งเร้าที่มีส่วนสนับสนุนสิ่งเร้าตรง และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ สิ่งเร้าที่อาจมีผลกระทบในอนาคต บุคคลจะมีกระบวนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาโดยใช้กลไกการควบคุมที่เป็นกลไกควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านสรีระ และกลไกการรู้คิด โดยผลมาจากการทำงานของกลไกทั้งสองจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือ 1)ด้านสรีระ 2) ด้านอ้อมโนทัศน์ 3) ด้านบทบาทหน้าที่ 4) ด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และเพศของญาติผู้ดูแล เป็นต้น

5. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

5.1 ระยะวิกฤต

ในระยะวิกฤตพยาบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแล เนื่องจากต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปได้อันต่อภาวะการณ สอดคล้องกับงานวิจัยของอุบลวรรณ กิธิรัตน์ตระกูล (2541) ที่ได้ศึกษาการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการให้ระดับความสำคัญในความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวคือ ในระยะนี้พยาบาลมุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่าให้ความสำคัญแก่สมาชิกในครอบครัว ทำให้พยาบาลให้ความสำคัญต่อการให้ข้อมูลหรือให้การประคับประคองจิตใจครอบครัวของผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

นอกจากนั้นการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า พยาบาลไม่แน่ใจหรือไม่เชื่อว่าการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย คือ บทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต (Fox-Wasylyshy, El-Masri, & Williamson, 2005) ในขณะที่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตมีความเห็นว่าตนเองต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม เช่น การให้ข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลถึงร้อยละ 80 (Lee, Chien, & Mackenzie, 2000) ในการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในระยะนี้ บุคลากรทางสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจในความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสม พยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุด ในการตอบสนองความต้องการดังกล่าว งานวิจัยที่ผ่านมายืนยันว่า หากญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลหรือได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจะมีผลให้สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาห้องผู้ป่วยหนักซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤต การตอบสนองต่อความต้องการญาติผู้ดูแลจึงเป็นภารกิจที่สำคัญของพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งระยะนี้เป็นระยะวิกฤต การประเมินความต้องการด้านต่าง ๆ ของญาติผู้ดูแล ควรประเมินภายใน 24-72 ชั่วโมง ไม่ควรประเมินใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากเป็นช่วงที่ญาติไม่มีสมาธิในการตอบคำถาม (Lee & Lau, 2003) ดังนั้น เพื่อเป็นส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเหมาะสม ควรตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล ดังนี้

5.1.1 ด้านการให้ข้อมูล

เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อเข้ารับการรักษา ณ ห้องผู้ป่วยหนักโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญสำหรับ

การให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแล ข้อมูลสำหรับญาติที่ต้องการ เช่น กำลังทำอะไรให้ผู้ป่วย ตัวเลขบนหน้าจอบนอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์หมายถึงอะไร เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและตัวเลขบนหน้าจอบนอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ร่วมด้วยเพื่อให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวมีความเข้าใจมากขึ้น (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnste, & Grypdonck, 2007) การให้ข้อมูลของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่นั้นควรประกอบด้วย การอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย การแนะนำข้อมูลโดยใช้แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ สภาพของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลเฉพาะสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกสบาย การให้กำลังใจ การให้ความมั่นใจ และข้อมูลจากพยาบาลควรได้รับอย่างน้อยวันละครั้ง (กัว ไอมิน, 2542; Lee, Cien, & Mackenzie, 2000) สอดคล้องกับงานวิจัยของชู ชิน และแลม (Chiu, Chien, & Lam, 2004) พบว่าข้อมูลที่ต้องการทราบจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เหตุผลในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลมีส่วนในการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีประโยชน์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรกของการบาดเจ็บ

นอกจากนั้น ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า การแจกแผ่นพับที่มีข้อมูลคำแนะนำสำหรับญาติ จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา ลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Azoulay, Pochard, Chevret, Jourdain, Bornstein, & Wernet, 2002) หากมีรูปแบบการให้ข้อมูลที่สมบูรณ์จากเจ้าหน้าที่ สามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและสามารถตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลลักษณ์ ประยูรณพงษ์ (2543) ได้ศึกษาถึงรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 คือ การเตรียมบุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ขั้นที่ 2 คือ การต้อนรับผู้ป่วย เช่น การไปพบญาติผู้ป่วยที่ห้องพักรอเยี่ยมหรือที่พักสำหรับญาติผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพด้วยการทักทาย แนะนำตัวเอง แสดงท่าที่เป็นมิตร การเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกโดยการเป็นผู้ฟังที่ดี เป็นต้น ขั้นที่ 3 คือ การดำเนินการให้ข้อมูล เช่น การแนะนำหอผู้ป่วยหนัก ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ให้ การให้แผ่นพับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนัก ขั้นที่ 4 คือ การนำผู้ป่วยไปที่เตียงโดยให้ข้อมูลต่าง ๆ กับญาติผู้ดูแล เช่น แนะนำวิธีปฏิบัติขณะอยู่ข้างเตียง นัดพบแพทย์ในกรณีที่ญาติต้องการพบและพูดคุยกับแพทย์ ขั้นที่ 5 คือ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเปิดโอกาสให้ซักถาม ตอบข้อซักถามและให้ข้อมูลคำแนะนำเพิ่มเติม เป็นต้น หากการให้

ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลมีรูปแบบที่ชัดเจนร่วมกับการให้คู่มือหรือแผนพบนำกลับไปด้วย จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลมากขึ้น

5.1.2 ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เป็นบุคคลที่สามารถทำให้ความวิตกกังวลของญาติลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าหากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ ด้านข้อมูลและการเตรียมความพร้อมของญาติ สามารถทำให้ปัญหาทางด้านจิตใจและร่างกายของญาติผู้ดูแลดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากงานวิจัยของชิน ชู แลมและไป (Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2005) พบว่า หากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สามารถทำให้ญาติวิตกกังวลลดลง โดยโปรแกรมการให้ความรู้นั้นควรให้ตั้งแต่ 3 วันแรกของการเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลแก่ญาติ ได้แก่ การรักษาพิเศษ เหตุผลของการให้การดูแลหรือการทำการกิจกรรมข้างเตียงผู้ป่วย 2) ความต้องการสำหรับการให้หลักประกัน เช่น การให้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 3) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น การได้พูดคุยเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต หรือ เมื่อมีความรู้สึกไม่ดี รู้สึกผิด หรือ โกรธ

สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนา อยู่เปล่า (2542) พบว่า หากพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ให้คำแนะนำ เสนอแนะ ให้แนวทางและการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ บาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท เมื่อญาติผู้ดูแลได้มีการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวทำให้ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลลดลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของโมริส (Moris, 2001) พบว่าญาติมีความวิตกกังวลลดลงได้จากการได้รับคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 หมวด คือ 1) เกี่ยวกับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ คำจำกัดความ พยาธิสภาพ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ 2) ความผิดปกติของการรับรู้ ได้แก่ การสรุปในเรื่องของความจำ ความตั้งใจและสมาธิ การพูด การแก้ไขปัญหา ภาษา และอาการอ่อนแรง ในหมวดนี้ยังประกอบด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถทำเพื่อช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บที่ศีรษะ 3) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การหุนหันพลันแล่น การไม่สามารถสะกดกลืนอารมณ์และการไร้อารมณ์ และ 4) การดูแลตนเอง สรุปถึงสิ่งที่ญาติผู้ดูแลอาจจะประสบกับตนเอง เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่อาจช่วยเหลือได้ ซึ่งหากพยาบาลมีส่วนร่วมใน

การทำให้ความวิตกกังวลลดลง มีผลให้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดีขึ้นได้

5.2 ระยะฟื้นวิกฤต

งานวิจัยยืนยันได้ว่าเมื่อพ้นระยะวิกฤตบุคคลสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถฟื้นหายได้เร็วและสมบูรณ์ ก็คือ สมาชิกภายในครอบครัว ถ้าหากสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ ก็สามารถส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ในระยะนี้ หากมีการเตรียมญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผู้ป่วยด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการแจกแผ่นพับข้อมูลซึ่งเกี่ยวข้องกับการจำหน่าย และขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่และหอผู้ป่วยใหม่ สามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยใช้ประโยชน์ในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ได้อย่างเหมาะสม (Mittchell & Courtney, 2004) แต่เจ้าหน้าที่ต้องมีส่วนช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ที่เป็นด้านบวกในการดูแลผู้ป่วย โดยการฝึกทักษะให้แก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เขาเหล่านั้นคงไว้ซึ่งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา และมีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย การดูแลทางด้านจิตใจและร่างกาย แต่การฝึกทักษะก็ไม่ได้รับประกันว่า ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ในการฝึกทักษะให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่เป็นขั้นตอนจะสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในระยะฟื้นภาวะวิกฤตนี้เริ่มตั้งแต่ การดูแลผู้ป่วย ด้านการแต่งตัว การประกอบอาหาร และการจัดยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Kreulzer, Kolakowsky-Haymer, Demm, & Meade, 2002) นอกจากการเตรียมความพร้อมจะช่วย ให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมแล้ว การเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลยังทำให้ความเครียดและการรับรู้ถึงภาระของญาติผู้ดูแลลดลงด้วย (Carneval, Anselmi, Johnston, Busichio, & Walsh, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เยาวรัตน์ ยามอม (Ya-orm, 2001) ที่พบว่า ในระยะฟื้นวิกฤต สิ่งที่ญาติต้องการคือ การได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดช่องปาก การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำ เป็นต้น การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การยอมรับผู้ป่วย การลดความเครียด/วิตกกังวล การลดความเศร้าโศก ซึมเศร้า การให้กำลังใจผู้ป่วย และการกระตุ้นการรู้คิด เป็นต้น ทำให้ญาติวิตกกังวลลดลง

การฝึกทักษะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของงานวิจัยของ เยาวรัตน์ ย่าอม (Ya-orm, 2001) ได้แบ่งระยะของการดูแลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การประเมินความสามารถในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแล การเตรียมญาติผู้ดูแลในเรื่องข้อมูลทั่วไป พยาบาลและญาติผู้ดูแลร่วมกันบอกถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลและญาติผู้ดูแลร่วมกันเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาและการให้การดูแล และการให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ญาติตามความต้องการในวันและเวลาที่กำหนดร่วมกัน ระยะที่ 2 ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้ให้ในการเยี่ยม และการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำญาติในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เป็นต้น ระยะที่ 3 ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทบทวนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ในระยะฟื้นวิฤตนี้หากมีการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมทั้ง 2 ด้านคือ ด้านจิตใจและร่างกาย สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทจากบุคคลทั่วไปมารับบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลดีขึ้น

สรุปได้ว่า การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิฤต ซึ่งในระยะนี้พยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้การให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแลลดลง แต่ถ้าหากในระยะนี้พยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแลมากขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลไปด้วยกัน เช่น การให้ข้อมูล โดยการอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย เหตุผลในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้การลดความวิตกกังวลก็มีส่วนในการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ตั้งแต่การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ เสนอแนะ พร้อมกับการให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้แก่ญาติผู้ดูแลก็เป็นสิ่งที่สำคัญ เมื่อพ้นระยะวิฤตสิ่งที่ญาติต้องการเป็นอย่างยิ่งและเป็นการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ก็คือ การที่ญาติผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย ด้วยการฝึกทักษะ

6.สรุปการทบทวนวรรณกรรม

6.1 ความสำคัญของการเตรียมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับรุนแรงหรือปานกลางมีผลให้สมองกระทบกระเทือนหรือมีการถูกทำลายก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยโดยตรง ผลจากการได้รับ

บาดเจ็บที่ศีรษะนั้นอาจส่งผลต่อชีวิตหรือการสูญเสียสมรรถภาพ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงที่ได้รับ ถ้าหากผู้ป่วยรอดชีวิต มักพบว่าการสูญเสียสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการรู้คิด ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งการสูญเสียสมรรถภาพดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงในด้านการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของญาติผู้ดูแล จากภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลดังกล่าว หากญาติมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหากับสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างไม่ดีพอ ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ทำให้เกิดความอ่อนล้า และส่งผลกระทบต่อร่างกายตามมา เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

ดังนั้นหากญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการตั้งแต่ระยะวิกฤตจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความต้องการข้อมูล ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล ด้านความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านความต้องการส่วนบุคคล ด้านความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึกแล้ว ญาติผู้ดูแลจะสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตอันเกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ดีขึ้น โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ระยะวิกฤต ได้แก่ การให้ข้อมูล โดยเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย เหตุผลในการทำกิจกรรมการรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพ้นระยะวิกฤต ญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ตั้งแต่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย เช่น การบริหารข้อต่อต่าง ๆ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ส่วนการฟื้นฟูทางด้านจิตใจนั้นญาติผู้ดูแลมีส่วนสำคัญอย่างมาก เช่น การส่งเสริมการให้กำลังใจ การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่าย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วมีความสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ย่อมทำให้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลดีขึ้น

6.2 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ข้อสรุปว่า การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปรับตัวเผชิญปัญหา ควรยึดหลักการที่สำคัญ 5 ประการ ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปนี้

1. ต้องประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแลทุกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ข้อมูลหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยตามความต้องการโดยแท้จริง

2. มีการคัดเลือกข้อมูลหรือการเตรียมทักษะต่างๆสำหรับญาติผู้ดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย หรืออีกนัยหนึ่งคือ ต้องมีการปรับแต่งโปรแกรมให้เป็นโปรแกรมที่มีความจำเพาะเจาะจง (tailored made and particularly) กับความเป็นปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย การจัดโปรแกรมในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นการตอบสนองความต้องการของญาติอย่างแท้จริง

3. เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล ก่อนดำเนินโปรแกรมพยาบาลผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลด้วยการสอบถามความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาของญาติผู้ดูแล เพื่อแสดงการใส่ใจในความต้องการและปัญหาของญาติผู้ดูแล และทุกครั้งตลอดการดำเนินการตามโปรแกรม พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อญาติและสมาชิกครอบครัวอื่นๆ ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นจุดเด่นอีกประการหนึ่งของโปรแกรม เพราะช่วยสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจของญาติผู้ดูแลต่อพยาบาลได้ (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnstree, & Grypdonck, 2006)

4. เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลงของอาการ และการรักษาที่ปรับเปลี่ยนไปตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติตัวของญาติขณะเข้าเยี่ยม เช่น การสัมผัส การโอบกอด การพูดกับผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลในลักษณะดังกล่าวเป็นการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Yang, 2007) เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยสามัญจะส่งผลให้ญาติซึมซับข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ ได้อย่างค่อยเป็นค่อยไป และพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมรับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การบริหารร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ส่งผลต่อการฟื้นฟู ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแล

5. เน้นการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการในระยะวิกฤติ จนกระทั่งเริ่มฟื้นตัว ซึ่งมีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลง และกระบวนการรักษา ค่อยๆยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสิ่งสำคัญเหนือสิ่งอื่นใดคือเกิดความต่อเนื่องในกระบวนการของการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีหลักการและมีจุดเด่นที่มีความแตกต่างจากโปรแกรมการเตรียมญาติผู้ดูแลในงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับปานกลางถึงรุนแรง

ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลในการดูแล เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง หรือ บุคคลอื่นๆที่เป็นญาติในครอบครัวผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องผู้ป่วยหนักรวม หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญชายและศัลยกรรมสามัญหญิง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้ระบุตนเองว่าเป็นญาติที่คาดว่าจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกญาติผู้ดูแลเข้าศึกษา

1. เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกรับรู้ตัวแรกเริ่มในห้องผู้ป่วยหนัก 3-12 คะแนน ซึ่งประเมินโดย GCS (Glasgow coma score)
2. สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้
3. เป็นผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางสมองและจิตประสาท

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีลักษณะของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยและโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาจากงานวิจัยของสินนาคาร์พพัน ดาเวนย์และโมริสัน (Sinnakaruppan, Downey, & Morrison, 2005) นำมาหาขนาดอิทธิพล (Effect Size = d) ตามสูตรของกลาส (Glass, 1976) และกำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 กำลังของการทดสอบ (power of the test) ที่ .80 และ จำนวนขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ .50 นำไปเปิด

ตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) บอกค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดได้ 25 คน และป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกในระหว่างการทำการวิจัยเพิ่ม 20% จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ (Polit & Beck, 2004) คือ 5 คน จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ในการเก็บข้อมูลจริงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2551 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2551 เป็นเวลา 9 เดือน พบกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ จำนวน 56 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน ระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิตในกลุ่มทดลอง 7 คน และกลุ่มควบคุม 9 คน รวมจำนวน 16 คน ผู้วิจัย จึงได้ตัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัยออกทั้งหมด คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ได้ 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นสถานบริการพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นสถานศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล มีจำนวนเตียงผู้ป่วยใน 555 เตียง มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาปี 2547, 2548 และ 2549 จำนวน 1,224, 1,159, และ 1,218 คน ตามลำดับ (สถิติเวชระเบียนหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2547, 2548, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษา ณ ห้องผู้ป่วยหนักรวม และหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญหญิง เริ่มเก็บข้อมูลที่ห้องผู้ป่วยหนักรวม เป็นหอผู้ป่วยวิกฤตขนาด 8 เตียง มีผู้เข้ารับการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงประมาณ 30 รายต่อเดือน โดยกิจกรรมตามปกติพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยคือการให้การให้ข้อมูล ได้แก่ กฎระเบียบ การเข้าเยี่ยม การเตรียมหลักฐานสิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การรักษา การพยาบาลและการฝึกทักษะเบื้องต้น ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวใช้วิธีการให้ข้อมูลหรือแนะนำญาติผู้ดูแลแบบปากเปล่าไม่มีเอกสารประกอบ ไม่มีการประเมินความพร้อมหรือความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นการเฉพาะสำหรับเอกสารที่แจกให้เป็นเอกสารใบเดียวขนาดครึ่งหนึ่งของกระดาษขนาด เอ 4 ที่ระบุถึงการใช้ปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ การเปลี่ยนรองเท้า เวลาเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังการเยี่ยม การห้ามนำเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เข้าเยี่ยม และเบอร์โทรศัพท์ของห้องผู้ป่วยหนัก เป็นต้น

จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักรวมประมาณ 7 วัน เมื่อพ้นระยะวิกฤตจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักรวม และเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญชาย และศัลยกรรมสามัญหญิง ซึ่งมีจำนวนเตียงหอผู้ป่วยละ 36 เตียง มี

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งที่ย้ายจากห้องผู้ป่วยหนักรวม ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) ที่ไม่ได้รับเข้าห้องผู้ป่วยหนักแต่รับเข้ารักษาโดยตรงที่หอผู้ป่วยสามัญ และผู้ป่วยศัลยกรรมประเภทอื่นๆ ที่เข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ยหอผู้ป่วยละ 100 รายต่อเดือน จำนวนวันนอนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยเฉลี่ยประมาณ 14 วัน โดยกิจกรรมตามปกติพยาบาลทำหน้าที่ให้ข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ เช่น กฎระเบียบ แผนการรักษา สิทธิการรักษา การฝึกทักษะแก่ญาติ ซึ่งทั้ง 2 กิจกรรมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนโดยเฉพาะด้านการฝึกทักษะกับญาติผู้ดูแลนั้น มีการดำเนินการเพียง 2 กิจกรรมกล่าวคือ ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน พยาบาลจะส่งญาติผู้ดูแลไปฝึกวิธีทำอาหารเหลวเพื่อให้ผู้ป่วยทางสายให้อาหารที่แผนกโภชนาการ ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำจากโภชนาการของโรงพยาบาลในการเตรียมอาหารโดยใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 30 นาที และสาริตการเช็ดตัวผู้ป่วยให้ญาติผู้ดูแล 1 ครั้ง โดยไม่ได้ค่อยๆ ฝึกให้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ โดยละเอียดในการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะให้แก่ญาติผู้ดูแล (ภาคผนวก ง)

1.2 คู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลชุดที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่วนที่สองเป็นข้อมูลทั่วไปที่ญาติควรทราบระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล (ภาคผนวก จ)

1.3 คู่มือญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย ได้แก่ ชุดที่ 1 การทำความสะอาดของช่องปาก ชุดที่ 2 การดูแลความสะอาดร่างกาย ชุดที่ 3 การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย ชุดที่ 4 การดูแลระบบทางเดินหายใจ สำหรับผู้ป่วยที่สามารถหายใจได้เอง ชุดที่ 5 การดูแลระบบทางเดินหายใจ สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ชุดที่ 6 การดูแลการถ่ายอุจจาระ ชุดที่ 7 การดูแลการถ่ายปัสสาวะ กรณีปัสสาวะได้เอง ชุดที่ 8 การดูแลการถ่ายปัสสาวะ กรณีกลั้น ปัสสาวะไม่ได้ ชุดที่ 9 การดูแลการถ่ายปัสสาวะ กรณีปัสสาวะไม่ออกจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ชุดที่ 10 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ชุดที่ 11 การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลืนเนื้อลิ้นและข้อติดแข็ง ชุดที่ 12 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย (ภาคผนวก จ)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1. แบบวัดวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data questionnaires) เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดและแบบเลือกตอบ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา

2.1.2 แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ (Thai Version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ที่ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) และแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิดของรอยเป็นทฤษฎีพื้นฐาน (Chayaput, 2004) ซึ่งแบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อนี้ วัดวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา 3 ด้านได้แก่ ด้านสรีระ ด้านอารมณ์ทัศนคติ ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Chayaput & Roy, 2007) จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติย่อยได้แก่

1. มิติย่อยที่ 1 ด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ (Resourceful and systematic) มีจำนวน 8 ข้อ เป็น วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเป็นระบบโดยการใช้อย่างเต็มที่และแหล่งสนับสนุนภายนอกในการรวบรวมข้อมูล วางแผนรับมือกับเหตุการณ์นั้น (ข้อ 1-8)

2. มิติย่อยที่ 2 ด้านพฤติกรรมทางกาย (Physical and fixed) มีจำนวน 6 ข้อ เป็น วิธีการในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคลที่แสดงออกทางด้านร่างกายโดยมุ่งที่ระยะ Input phase ที่เผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (ข้อ 9-14)

3. มิติย่อยที่ 3 การรับรู้เชิงบวก (Positive and knowing) มีจำนวน 7 ข้อ เป็นวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคลที่แสดงถึงทัศนคติด้านบวกต่อสถานการณ์ที่เผชิญ อาจเป็นกลยุทธ์ที่คุ้นเคยอยู่เดิม หรือเรียนรู้ใหม่ (ข้อ 15-21)

4. มิติย่อยที่ 4 การตื่นตัวกับเหตุการณ์ (Alert processing) มีจำนวน 6 ข้อ เป็น พฤติกรรมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคลที่แสดงถึงกลยุทธ์ส่วนตัวและทางด้านร่างกายที่เป็นแบบแผนและสอดคล้องกับสถานการณ์ (ข้อ 22-27)

ใช้ตัวเลือกที่เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) ซึ่งมี 4 ระดับโดยให้คะแนน 1-4 และมีความหมายดังนี้ คือ

1= ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำข้อความนั้นเลย
2= นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง
3= บางครั้ง	หมายถึง	ท่านทำข้อความนั้นบางครั้ง
4= เสมอๆ	หมายถึง	ท่านทำข้อความนั้นเสมอ

แบบสอบถามได้ถูกนำไปทดสอบกับผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 393 คน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บาคอัลฟาเท่ากับ 0.89 และแต่ละมิติย่อยอยู่ระหว่าง 0.72-0.89 (Chayaput & Roy, 2007)

2.2 แบบประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้

1. ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วยป่วยเป็นอะไร
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าอาการของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรต่อไป
3. ท่านทราบหรือไม่ว่าการป่วยครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว
4. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ของผู้ป่วย
5. ท่านต้องการทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือไม่ และต้องการทราบข้อมูลเรื่องอะไรบ้าง
6. ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหรือไม่
7. หากพยาบาลจะแนะนำและสอนให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขณะนี้ ท่านพร้อมหรือไม่ (ข้อนี้ใช้ถามเมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักรวม ไปรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ)

หลังการประเมินความพร้อม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้ทั้งหมด และพิจารณาว่าญาติผู้ป่วยต้องการข้อมูลหรือฝึกทักษะด้านใดและมีความพร้อมหรือไม่ หากมีความพร้อมพยาบาลจึงเริ่มเตรียมญาติผู้ดูแล แต่หากยังไม่มีความพร้อมในขณะนั้น ผู้วิจัยได้วางแผนเพื่อประเมินญาติผู้ป่วยในวันต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย คู่มือสำหรับญาติเรื่องการให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และคู่มือญาติผู้ดูแลการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยคู่มือแต่ละฉบับได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------|
| - ศัลยแพทย์สาขาศัลยกรรมประสาท | จำนวน 1 ท่าน |
| - อาจารย์พยาบาลสาขาศัลยกรรมประสาท | จำนวน 2 ท่าน |
| - พยาบาลผู้ชำนาญสาขาศัลยกรรมประสาท | จำนวน 1 ท่าน |
| - ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางสาขาศัลยกรรมประสาท | จำนวน 1 ท่าน |

หลังจากเครื่องมือผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นด้วยกับเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยมีบางประเด็นที่ควรแก้ไข เช่นการเพิ่มเติมรูปภาพเพื่อให้ญาติผู้ดูแลเห็นวิธีการที่ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนที่จะนำไปใช้ในการศึกษา

2. ตรวจสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ (Objectivity)

ผู้วิจัยนำคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลเรื่องของการให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และ คู่มือญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหาและปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ณ สถานที่ที่เก็บข้อมูล จำนวน 3 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเมื่อได้อ่านเนื้อหาของคู่มือดังกล่าวแล้วมีเข้าใจในภาษาที่ใช้และเมื่อสอบถามถึงเนื้อหาในคู่มือทุกคนมีความเข้าใจในความหมายที่ตรงกัน และมีความเห็นว่าเป็นคู่มือที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ได้จริง

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย โดยใช้กับกลุ่มญาติผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก และกลุ่มญาติผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญชนและหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญหญิง ณ สถานที่ที่เก็บข้อมูล นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป จากผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อแต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 4 คะแนนมาคำนวณหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน พบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และแต่ละมิตีย่อยอยู่ระหว่าง 0.83-0.85 โดยมีมิติที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 มิติที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 มิติที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 และมิติที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้มีขั้นตอนการดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดลและคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญหญิง เพื่อแนะนำตนเองชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำหน้าที่เก็บข้อมูลในการวิจัย โดยมีขั้นตอนของการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1.3.1 การคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยตามคุณสมบัติคือเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยที่ได้คัดเลือกไว้ในการศึกษาครั้งนี้ มีประสบการณ์การทำงานในห้องผู้ป่วยหนัก 2 ปี และเป็นผู้เก็บข้อมูลการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลทั้ง 3 ครั้ง เพียงผู้เดียวตลอดการวิจัย

1.3.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

- เมื่อได้ผู้ช่วยวิจัยตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย โดยเฉพาะรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวบับย่อ รายละเอียดที่ผู้วิจัยอธิบายให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจถึงการใช้เครื่องมือดังกล่าวตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

-ผู้วิจัยอธิบายถึงแนวคิดที่เป็นที่มา ลักษณะของเครื่องมือ จำนวนข้อคำถาม และระดับของตัวเลือกของแบบสอบถามวิธีในการปรับตัวบับย่อ ให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน

- ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการใช้แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวบับย่อ คือ แบบสอบถามนี้ใช้ประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เป็นวิธีในการปรับตัวเพื่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา

- ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนของการใช้แบบสอบถามวิธีในการปรับฉบับย่อ โดยผู้ช่วยวิจัยจะใช้เครื่องมือดังกล่าวในประเมินครั้งที่ 1 คือ ระยะ ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นในระยะที่ 1 ของการวิจัย และทำการประเมินครั้งที่ 2 คือ ระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักเพื่อเข้ารับการรักษารoomผู้ป่วยสามัญ ซึ่งเป็นระยะที่ 2 ของการวิจัย และประเมินครั้งที่ 3 ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2) แบบประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล รายละเอียดที่ผู้วิจัยอธิบายให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ความเข้าใจถึงการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

- ผู้วิจัยอธิบายถึงรายละเอียด ข้อคำถามของแบบประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ประเมินถึงความเข้าใจ ความรู้สึก และความต้องการของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและพยาบาล

- ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการใช้แบบประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล คือ ใช้ประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในแต่ละช่วงเวลา

- ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนของการใช้แบบประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล โดยผู้ช่วยวิจัยจะใช้เครื่องมือดังกล่าวในประเมินครั้งที่ 1 คือ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นในระยะที่ 1 ของการวิจัย และทำการประเมินครั้งที่ 2 คือ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักเพื่อเข้ารับการรักษารoomผู้ป่วยสามัญ ซึ่งเป็นระยะที่ 2 ของการวิจัย

2. ขั้นตอนในการศึกษาการวิจัย ตามกระบวนการดังนี้

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เลือกกลุ่มตัวอย่างอาศัยหลักความน่าจะเป็น โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธี Block randomization และนำไปเปิด random number table โดยผู้วิจัยขอให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สุ่ม random block ก่อนการสุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการสุ่มนั้นเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจากนั้นผู้วิจัยได้กำหนดให้เลขคู่เป็นเลขที่แสดงว่าจะเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองก่อน จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปเป็นกลุ่มควบคุม และเลขคู่เป็นเลขที่แสดงว่าจะเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมก่อน จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปเป็นกลุ่มทดลอง โดยได้สุ่มทั้งหมด 5 Block ได้จำนวนตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน) แต่ในการเก็บข้อมูลจริงใช้เวลาไปในการเก็บกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 9 เดือน ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 56 คน เป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน ซึ่ง

สอดคล้องกับจำนวนที่คำนวณกลุ่มตัวอย่างไว้ครั้งแรก คือ กลุ่มละ 25 คน ในการสุ่มตามกระบวนการดังกล่าวผู้ช่วยวิจัยที่ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

หลังจากการสุ่ม ผู้วิจัยได้เป็นผู้สอบถามญาติของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อให้สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าใครคือญาติผู้ดูแลหลักที่แท้จริงที่คาดว่าจะให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะต้องเป็นญาติที่คาดว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่ลังเลใจไม่สามารถตกลงกันในเบื้องต้น ผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างและครอบครัวปรึกษาและตกลงกันว่าใครจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านและมาแจ้งผู้วิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ในการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกือบทุกรายสามารถระบุได้ตั้งแต่วันที่ผู้วิจัยเข้าไปสอบถามว่าใครจะเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วย มีญาติเพียง 2 รายเท่านั้นที่ไม่สามารถระบุได้และมีความลังเลใจ และได้กลับมาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบในวันต่อมา

2.2 การขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แนะนำผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ และขอยินยอมในการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยในรูปแบบฟอร์มยินยอม

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา โดยใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในส่วนของการประเมินความพร้อมและการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติ ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสำหรับส่วนของการเตรียมความพร้อมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด

2.3.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 ของการวิจัยระยะที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล
2. ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการรับทราบข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง
3. ภายหลังผู้ช่วยวิจัยประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลแล้วและญาติผู้ดูแลพร้อมที่จะเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทั่วไป

ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ของการปรับตัว เพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล โดยวัดวิธีในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลใช้แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ พร้อมกับแจกคู่มือการปฏิบัติตัวของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักที่หน่วยงานจัดทำขึ้นสำหรับมอบให้ญาติเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

วันที่ 2 จนถึงวันที่ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นระยะที่ 1 ของการวิจัย ญาติผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการประจำห้องผู้ป่วยหนักรวม (ใช้เวลา 30-60 นาที/วัน) ประกอบด้วย

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมและการนำหลักฐานเกี่ยวกับสิทธิการรักษา
2. แจ้งอาการและแผนการรักษาให้ญาติผู้ดูแลทราบเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการเปลี่ยนแปลง
3. การพยาบาลตามปกติมาตรฐานวิชาชีพและตามแผนการรักษา
4. ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก โดยใช้แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ วัดวิธีในการปรับตัวของญาติผู้ดูแล และประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล

ระยะที่ 2 เมื่อเข้ารับการรักษาสภาพผู้ป่วยสามัญ ดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 ของการวิจัยระยะที่ 2 ญาติผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการประจำห้องผู้ป่วยสามัญ (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) ดังนี้ แจ้งอาการและแผนการรักษาให้ญาติผู้ดูแลทราบเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการเปลี่ยนแปลงจากพยาบาลประจำการประจำห้องผู้ป่วยสามัญ

วันที่ 2 จนถึงวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของการวิจัยระยะที่ 2 ญาติผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการประจำห้องผู้ป่วยสามัญ (ใช้เวลา 30-60 นาที/วัน) ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำห้องผู้ป่วยสามัญตามความเหมาะสมกับแผนการรักษาดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การให้ญาติผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยในการทำมาความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น
2. ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ วัดวิธีในการปรับตัวเพื่อวิธีในการปรับตัวของญาติผู้ดูแล

2.3.2 การเก็บกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาน้องผู้ป่วยหนัก ดำเนินการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 ของการวิจัยระยะที่ 1 เข้ารับการรักษาน้องผู้ป่วยหนัก (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง/วัน)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล พร้อมกับ พุดคุย และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมกันนั้นแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ถ้าหากญาติพร้อมเตรียมสู่ขั้นตอนต่อไป ถ้าหากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่พร้อมจะพูดคุยสร้างสัมพันธภาพต่อจนกระทั่งญาติผู้ดูแลพร้อมที่จะเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของการวิจัย
2. ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ได้แก่ โดยประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการรับทราบข้อมูลของญาติผู้ดูแลและในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง
3. ภายหลังผู้ช่วยวิจัยประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลแล้วและญาติผู้ดูแลพร้อมที่จะเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติผู้ดูแล เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ของการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ
4. ผู้วิจัยเตรียมญาติผู้ป่วยก่อนการเข้าเยี่ยม โดยให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลได้แก่ ลักษณะของห้องผู้ป่วยหนักรวม กฎระเบียบของหอผู้ป่วยและข้อปฏิบัติในการเข้าเยี่ยม เป็นต้น พร้อมแจกคู่มือการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และเปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความรู้สึก หรือ ชักถามข้อสงสัย และตอบคำถาม
5. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมการไหลของสารละลาย เครื่องช่วยลดไข้ สายให้อาหารทางจมูก ท่อระบายที่ต่อออกจากผู้ป่วย แนะนำวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ข้างเตียง อธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลเสมหะ การประเมินทางระบบประสาท และการประเมินสัญญาณชีพ การให้ยา การพลิกตะแคงตัว การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ในกรณีผู้ป่วยต้องผูกมัด อธิบายถึงความจำเป็นของการผูกมัดรวมทั้งการตอบข้อซักถามขณะเข้าเยี่ยม

วันที่ 2 ของการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15- 30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของญาติในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และพูดคุยรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแล และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยอธิบายอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้ญาติผู้ดูแลได้ทราบ

วันที่ 3 ของการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15- 30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยพูดคุยรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลและแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหา โดยตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมร่วมกัน รวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ญาติ และตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแลขณะเข้าเยี่ยม

วันที่ 4 ของการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของญาติในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย พูดคุยรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแล และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยสอบถามความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ญาติโดยเลือกหัวข้อที่ต้องการทราบมากที่สุดก่อน โดยมีหัวข้อดังนี้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การดูแลและการรักษา ปัญหาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการบาดเจ็บ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย และตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยบันทึกหัวข้อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยเรียงตามลำดับหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลต้องการทราบ โดยเรียงลำดับหัวข้อที่ต้องการทราบมากที่สุดก่อน เพื่อที่ญาติจะได้ไม่สับสนในกรณีที่ญาติผู้ดูแลจำหัวข้อที่ได้เลือกไว้ไม่ได้

วันที่ 5 ของการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ญาติผู้ดูแลได้เลือกไว้ และพูดคุยรับฟังปัญหา ให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลในหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลเลือกไว้ตามลำดับของความต้องการ

วันที่ 6 ของการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ญาติผู้ดูแลได้เลือกไว้ พูดคุยรับฟังปัญหา ให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลในหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลเลือกไว้ตามลำดับของความต้องการ

วันที่ 7 ของการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูล (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ญาติผู้ดูแลได้เลือกไว้ พูดคุยรับฟังปัญหา ให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลในหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลเลือกไว้ตามลำดับของความต้องการ จนกระทั่งครบทุกหัวข้อ

วันที่ 8 ถึงวันที่ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนการให้ข้อมูลทุกวันให้แก่วิดีผู้ดูแล (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพูดคุยรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลและให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้แก่วิดีผู้ดูแลได้ทราบ
2. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการทบทวนการให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. ผู้วิจัยทำการทบทวนการให้ข้อมูลตามหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลต้องการ

4. ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บ โดยการเก็บข้อมูลของการวิจัยระยะที่ 1 จะสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 โดยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลโดยใช้ แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวแบบย่อและประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล

ระยะที่ 2 เมื่อเข้ารับการรักษานอนผู้ป่วยสามัญ ดำเนินการให้ข้อมูลและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล ดังนี้

วันที่ 1 ของการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการทบทวนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พุดคุยรับฟังปัญหา และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอีกครั้ง ได้แก่ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การดูแลและการรักษา ปัญหาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการบาดเจ็บ การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย และตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย

วันที่ 2 ของการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการสู่ขั้นตอนก่อนฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 30-45 นาที/วัน) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยรับฟังปัญหา และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันหาปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วย เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาของการให้การดูแลผู้ป่วย โดยให้ญาติผู้ดูแลเลือกว่าจะเรียนรู้เรื่องใดก่อน พร้อมกับกำหนดวันในการฝึกทักษะ ซึ่งหัวข้อการฝึกทักษะให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) การดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย ช่องปาก และการดูแลขับถ่าย เป็นต้น 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การบริหารแขนและขาเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง การป้องกันปลายเท้าตก เป็นต้น 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การฝึกหัดกระตุ้นและ/หรือช่วยในการบริหารแขน ขา เป็นต้น

3. ผู้วิจัยบันทึกหัวข้อในการฝึกทักษะ โดยเรียงลำดับหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลต้องการฝึก โดยเรียงลำดับหัวข้อที่ต้องการฝึกมากที่สุดก่อน เพื่อที่ญาติจะได้ไม่สับสน ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลจำหัวข้อที่ได้เลือกไว้ไม่ได้

วันที่ 3 ของการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง/วัน แต่ละหัวข้อใช้เวลา 30-45 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. เมื่อประเมินได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงทำการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลต้องการ โดยก่อนทำการฝึกทักษะผู้วิจัยทำการสาธิตให้ญาติผู้ดูแลดูก่อน หลังจากนั้นให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ จึงทำการฝึกทักษะหัวข้อถัดไปในวันที่ญาติต้องการ

วันที่ 4 ของการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง/วัน แต่ละหัวข้อใช้เวลา 30-45 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. เมื่อประเมินได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงทำการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลต้องการ โดยก่อนทำการฝึกทักษะผู้วิจัยทำการสาธิตให้ญาติผู้ดูแลดูก่อน หลังจากนั้นให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ จึงทำการฝึกทักษะหัวข้อถัดไปในวันที่ญาติต้องการ

วันที่ 5 ของการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง/วัน แต่ละหัวข้อใช้เวลา 30-45 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยรับฟังปัญหา และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. เมื่อประเมินได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงทำการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลต้องการ โดยก่อนทำการฝึกทักษะผู้วิจัยทำการสาธิตให้ญาติผู้ดูแลดูก่อน หลังจากนั้นให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ จึงทำการฝึกทักษะหัวข้อถัดไปในวันที่ญาติต้องการ

วันที่ 6 ของการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง/วัน แต่ละหัวข้อใช้เวลา 30-45 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยรับฟังปัญหา และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. เมื่อประเมินได้ว่าญาติผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงทำการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลต้องการ โดยก่อนทำการฝึกทักษะผู้วิจัยทำการสาธิตให้ญาติผู้ดูแลดูก่อน หลังจากนั้นให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ จึงทำการฝึกทักษะหัวข้อถัดไปในวันที่ญาติต้องการ

วันที่ 7 ของการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง/วัน แต่ละหัวข้อใช้เวลา 30-45 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยรับฟังปัญหา และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแล

2. เมื่อประเมินได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความพร้อม ผู้วิจัยจึงทำการฝึกทักษะในหัวข้อที่ญาติผู้ดูแลเลือกไว้ตามลำดับของความ ต้องการ จนกระทั่งครบทุกหัวข้อ โดยก่อนทำการฝึกทักษะผู้วิจัยทำการสาธิตในหัวข้อที่ต้องการให้กับญาติผู้ดูแลดูก่อน จึงให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้

ผู้วิจัยทำการทบทวนการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทุก 1 สัปดาห์ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยพุดคุยรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแล และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งตอบข้อซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้แก่ญาติผู้ดูแลได้ทราบ

2. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการทบทวนการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล

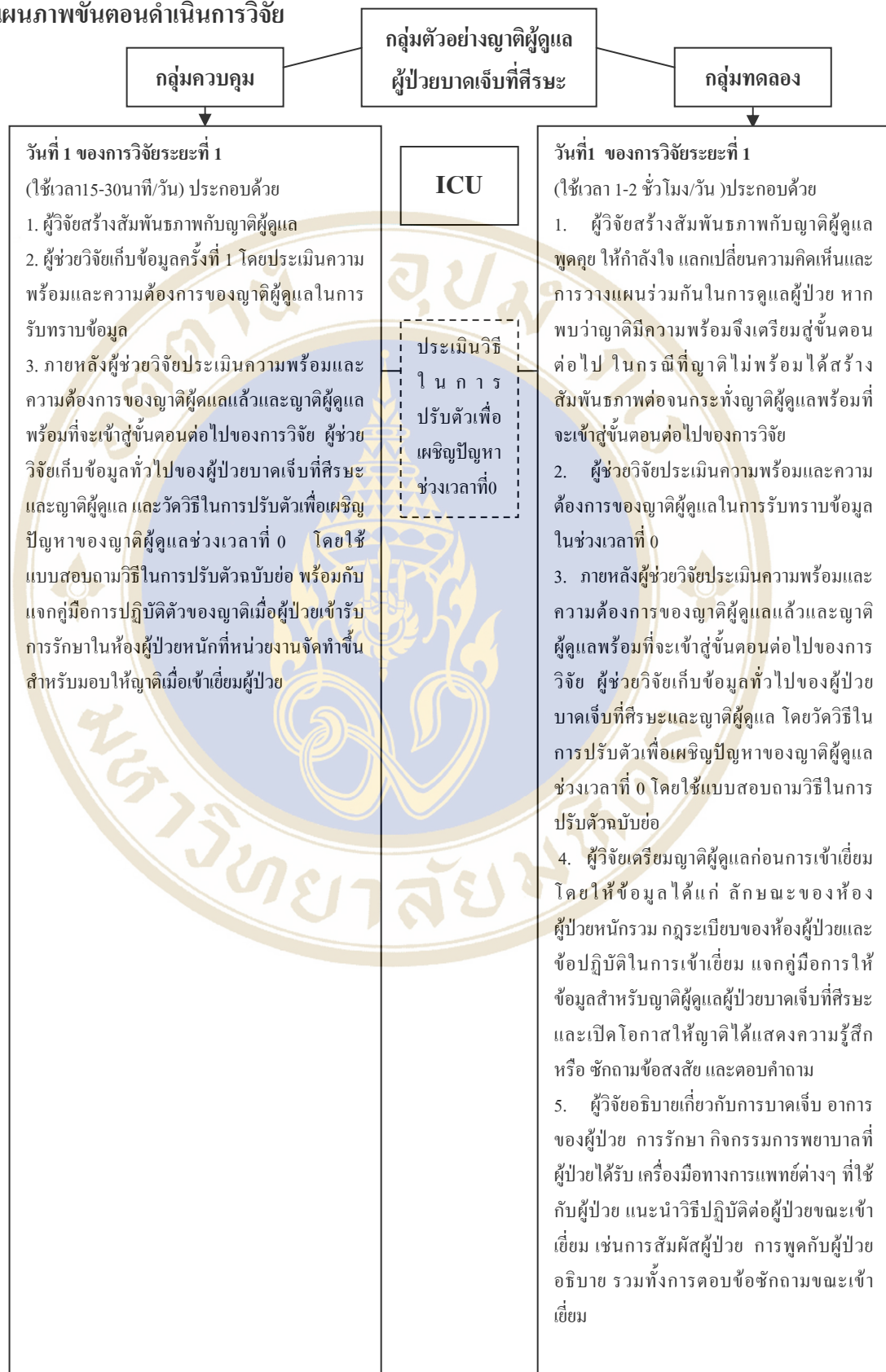
3. ผู้วิจัยทำการทบทวนการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามที่ญาติต้องการ

4. ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลของการวิจัยระยะที่ 2 จะสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 ซึ่งวัดวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาโดยใช้แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ พร้อมกับประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

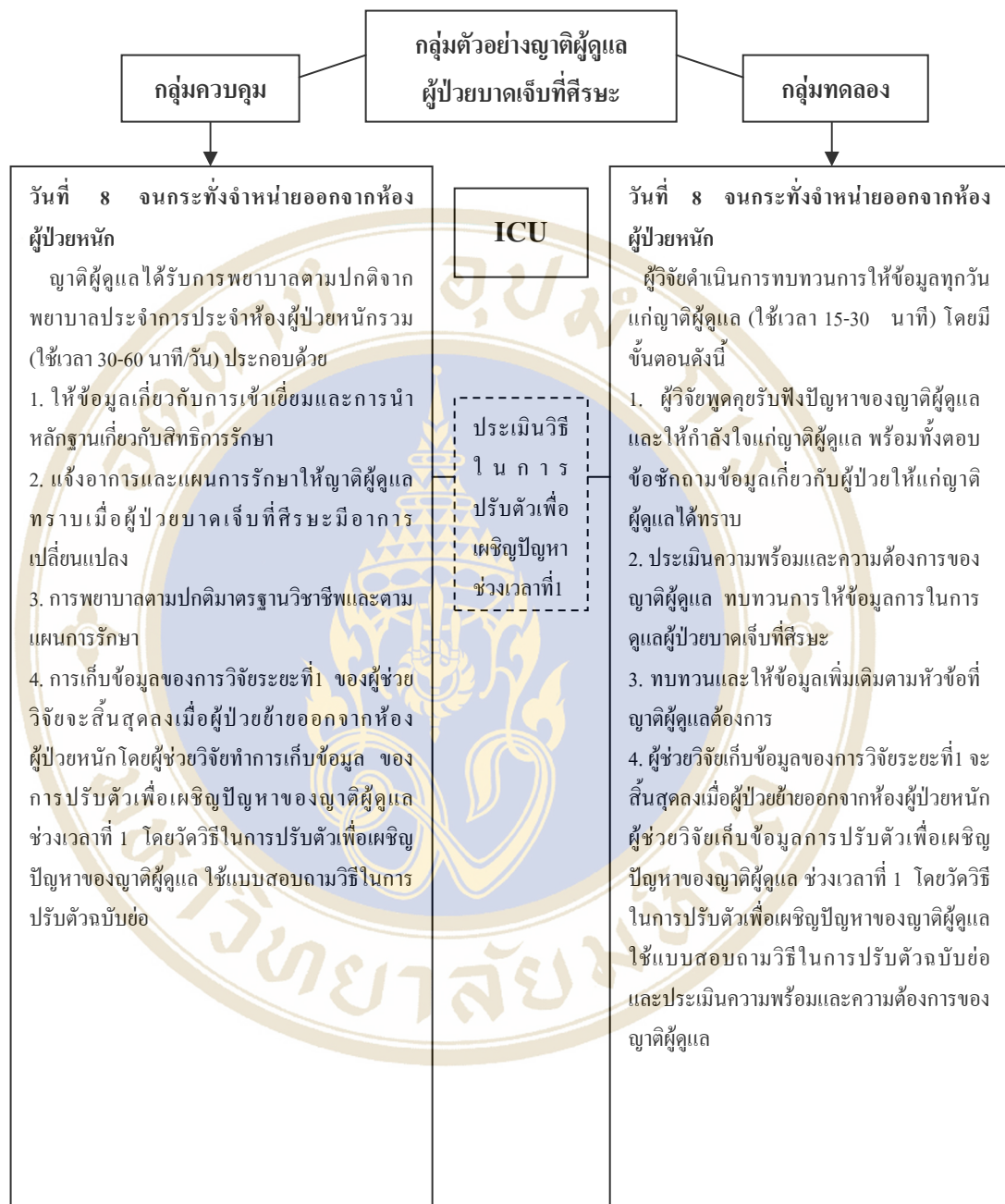
ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามหัวข้อที่ญาติต้องการหรือไม่ หากยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จึงทบทวนการฝึกทักษะในหัวข้อที่ต้องปรับปรุงจนกระทั่งญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



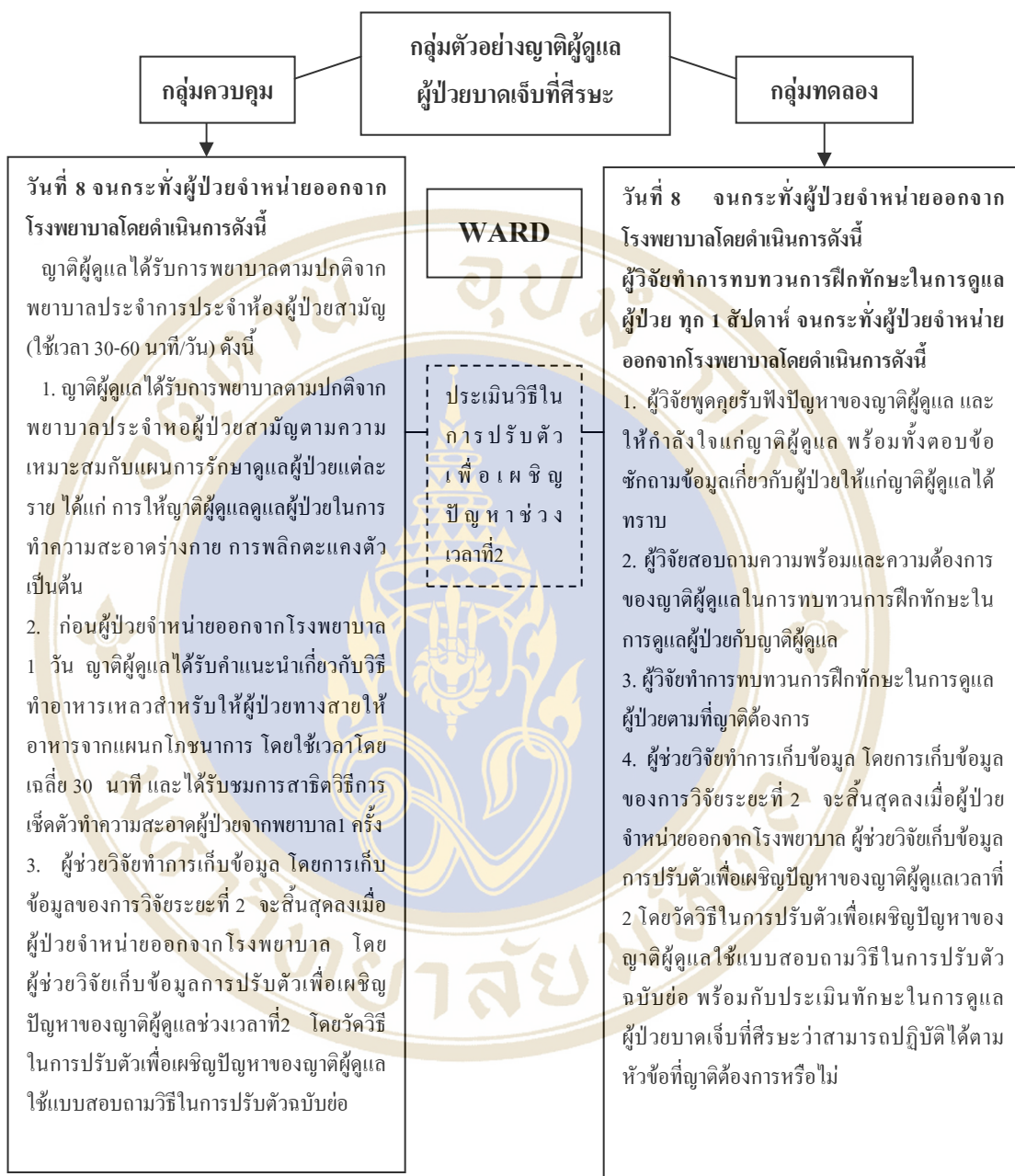
แผนภาพขั้นตอนดำเนินการวิจัย



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการศึกษาการวิจัย



แผนภาพที่ 3 ขั้นตอนการศึกษาการวิจัย



แผนภาพที่ 4 ขั้นตอนการศึกษาการวิจัย

เกณฑ์การยุติการศึกษา

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักแล้ว เกิดอาการทรุดลงจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักอีกครั้ง
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิตในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะย้ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่เข้าร่วมการวิจัย
4. ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมได้ตลอดกระบวนการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้หรือผลเสียจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดลและจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัยได้ โดยจะไม่มีผลต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาล แต่อาจทำให้ต้องเสียเวลาบ้างในการร่วมการวิจัย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ แต่ถ้าหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและตลอดเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย โดยผลของการศึกษาที่ได้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับญาติช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นและเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งอยู่ที่โรงพยาบาลและให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทำให้มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะแก่พยาบาลและทีมสุขภาพในอนาคตให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ผลของการวิจัยที่ได้จะนำเสนอหรือตีพิมพ์ในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น การเข้าถึงข้อมูลจะใช้รหัสที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยแล้ว ให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในแบบฟอร์มยินยอม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถอนตัว

จากการวิจัย แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องตัดออกจากการวิจัย เนื่องจากผู้ป่วยได้เสียชีวิตในขณะที่รักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ได้จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน (ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา และคะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาช่วงเวลาที่ 0 ก่อนเริ่มโปรแกรมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำนวน 56 คน นำเสนอใน ภาคผนวก จ) ระหว่างการศึกษาผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเสียชีวิต จำนวน 7 คนและ 9 คนตามลำดับ จึงเหลือจำนวนญาติผู้ดูแลกลุ่มละ 20 คนซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ คะแนนระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) ณ วันที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ปัญหาสุขภาพจากการบาดเจ็บที่พบ ณ วันที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาการรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ชนิดของท่อช่วยหายใจ การคาท่อช่วยหายใจเมื่อจำหน่ายกลับบ้านของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และรูปแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คำนวนโดยค่าสถิติแจกแจง ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คำนวนโดยค่าสถิติแจกแจง ความถี่และร้อยละ ส่วนอายุ รายได้ญาติผู้ดูแลหลัก และรายได้ของครอบครัว คำนวนโดยค่าสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ ไคสแควร์และ การทดสอบที

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใน 3 ช่วงเวลา กล่าวคือในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ช่วง 72 ชั่วโมงแรกก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) ในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก

24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) และในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2) โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2) โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงขณะที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักรวม หอผู้ป่วยศัลยกรรมสมอง และหอศัลยกรรมสมองใหญ่ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ผลการวิจัยนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใน 3 ช่วงเวลา กล่าวคือในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักช่วง 72 ชั่วโมงแรกก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) ในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) และในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2)

ส่วนที่ 6 ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษารoomผู้ป่วยหนัก และเข้ารับการรักษารoomผู้ป่วยสามัญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และและค่านัยสำคัญทางสถิติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามเพศ อายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		χ^2	t	P value
เพศ							
ชาย	18	90	17	85	.229		.633
หญิง	2	10	3	15			
อายุ (ปี)							
15-25	8	40	4	20			
26-40	7	35	6	30			
41-60	3	15	9	45			
>60	2	10	1	5			
	$\overline{X} = 33.2$	S.D=14.64	$\overline{X} = 41.7$	S.D=18.63		.112	.117

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 33.2 ปี ($\bar{X} = 33.2$, S.D=14.64) และ 41.7 ปี ($\bar{X} = 41.7$, S.D=18.63) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศ ($\chi^2 = .229$, P value = .633) และอายุ (t = .112, P value = .117) ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันที่ $p > 0.05$

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ณ วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนัก

GCS แกรับเข้า รักษาในห้อง ผู้ป่วยหนัก	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		χ^2	P value
(GCS= 13 -15)	-	-	-	-	-	-
(GCS= 9 -12)	3	15	2	10		
(GCS= 3 - 8)	17	85	18	90	.229	.633

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักอยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = .229, P \text{ value} = .633$)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ปัญหาสุขภาพจากการบาดเจ็บที่พบ ณ วันที่จำหน่ายจากห้องผู้ป่วยหนัก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	n	%	n	%	n	%

ปัญหาสุขภาพจากการบาดเจ็บ

ที่ศีรษะที่พบ ณ วันที่จำหน่าย

จากห้องผู้ป่วยหนัก

- ภาวะกลุ่มอาการภายหลังสมอง ได้รับกระทบกระเทือน	9	42.86	5	22.73	14	32.55
- ดัดเชื่อบบบทางเดินปัสสาวะ	-	-	1	4.54	1	2.33
- ดัดเชื่อบบบทางเดินหายใจ	2	9.52	3	13.64	5	11.63
- แผลกดทับ	-	-	-	-	-	-
- ภาวะกล้ามเนื้อลีบ	9	42.86	13	59.09	22	51.17

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
	n	%	n	%	n	%
ปัญหาสุขภาพจากการบาดเจ็บ						
ที่ศีรษะที่พบ ณ วันที่จำหน่าย						
จากหอผู้ป่วยหนัก						
- อื่น ๆ	1	4.76	-	-	1	2.32
หมายเหตุ ผู้ป่วยบางคน มีปัญหา						
มากกว่า 1 ปัญหา						

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งสองกลุ่มโดยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่พบ ณ วันที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักคือ เกิดภาวะกลืนเนื่อลำบากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.17

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบช่วงระยะเวลาการรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)			t	P value
	ช่วงเวลา (วัน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ช่วงเวลา (วัน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วน		
		เบี่ยงเบน	มาตรฐาน		เบี่ยงเบน	มาตรฐาน		
1. ระยะเวลาของ การเข้ารับการ รักษาในห้อง ผู้ป่วยหนัก	3-30	11.65	7.64	2-48	17.65	10.31	-2.108	.042*
2. ระยะเวลาของ การเข้ารับการ รักษาใน โรงพยาบาล	9-101	32.75	21.89	19-111	46.35	22.15	-1.953	.058

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P value
	(n=20)			(n=20)				
	ช่วงเวลา (วัน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ช่วงเวลา (วัน)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน		
3.ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ	1-26	10.50	6.89	1-48	16.50	10.14	-2.188	.035*
4. ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ	1-101	25.90	25.83	2-111	42.95	25.85	-2.086	.044*

* $P < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนวันเฉลี่ยของรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ($t = -2.108$, $P \text{ value} = .042$) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ($t = -2.188$, $P \text{ value} = .035$) และระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจ ($t = -2.086$, $P \text{ value} = .044$) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ($t = -1.953$, $P \text{ value} = .058$)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามชนิดของท่อช่วยหายใจ และการคาท่อช่วยหายใจเมื่อจำหน่ายกลับบ้านของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	n	%	n	%	n	%
1. ชนิดของการใช้ท่อช่วยหายใจ						
- ใช้ ET Tube เพียงอย่างเดียว	12	60	5	25	17	42.5
- ใช้ ET Tube และเปลี่ยนเป็น TT tube	8	40	15	75	23	57.5

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(n=40)	
	n	%	n	%	n	%
2. การใช้ท่อช่วยหายใจ						
เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน						
- ไม่มีท่อช่วยหายใจเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	12	60	5	25	17	42.5
- ใช้ท่อช่วยหายใจเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	8	40	15	75	23	57.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่สามารถจัดเสมหะได้ด้วยตนเองจึงต้องเปลี่ยนท่อช่วยหายใจจาก endotracheal tube เป็น tracheostomy tube และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงต้องใช้ท่อช่วยหายใจ tracheostomy tube

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม คะแนนผลลัพธ์ของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=20)		(n=20)		(n= 40)	
	n	%	n	%	n	%
คะแนนGlasgow Outcome Scale ใน						
วันจำหน่ายออกจาก						
โรงพยาบาล						
ระดับ 1	4	20	3	15	7	17.5
ระดับ 2	6	30	1	5	7	17.5
ระดับ 3	2	10	4	20	6	15
ระดับ 4	8	40	12	60	20	50
ระดับ 5	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 6 พบว่า เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คะแนน Glasgow Outcome Scale ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม และโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 คือ ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (persistent vegetative state) กล่าวคือผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติของการเจ็บป่วย แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ ได้

ส่วนที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และและค่านัยสำคัญทางสถิติของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามเพศ และอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		χ^2	t	P value
	n	%	n	%			
เพศ							
ชาย	3	15	7	35			
หญิง	17	85	13	65	.902		.342
อายุ (ปี)							
18-25	2	10	5	25			
26-40	8	40	5	25			
41-60	8	40	8	40			
>60	2	10	2	10			
	$\bar{X} = 41.6$	S.D=11.48	$\bar{X} = 38.7$	S.D=14.53		.70	.488

จากตารางที่ 7 พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.6 ปี ($\bar{X} = 41.6$, S.D=11.48) และ 38.7 ($\bar{X} = 38.7$, S.D=14.53) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศ ($\chi^2 = .902$, P value = .342) และอายุไม่แตกต่างกัน ($t = .70$, P value = .488)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และสถานภาพสมรส

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n= 40)	
	n	%	n	%	n	%
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	2	10	-	-	2	5
ประถมศึกษา	9	45	13	65	22	55
มัธยมศึกษา	6	30	3	15	9	22.5
อนุปริญญา	1	5	3	15	4	10
ปริญญาตรี	2	10	1	5	3	7.5
ศาสนา						
พุทธ	19	95	19	95	38	95
คริสต์	1	5	-	-	1	2.5
อิสลาม	-	-	1	5	1	2.5
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	5	25	-	-	5	12.5
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	-	-	1	5	1	2.5
ถูกจ้างบริษัท	-	-	3	15	3	7.5
รับจ้าง	8	40	10	50	18	45
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	15	-	-	3	7.5
เกษตรกร	4	20	5	25	9	22.5
นักศึกษา	-	-	1	5	1	2.5
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5	2	10	3	7.5
คู่	17	85	17	85	34	85
หม้าย/หย่า/แยกกัน	2	10	1	5	3	7.5

จากตารางที่ 8 พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพรับจ้าง และมีสถานภาพสมรสคู่

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และค่านัยสำคัญทางสถิติ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตาม รายได้ญาติผู้ดูแลหลัก และรายได้ของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P value
	(n=20)		(n=20)			
	n	%	n	%		
รายได้ญาติผู้ดูแลหลัก (บาท/วัน)						
≤100	7	35	2	10		
101-200	8	40	7	35		
201-300	1	5	5	25		
301-400	2	10	3	15		
401-500	1	5	-	-		
>500	1	5	3	15		
	$\overline{X} = 186.00$	S.D=231.39	$\overline{X} = 329.41$	S.D=270.57	-1.80	.80
รายได้ของครอบครัว (บาท/วัน)						
≤100	1	5	1	5		
101-200	7	35	1	5		
201-300	4	20	3	15		
301-400	2	10	5	25		
401-500	1	5	3	15		
>500	5	25	7	35		
	$\overline{X} = 470.75$	S.D=649.99	$\overline{X} = 651.80$	S.D=574.12	-.934	.356

จากตารางที่ 9 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายได้โดยเฉลี่ย 186.00 บาทต่อวัน ($\bar{x} = 186.00$, S.D=231.98) และ 329.41 บาทต่อวัน ($\bar{x} = 329.41$, S.D=270.57) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบแล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน ($t = -1.80$, $P \text{ value} = .80$) สำหรับรายได้ของครอบครัวของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันเช่นกัน ($t = -.934$, $P \text{ value} = .356$)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ความเพียงพอของ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n= 40)	
	n	%	N	%	n	%
ความเพียงพอของรายได้						
-พอ	9	45	9	45	18	45
-ไม่พอ	11	55	11	55	22	55
ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต						
-ไม่มี	12	60	15	75	27	67.5
-มี ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ ปวดหลัง	8	40	5	25	13	32.5
ความสัมพันธ์ของท่าน กับผู้ป่วย						
บิดา	1	5	3	15	4	10
มารดา	9	45	2	10	11	27.5
บุตร	2	10	9	45	11	27.5
พี่น้อง	4	20	1	5	5	12.5
สามี	1	5	-	-	1	2.5
ภรรยา	1	5	4	20	5	12.5
ญาติ	2	10	1	5	3	7.5

จากตารางที่ 10 พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่มีโรคประจำตัว สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดาผู้ป่วย ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใน 3 ช่วงเวลา กล่าวคือในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ช่วง 72 ชั่วโมงแรกก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) ในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) และในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในห้องผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงแรก ก่อนเริ่มต้นโปรแกรม หรือ ช่วงเวลาที่ 0 ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายมิติย่อยและคะแนนรวมการเผชิญปัญหา

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ ปัญหาในช่วงเวลาที่ 0	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	P value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
มิติที่ 1 (แหล่งประโยชน์และ การคิดเป็นระบบ)	21.15	6.83	24.25	6.39	-1.481	.147
มิติที่ 2 (พฤติกรรมทางกาย)	14.20	3.81	13.40	3.64	.677	.502
มิติที่ 3 (การรับรู้เชิงบวก)	20.55	5.24	19.85	4.62	.448	.657
มิติที่ 4 (การตื่นตัวกับ เหตุการณ์)	16.55	4.47	14.6	4.09	1.437	.159
คะแนนรวมการเผชิญปัญหา	72.45	17.04	71.60	12.24	.181	.857

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในห้องผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงแรก ก่อนเริ่มต้นโปรแกรม หรือ ช่วงเวลาที่ 0 ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทั้งรายมิติ และคะแนนโดยรวม (p value > .05) ซึ่งมีการทดสอบการกระจายของคะแนนเฉลี่ยวิธีในการเผชิญปัญหาในช่วงเวลาที่ 0 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการกระจายแบบปกติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง หรือ ช่วงเวลาที่ 1 ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายมิติย่อยและคะแนนรวมการเผชิญปัญหา

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ ปัญหาในช่วงเวลาที่ 1	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	P value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
มิติที่ 1 (แหล่งประโยชน์และ การคิดเป็นระบบ)	26.30	5.20	24.30	5.04	1.234	.225
มิติที่ 2 (พฤติกรรมทางกาย)	18.70	3.63	15.60	3.01	2.938	.006*
มิติที่ 3 (การรับรู้เชิงบวก)	24.1	3.76	22.25	4.49	1.411	.166
มิติที่ 4 (การตื่นตัวกับเหตุการณ์)	19.75	2.80	17.30	4.23	2.158	.037*
คะแนนรวมการเผชิญปัญหา	88.85	12.79	79.15	11.03	2.569	.014*

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ในช่วงเวลา ก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง หรือ ช่วงเวลาที่ 1 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลอง ในรายมิติย่อยที่ 2 กับมิติย่อยที่ 4 และคะแนนโดยรวมสูงกว่าคะแนน เฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < .05$) ส่วนคะแนนรายมิติย่อยที่ 1 และมิติ ย่อยที่ 3 ไม่มีความแตกต่างกัน ($p \text{ value} > .05$) ซึ่งมีการทดสอบการกระจายของคะแนนเฉลี่ยวิธีใน การเผชิญปัญหาในช่วงเวลาที่ 1 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการกระจายแบบ ปกติ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง หรือ ช่วงเวลาที่ 2 ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายมิติย่อยและคะแนนรวมการเผชิญปัญหา

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ ปัญหา ช่วงเวลาที่ 2	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	P value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
มิติที่ 1 (แหล่งประโยชน์และ การคิดเป็นระบบ)	30.15	2.18	25.85	4.93	3.564	.001*
มิติที่ 2 (พฤติกรรมทางกาย)	20.05	3.32	14.6	3.85	4.791	.000**
มิติที่ 3 (การรับรู้เชิงบวก)	26.67	1.87	22.10	4.05	4.612	.000**
มิติที่ 4(การตื่นตัวกับ เหตุการณ์)	21.55	2.66	17.00	3.34	4.762	.000**
คะแนนรวมการเผชิญปัญหา	98.50	8.32	79.55	12.20	5.737	.000**

** $p < .01$

จากตารางที่ 13 พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง หรือ ช่วงเวลาที่ 2 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองทั้งคะแนนรายมิติย่อยทั้ง 4 มิติและคะแนนโดยรวมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งมีการทดสอบการกระจายของคะแนนเฉลี่ยวิธีในการเผชิญปัญหาในช่วงเวลาที่ 2 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการกระจายแบบปกติ

ส่วนที่ 4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม(ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1)

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P value
ช่วงเวลาที่ 0	72.45	17.04		
ช่วงเวลาที่ 1	88.85	12.79	-3.727	.001 **

**** $p < .01$**

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.727, p = .001$)

ส่วนที่ 5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างทางสถิติของวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2)

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	P value
ช่วงเวลาที่ 0	72.45	17.04		
ช่วงเวลาที่ 2	98.50	8.32	-5.624	.000**

**** $p < .01$**

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.624, p = .000$)

ส่วนที่ 6 ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักรวมและเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยสามัญ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยได้ใช้คำถามปลายเปิดในการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในครั้งแรกที่สอบถามได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 56 คน แต่ในเวลาต่อมาผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเสียชีวิต 16 คน เหลือข้อมูลของญาติผู้ดูแลที่นำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 40 คน มีข้อมูลที่น่าสนใจที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือ ความต้องการของญาติผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกันในแต่ละระยะดังนี้

6.1 ระยะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักในระยะนี้ความต้องการของญาติผู้ดูแล 3 อันดับแรกได้แก่

1. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ
3. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากอาการบาดเจ็บได้เร็ว เช่น ทำอย่างไรผู้ป่วยจะรู้สึกตัวได้เร็วขึ้น ทำอย่างไรผู้ป่วยจะพูดได้ หรือทำอย่างไรผู้ป่วยจะขยับแขนขาได้

6.2 ระยะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญในระยะนี้ความต้องการของญาติผู้ดูแล 3 อันดับแรกได้แก่

1. ต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่อง การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทางปาก แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน หรือการช่วยเหลือตนเอง และในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงไม่รู้สีกตัวและต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร
2. ต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่อง การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เช่น การเช็ดตัว การทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย การสระผม การทำความสะอาดฟัน
3. ต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกลัมน้ำอัสเสบและข้อติดแข็ง เช่น การทำกายภาพบำบัดต่างๆ การหาอุปกรณ์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขยับแขนขา เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง หรือกัมน้ำอัสเสบ

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องผู้ป่วยหนักรวม และหอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญชาย และศัลยกรรมสามัญหญิง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดได้จำนวนทั้งสิ้น 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน ระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 16 คน เป็นผู้ป่วยของญาติในกลุ่มทดลอง 7 คน และกลุ่มควบคุม 9 คน ผู้วิจัยจึงได้ตัดกลุ่มญาติผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเสียชีวิตออกจากการวิจัย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ในบทนี้ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย 3 ประเด็น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แยกการอภิปรายเป็น 3 ประเด็นดังนี้

3.1 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก

3.3 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 33.2 ปี ($\bar{x} = 33.2$, S.D=14.64) และ 41.7 ปี ($\bar{x} = 41.7$, S.D=18.63) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศ ($\chi^2 = .229$, P value = .633) และอายุ ($t = .112$, P value = .117) ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันที่ $p > 0.05$ (ตารางที่ 1) ลักษณะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบในการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับข้อค้นพบของการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สำหรับความรุนแรงของการบาดเจ็บพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 85) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งวัดด้วยคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score) อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บแล้วพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = .229$, P value = .633) (ตารางที่ 2) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรง มีระดับการรับรู้ลดลงและต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ณ วันที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนลีบ (ร้อยละ 51.17) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแอ ขาดพลังงาน ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องงดการให้อาหารในทางเดินอาหารเป็นเวลาโดยเฉลี่ย 4-10 วัน และไม่มีการให้สารอาหารอย่างสมบูรณ์แบบทดแทนทางหลอดเลือด (total parenteral nutrition) จึงเกิดการสลายไขมันได้ผิวหนัง และโปรตีนจากกล้ามเนื้อเพื่อเป็นพลังงาน จึงพบว่ากล้ามเนื้อบริเวณแขนขาลีบลงจากเดิม นอกจากนี้ปัญหาด้านเรื่องเนื้อลีบซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวและการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยในระยะยาว (Sander, et al., 2002) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่สามารถจัดเสมหะได้ด้วยตนเองจึงต้องเปลี่ยนท่อช่วยหายใจจาก endotracheal tube เป็น tracheostomy tube และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 57.5 ยังต้องใช้ท่อช่วยหายใจหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ตารางที่ 5) สภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่ายังต้องการการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน หรือการเดินทางมาตรวจตามแผนการรักษา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 40) และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60) มีคะแนน Glasgow Outcome Scale อยู่ในระดับ 4 คือไม่สามารถทำอะไรได้เลย (persistent vegetative state) กล่าวคือผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติของการเจ็บป่วยแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ ได้ (ตารางที่ 6) การเตรียมญาติผู้ดูแลให้รับรู้ถึงปัญหาเหล่านี้ตั้งแต่ระยะแรกๆของการเจ็บป่วยจึงเป็นเรื่องจำเป็น และสำคัญทั้งต่อการปรับตัวของญาติและยังส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะยาวด้วย เพราะการที่ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ จะช่วยให้เกิดการรับรู้เชิงบวก

หรือเกิดความรู้สึกที่ดีที่ได้ดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยความผ่อนคลาย และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระมากเกินไป (Carneval, Anselmi, Johnston, Busichio, & Walsh, 2006; Hanks, Rapport & Vangel, 2007)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 41.6 ปี ($\bar{x} = 41.6$, $S.D=11.48$) และ 38.7 ปี ($\bar{x} = 38.7$, $S.D=14.53$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศ ($\chi^2 = .902$, $P \text{ value} = .342$) และอายุ ($t = .70$, $P \text{ value} = .488$) ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันที่ $p > 0.05$ (ตารางที่ 7) ลักษณะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่พบในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยรายได้เฉลี่ย 186 บาท/วัน ($\bar{x} = 186.00$, $S.D=231.39$) และ 329.41 บาท/วัน ($\bar{x} = 329.41$, $S.D=270.57$) (ตารางที่ 9) ซึ่งไม่เพียงพอกับค่าครองชีพ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าญาติที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาและบุตรตามลำดับทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร้อยละ 40 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15- 25 ปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะมักมาจากการได้รับอุบัติเหตุทางจราจร (Livingston, et al., 2005; Chiewprasit, 2003) ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังไม่ได้แยกครอบครัวคั้งนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงตกเป็นภาระของมารดา ส่วนกลุ่มควบคุมกับพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุตรซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 45) โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะมักเกิดจากการการลื่นล้มในบ้าน (Mosenthal, Livingston, Lavery, Knudson, Lee, Morabito, Manley, Nathens, Jurkovich, Hoyt, & Coimbra, 2004) โดยญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน ดังนั้นเมื่อบิดาหรือมารดาต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงได้รับมอบหมายจากบุตรคนอื่นๆในครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า หรือมีรายได้มั่นคงให้เป็นผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาสะท้อนถึงโครงสร้างสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย สมาชิกทั้งหมดของครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบภาระหรือกิจกรรมต่างๆของครอบครัว ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่ามีหลายครอบครัวที่แม้จะมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว แต่บุคคลอื่นๆในครอบครัวก็มีความสนใจและต้องการเรียนรู้กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย หรือต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆจากผู้วิจัย จากข้อค้นพบนี้สรุปได้ว่าในกระบวนการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลไม่ควรเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว เพราะโครงสร้างหรือลักษณะธรรมชาติหรือความเชื่อของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน (Chan & Twinn, 2006; Yang, 2007) การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติควรอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นหลัก การประเมินความต้องการของ

ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นที่จำเป็นก่อนเริ่มต้น โปรแกรม และควรปรับเปลี่ยนไปตาม ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัวในแต่ละระยะ

3. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลการศึกษาแยกการอภิปรายเป็น 3 ประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

3.1 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ เตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วัดความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมใน 2 ช่วงเวลาดำเนินการ คือในช่วงระยะเวลาก่อนที่ ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง และในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 24 ชั่วโมง โดยใช้การทดสอบ ที (t-test) ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนของทั้งสองกลุ่ม ในแต่ละช่วงเวลานั้นผู้วิจัยได้เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในระยะก่อนเริ่มต้น โปรแกรมการเตรียมความพร้อมซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนไม่ต่างจากกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 11) ซึ่งเป็นการยืนยันว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมทั้งสองกลุ่มมีระดับคะแนนการ ปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาไม่ต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มหลัง การเตรียมความพร้อมตามโปรแกรมพบผลการวิจัยดังนี้

3.1.1 คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้าย ออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลอง ในรายมิติด้าน พฤติกรรมทางกาย ด้านการตื่นตัวกับเหตุการณ์ และคะแนนโดยรวม ($\bar{x} = 18.70$, S.D= 3.63, $\bar{x} = 19.75$, S.D = 2.80, $\bar{x} = 88.85$, S.D = 12.79) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 15.60$, S.D=3.01, $\bar{x} = 17.30$, S.D = 4.23, $\bar{x} = 79.15$, S.D = 11.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.938$, $p = .006$, $t = 2.158$, $p = .037$, $t = 2.569$, $p = .014$) ส่วนคะแนนรายมิติด้านแหล่งประโยชน์และ การคิดเป็นระบบ ($\bar{x} = 26.30$, S.D = 5.20 , $\bar{x} = 24.30$, S.D = 5.04) และมิติด้านการรับรู้เชิงบวก ($\bar{x} = 24.1$, S.D = 3.76, $\bar{x} = 22.25$, S.D = 4.49) ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.234$, $p = .225$, $t = 1.411$, $p = .166$) (ตารางที่ 12)

อธิบายได้ว่าในระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มีผลให้ญาติและครอบครัวเกิดอาการตื่นตระหนก ไม่สบายใจ วิดกกังวลและเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549) โดยเฉพาะภายหลังเกิด การบาดเจ็บในระยะแรกๆนั้นผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่รู้สึกรู้สึกตัว สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นได้ เพียงเล็กน้อย และส่วนหนึ่งไม่สามารถตอบสนองการกระตุ้นได้เลย (ตารางที่ 2) ญาติผู้ดูแลต้อง

เผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการและกระบวนการรักษาของผู้ป่วยในระยะวิกฤติซึ่งมักเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ญาติผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญกับอาการของผู้ป่วยเป็นหลักและไม่มีโอกาสคิดไตร่ตรองในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ และไม่สามารถวางแผนรับมือกับสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นได้ตามลำพัง เมื่อญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมตามโปรแกรม จึงมีผลให้สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในภาพรวมได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม ทั้งนี้เพราะญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการตอบสนองความต้องการ ก็ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่เกิดจากพยาธิสภาพของการบาดเจ็บ (Bond et al., 2003) ร่วมกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ผลของการรักษา วิธีการดูแลและเหตุผลของการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลดังกล่าวทำให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ร่วมกับการได้รับรู้สิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับแผนการรักษา ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการประมวลความคิดของตนเองเกี่ยวกับสถานการณ์ครั้งนี้ จึงมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถรักษาสมดุลของพฤติกรรมทางกาย ได้แก่ ทำกิจกรรมและพักผ่อนได้ คะแนนด้านพฤติกรรมทางกาย ($\bar{x}$ = 18.70, S.D= 3.63) ของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองจึงสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมทางกายของญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ =15.60, S.D=3.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.938, p =.006)

สำหรับคะแนนด้านการตื่นตัวกับเหตุการณ์ของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ =19.75, S.D = 2.80) ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ =17.30, S.D =4.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.158, p =.037) แสดงว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีการปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ดีกว่า อธิบายได้ว่าการได้รับข้อมูลตามความต้องการทำให้กลุ่มทดลองคาดการณ์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในกระบวนการรักษาได้ จึงเกิดความตื่นตัวกับเหตุการณ์ (alert) หรืออีกนัยหนึ่งคือการรับรู้กับสภาพปัญหาหรือการให้ความหมายตามความเป็นจริง อีกทั้งการให้ข้อมูลยังเป็นการเพิ่มทางเลือกของการรับรู้ให้มากขึ้น ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองจึงสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Chayaput & Roy, 2007; Roy, 2008) โดยสถานการณ์และอาการของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักครั้งนี้เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน การให้ข้อมูลในระยะแรกจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้เปิดมุมมองของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น และมีแนวทางในการที่จะเผชิญปัญหา นอกจากนี้การที่พยาบาลให้กำลังใจ ให้เวลา ในตอบข้อซักถามของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยมีผลทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง (แก้ว ไอริน, 2542) ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของญาติผู้ดูแลที่จะมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาดีขึ้น

ส่วนคะแนนรายมิติด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ ($\bar{x}$ = 26.30, S.D =5.20, $\bar{x}$ =24.30, S.D =5.04) และมิติด้านการรับรู้เชิงบวก ($\bar{x}$ =24.1, S.D =3.76, $\bar{x}$ = 22.25,

S.D = 4.49) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.234, p = .225, t = 1.411, p = .166$) (ตารางที่ 12) อธิบายได้ว่าในระหว่างการเจ็บป่วยวิกฤติของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา มีผลให้กระบวนการรักษาต้องปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง แม้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองจะได้ข้อมูลและการสนับสนุนจากพยาบาลตามความต้องการ แต่เนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่ค่อนข้างรุนแรง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีระดับการรับรู้ไม่เป็นปกติ ตอบสนองต่อการกระตุ้นหรือเสียงเรียกของญาติไม่ได้ตามที่ญาติต้องการ แม้ญาติผู้ดูแลจะเข้าใจต่อเหตุการณ์ แต่ยังคงไม่สามารถเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างเป็นระบบเพราะยังไม่เกิดสมดุลของระบบการคิด และไม่สามารถวางแผนรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้โดยลำพัง ทักษะคิดด้านบวกต่อเหตุการณ์จึงยังไม่เกิดขึ้น สอดคล้องกับที่ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และ รอย (2007) ระบุว่า การปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดของบุคคลในมิตินี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบุคคลสามารถใช้ทั้งตนเองและแหล่งสนับสนุนภายนอกในการรวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนรับมือกับเหตุการณ์ โดยเฉพาะในการประเมินคะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาครั้งนี้ เป็นการประเมินในระบะที่ผู้ป่วยกำลังถูกย้ายออกจากห้องดูแลผู้ป่วยหนัก จึงมีผลให้ผลของคะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบและด้านการรับรู้เชิงบวกของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมสะท้อนให้เห็นว่า สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงแม้การเจ็บป่วยจะผ่านระยะวิกฤติ แต่ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังต้องพึ่งพาการดูแล และเทคโนโลยีทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการเตรียมความพร้อมจึงต้องอย่างต่อเนื่องจากห้องผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ทั้งนี้เพื่อช่วยสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดความสมดุลของระบบต่างๆของร่างกาย รวมทั้งระบบการคิด สามารถหาแหล่งสนับสนุนจากภายนอกเพื่อช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดทักษะคิดเชิงบวกต่อสถานการณ์ที่เผชิญในที่สุด

3.1.2 คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองทั้งคะแนนรายมิติย่อยทั้ง 4 มิติและคะแนนโดยรวม ($\bar{x} = 98.50, S.D = 8.32$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 79.55, S.D = 12.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.737, p = .000$) (ตารางที่ 13)

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมทำให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาภายหลังได้รับโปรแกรม ในระยะนี้การให้ความรู้และการฝึกทักษะทำให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ใช้สติสัมปชัญญะในการเรียนรู้ ประมวลความคิด และเลือกวิธีการรับรู้ของตนเองในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อกลไกการควบคุมทางด้านสรีรวิทยา (Regulator) การตอบสนอง

ร่างกายด้านความเครียด (Stress response) ลดลง ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงมีเวลาพิจารณาไตร่ตรองถึงแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้มากขึ้น ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถรักษาสมดุลของการคิดอย่างเป็นระบบร่วมกับการหาแหล่งประโยชน์ ได้แก่ การที่ญาติผู้ดูแลสามารถวางแผนรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดและการหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มาช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังสามารถรักษาสมดุลของพฤติกรรมทางกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นการเพิ่มทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลมีการตื่นตัวต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดี จากการให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องร่วมกับการให้กำลังใจดังกล่าว ทำให้ญาติรับทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ส่งผลทำให้ญาติเกิดทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาดีขึ้น (Roy, 2008)

สำหรับญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนในการเผชิญปัญหาค่ากว่ากลุ่มทดลองในทุกมิติ และต่ำกว่าในภาพรวมนั้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยโดยลำพัง โดยไม่ได้รับการเตรียมอย่างเป็นขั้นเป็นตอนตามความต้องการ มีผลให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ ไม่สามารถคาดหวังเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย ไม่ทราบถึงบทบาทของตนเองในฐานะญาติผู้ดูแลว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Mitchell & Courtney, 2004; Azoulay et al., 2002) ทำให้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการไม่มีแบบอย่างหรือขาดความรู้ความเข้าใจสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญ (Roy & Andrews, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การไม่เข้าใจการวินิจฉัยโรค การดำเนินโรค และแผนการรักษาจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลที่บางครั้งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการและการไม่เป็นส่วนตัวของการได้รับข้อมูล ทำให้เกิดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Azoulay, Pochard, Chevet, Jourdain, Bornstain, & Wernet, 2002; รัตนา อยู่เปล่า, 2542) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเครียดและวิตกกังวลภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Curtiss, Glenn, Klemz, Steve, Vanderploeg, & Rodney, 2000) ญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมจึงไม่สามารถบูรณาการวิธีคิดหรือวิเคราะห์ให้ครอบคลุมต่อเหตุการณ์วิกฤตครั้งนี้ จึงควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกายและระบบการคิด เกิดความแปรปรวนของพฤติกรรมทางกายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ การพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดศีรษะ เป็นต้น การวางแผนต่างๆ และการตื่นตัวในการดูแลผู้ป่วย

จึงลดลง มีผลให้มุมมองเชิงลบหรือเกิดทัศนคติที่ไม่ดีในเหตุการณ์ครั้งนี้ จึงทำให้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (Roy, 2008)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรบางอย่างที่มีหลักฐานยืนยันจากการทบทวนวรรณกรรมว่ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคล ได้แก่ เพศของญาติผู้ดูแล ($\chi^2 = .902, p = .342$) อายุของญาติผู้ดูแล ($t = .70, p = .488$) (ตารางที่ 7) รายได้ของญาติผู้ดูแล ($t = -1.80, p = .80$) (ตารางที่ 9) และระดับการบาดเจ็บทางศีรษะของผู้ป่วย ($\chi^2 = .229, P \text{ value} = .633$) (ตารางที่ 2) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยดังกล่าวไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเกิดจากผลของการเตรียมความพร้อมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3.2 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) ($\bar{x} = 88.85, S.D = 12.79$) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) ($\bar{x} = 72.45, S.D = 17.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.727, p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสามารถทำให้ระดับการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าเดิม แม้ว่าในระยะนี้ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยแบบวิกฤติของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 85) มีระดับการบาดเจ็บที่รุนแรง และมีคะแนนระดับความรู้สึกลัวที่วัดด้วยแบบวัดกลาสโกว์ อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน ทั้งหมดต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในวันแรก ๆ ของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจนานกว่า 1 สัปดาห์ ระดับการรับรู้และการโต้ตอบต่อสิ่งกระตุ้นยังไม่เป็นปกติ สมรรถภาพของการหายใจยังไม่ฟื้นตัวสู่ระดับปกติจึงต้องเปลี่ยนท่อช่วยหายใจจาก endotracheal tube เป็น tracheostomy tube ซึ่งแสดงว่าแม้ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติจากการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก หากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการ แนวทางการรักษา การดำเนินโรค การปฏิบัติตัวระหว่างการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เช่นการสัมผัส การพูดกับผู้ป่วย การโอบกอด การนำคนที่ผู้ป่วยรักและคุ้นเคยมาเยี่ยมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ญาติต้องการมากที่สุด ในระยะนี้

(Heyland, Rocker, Dodek, Kutsogiannis, Konopad, & Cook, 2002) ย่อมช่วยให้ญาติผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริง สอดคล้องกับที่ ชานและทวินน์ (Chan & Twinn, 2006) ได้ศึกษาการเกิดความเครียดและวิธีการปรับตัวในญาติผู้ดูแลชาวจีนที่มีคู่สมรสป่วยหนักอยู่ในภาวะวิกฤติและต้องรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบว่าการให้เวลาของพยาบาลในการตอบข้อซักถามของคู่สมรสและการให้ความกระจ่างเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาทำให้คู่สมรสของผู้ป่วยปรับตัวให้อยู่ในสภาพที่สมดุลได้

ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของรอยที่ระบุว่า การให้ข้อมูลมีผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และมีผลให้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสใช้สติสัมปชัญญะในการพิจารณาในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้บูรณาการการรู้คิดของตนเองกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยจะมีผลให้เกิดความเข้าใจและสามารถประมวลข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดจากพยาบาลและเกิดการเรียนรู้เพื่อนำไปปฏิบัติได้ และในที่สุดจะมีผลดีต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย (Hanna & Roy, 2001; Roy, 2008)

3.3 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2) ($\bar{x} = 98.50$, S.D. = 8.32) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) ($\bar{x} = 72.45$, S.D. = 17.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.624$, $p = .000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในระยะนี้กิจกรรมการเตรียมความพร้อมที่ญาติผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ได้แก่การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กิจกรรม 3 อันดับแรกคือ การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง การที่ญาติผู้ดูแลสามารถระบุกิจกรรมที่ต้องการเรียนรู้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นเรื่องที่ยืนยันว่าญาติผู้ดูแลได้เกิดการซึมซับกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลได้ฝึกให้ สอดคล้องกับที่ ฮานนาและรอย (Hanna & Roy, 2001) กล่าวไว้ว่า การเปิดโอกาสให้ญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ เข้าใจ

สถานการณ์ และเกิดการเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการดูแล เช่นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองถึงร้อยละ 40 ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจ (tracheostomy) เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มีภาวะกลืนเนื้อลิบ มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง ยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่ญาติผู้ดูแลมีความตื่นตัว จะทำให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น (Roy, 2008) นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้แจกคู่มือสำหรับญาติ ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถทบทวนทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยได้มอบให้ญาติผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ เรื่องการทำความสะอาดของช่องปาก การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย การดูแลระบบทางเดินหายใจ สำหรับผู้ป่วยที่สามารถหายใจได้เอง การดูแลระบบทางเดินหายใจ สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ การดูแลการถ่ายอุจจาระ การดูแล การถ่ายปัสสาวะ กรณีปัสสาวะได้เอง การดูแลการถ่ายปัสสาวะ กรณีกลั้น ปัสสาวะไม่ได้ การดูแล การถ่ายปัสสาวะ กรณีปัสสาวะไม่ออกจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการ เกิดแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกลืนเนื้อลิบและข้อติดแข็ง และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ญาติ ผู้ดูแลสามารถทบทวนเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความมั่นใจ และจะมีผล ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในที่สุด และเมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ เองบ้าง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลลดและช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลและ ความเครียดที่เกิดจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวเผชิญกับความเครียด ได้ดีขึ้น (Tsai, 2003)

ในทางตรงข้าม หากไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ในที่สุดญาติ ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นภาระต่อตนเอง และทำให้เกิดความทุกข์ใจ ดังเช่นการศึกษา ของคาส คราเวต และกรินบัม (Katz, Kravetz & Grynbaum, 2005) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คนที่ เป็นภรรยาและทำหน้าที่ดูแลสามีที่ป่วยด้วยการบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังการจำหน่ายจาก โรงพยาบาลเป็นเวลา 1 ปีหรือมากกว่า 1 ปี พบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงและยังมี ร่องรอยของความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ภรรยารู้สึกว่าเป็นภาระ ยังต้องดูแลเป็นเวลานานขึ้น ภรรยาผู้ดูแลยังรู้สึกว่าเป็นภาระมากขึ้นและมีผลต่อการปรับตัว แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือ ได้รับการบำบัดความพิการอย่างสมบูรณ์จนกระทั่งมีการฟื้นตัว ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าเป็นภาระน้อยลง และยังมีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวในภาพรวม

นอกจากนี้การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยยังมีผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงการมี คุณค่าในตนเองในการช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา การได้รับข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะ

ทำให้ญาติมีความสามารถเพิ่มขึ้นและถ่ายทอดความรู้ หรือข้อมูล ตลอดจนทักษะต่าง ๆ ให้กับญาติหรือนุคลิกที่เกี่ยวข้องในบริบทของญาติแต่ละคน ส่งผลทำให้เกิดการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันภายในครอบครัว (Roy & Andrews, 1999)

สรุปผลการอภิปราย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะว่าควรปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตกล่าวคือ เตรียมความพร้อมญาติโดยเริ่มปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โดยเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูล ซึ่งการให้ข้อมูลนั้นควรให้ในสถานที่ เวลาที่เหมาะสม ที่สำคัญควรให้ข้อมูลก็ต่อเมื่อญาติผู้ดูแลพร้อมหรือต้องการ ซึ่งเวลาที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลนั้นไม่ควรประเมินก่อน 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากเป็นช่วงที่ญาติยังไม่มีสมาธิในการตอบคำถาม ควรประเมินภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Lee & Lau, 2003) โดยการให้ข้อมูลดังกล่าวควรให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และข้อมูลที่ทำให้ควรเป็นการให้ความรู้ร่วมกับการแจกคู่มือข้อมูล (Morris, 2001 ; Mitchell & Courtney, 2004) ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำ เสนอแนะ ให้แนวทางและการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา ข้อปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยมและข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของห้องผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และกฎระเบียบของห้องผู้ป่วยหนักเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น (รัตน อยู่เปล่า , 2543) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและต้องจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่และหอผู้ป่วยใหม่ สิ่งที่สามารถคาดหวัง รวมทั้งระบบสนับสนุนช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแล สามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถลดระดับความวิตกกังวล และความรู้สึกและสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mitchell & Courtney, 2004)

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการ คือ การต้องการความช่วยเหลือ การได้อยู่อย่างใกล้ชิดและการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วย (Bond, Draeger , Mandleco, Micheal , & Donnelly, 2003; Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007; Heyland, Rucker, Dodek, Kutsogiannis, Konopad, & Cook, 2002) หากในระยชนี้จึงควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยโดยการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ซึ่งเป็นการที่ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วย (Ya-orm, 2001) การได้มีโอกาสร่วมดูแลผู้ป่วยในระบายนี้นี้ ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนบทบาทได้ดีขึ้น และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (Potaya, 2001) ส่งผลทำให้การเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

ผลการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของรอยท์กล่าวไว้ว่า การเผชิญปัญหาของบุคคลเป็นกระบวนการที่เกิดจากการใช้สติสัมปชัญญะในการรับรู้ ประมวลความคิด การได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและเหมาะสมมีผลต่อการรู้คิดและกลไกการเผชิญปัญหาของบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ตัดสินใจ แก้ปัญหา และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ สิ่งที่ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้จากการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการวิจัยครั้งนี้คือ การทำให้การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแลทุกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ข้อมูลหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยตามความต้องการโดยแท้จริง
2. คัดเลือกข้อมูลหรือเตรียมทักษะต่างๆ สำหรับญาติผู้ดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย หรืออีกนัยหนึ่งคือ ต้องมีการปรับแต่งโปรแกรมให้เป็นโปรแกรมที่มีความจำเพาะเจาะจง (tailored made and particularly) กับความเป็นปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล ก่อนดำเนินโปรแกรม โดยการสอบถามความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาของญาติผู้ดูแล เพื่อแสดงการใส่ใจในความต้องการและปัญหาของญาติผู้ดูแล และทุกครั้งตลอดการดำเนินการตามโปรแกรม พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อญาติและสมาชิกครอบครัวอื่นๆ ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นจุดเด่นอีกประการหนึ่งของโปรแกรม เพราะช่วยสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจของญาติผู้ดูแลต่อพยาบาลได้ (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnstreet, & Grypdonck, 2006)
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลงของอาการ และการรักษาที่ปรับเปลี่ยนไปตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติตัวของญาติขณะเข้าเยี่ยม เช่น การสัมผัส การโอบกอด การพูดกับผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลในลักษณะดังกล่าว เป็นการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Yang, 2007) เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยสามัญจะส่งผลให้ญาติซึมซับข้อมูลที่จำเป็นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมรับการ

ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การบริหารร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ส่งผลต่อการฟื้นฟู ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแล

5. เตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการในระยะวิกฤติ จนกระทั่งเริ่มฟื้นตัว ซึ่งมีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลง และกระบวนการรักษา ค่อยๆยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสิ่งที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใดคือเกิดความต่อเนื่องในกระบวนการของการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

6. ทำความเข้าใจธรรมชาติและความแตกต่างของญาติผู้ดูแลแต่ละราย ยอมรับการตัดสินใจของญาติผู้ดูแล และต้องรอคอยและประเมินให้ได้อย่างชัดเจนว่าญาติผู้ดูแลพร้อมที่จะเรียนรู้ หรือรับรู้ในเรื่องใด

7. ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก การให้ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่เสียชีวิตระหว่างที่รักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักจำนวน 7 ราย ที่ได้ตัดออกจากการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ระดับความรุนแรง และกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และให้คำแนะนำในการดำเนินการต่างๆเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งคำแนะนำและการประทับประคองจากพยาบาลสำหรับญาติที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรมมีความสำคัญมาก เพราะญาติและครอบครัวยังมีการตกใจต่อเหตุการณ์ มีการรับรู้ไม่ดี คำแนะนำต้องสั้น ตรงประเด็น และชัดเจน และต้องเอื้ออำนวยความสะดวกต่างๆไปเพื่อช่วยให้ญาติและครอบครัวผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัย 2 ประเด็น คือ สรุปผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 33.2 ปี และ 41.7 ปี โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งวัดด้วยคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score) อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ณ วันที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะกล้ามเนื้อลีบ (ร้อยละ 51.17) นอกจากนี้ปัญหาด้านเรื่องเนื้อลีบซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวและการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยในระยะยาว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถจัดเสมหะได้ด้วยตนเองจึงต้องเปลี่ยนท่อช่วยหายใจจาก endotracheal tube เป็น tracheostomy tube และเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยร้อยละ 57.5 ยังต้องใช้ท่อช่วยหายใจ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่ายังต้องการการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน หรือการเดินทางมาตรวจตามแผนการรักษา เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีคะแนน Glasgow Outcome Scale อยู่ในระดับ 4 คือ ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (persistent vegetative state)

ส่วนทางด้านญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 41.6 ปี และ 38.7 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง โดยรายได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 186 บาท/วัน และ 329.41 บาท/วัน ซึ่งไม่เพียงพอกับค่าครองชีพ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าญาติที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาและบุตรตามลำดับทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร้อยละ 40 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15- 25 ปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะมักมาจากการได้รับอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังไม่ได้แยกครอบครัวดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงตกเป็นภาระของมารดา ส่วนกลุ่มควบคุมกับพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุตรซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 45)

โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะมักเกิดจากการการลื่นล้มในบ้าน โดยญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน ดังนั้นเมื่อบิดาหรือมารดาต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงได้รับมอบหมายจากบุตรคนอื่นๆ ในครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า หรือมีรายได้มั่นคง ให้เป็นผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาสะท้อนถึงโครงสร้างสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย สมาชิกทั้งหมดของครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบภาระหรือกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่ามีหลายครอบครัวที่แม้จะมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว แต่บุคคลอื่นๆ ในครอบครัวก็มีความสนใจและต้องการเรียนรู้กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย หรือต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆ จากข้อค้นพบนี้สรุปได้ว่าในกระบวนการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลไม่ควรเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว เพราะโครงสร้างหรือลักษณะธรรมชาติหรือความเชื่อของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติควรอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นหลัก การประเมินความต้องการของญาติและครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นที่จำเป็นก่อนเริ่มต้นโปรแกรม และควรปรับเปลี่ยนไปตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัวในแต่ละระยะ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วัดความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมใน 2 ช่วงเวลาดำเนินการ คือในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง และในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.1 คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลอง ในรายมิติด้านพฤติกรรมทางกาย ด้านการตื่นตัวกับเหตุการณ์ และคะแนนโดยรวม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนคะแนนรายมิติด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ และมิติด้านการรับรู้เชิงบวก ไม่มีความแตกต่างกัน

1.2 คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองทั้งคะแนนรายมิตี้อยู่ทั้ง 4 มิตีและคะแนนโดยรวม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

2. การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระย่ก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$

3. การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระย่ก่อนที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจ คือ ความต้องการของญาติผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกันในแต่ละระยะดังนี้

1. ระยะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักในระยะนี้ความต้องการของญาติผู้ดูแล 3 อันดับแรกได้แก่

1. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ

3. ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากอาการเจ็บป่วยได้เร็ว เช่น ทำอย่างไรผู้ป่วยจะรู้สึกตัวได้เร็วขึ้น ทำอย่างไรผู้ป่วยจะพูดได้ หรือทำอย่างไรผู้ป่วยจะขยับแขนขาได้

2. ระยะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญในระยะนี้ความต้องการของญาติผู้ดูแล 3 อันดับแรกได้แก่

1. ต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่อง การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทางปาก แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน หรือการช่วยเหลือตนเอง และในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงไม่รู้สีกตัวและต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร

2. ต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่อง การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เช่นการเช็ดตัว การทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย การสระผม การทำความสะอาดฟัน

3. ต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน กล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง เช่นการทำกายภาพบำบัดต่างๆ การหาอุปกรณ์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขยับ แขนขา เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง หรือก้ามเนื้อลีบ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญ ปัญหาของญาติผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตได้แก่ การให้ข้อมูล และเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะพ้นระยะวิกฤต ญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ตั้งแต่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นจึงควรมีการประสานงานระหว่างพยาบาล ห้องผู้ป่วยหนักกับพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความ ต่อเนื่องของกระบวนการดูแล

ดังนั้น โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลที่พยาบาลนำไปปฏิบัติควร ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นหลัก ตั้งแต่ระยะวิกฤตจนกระทั่งจำหน่ายจาก โรงพยาบาล กล่าวคือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลนั้นควรเป็นโปรแกรมที่ จัดเป็น 2 ช่วงเวลาคือ ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต ไม่ควรเป็น โปรแกรมเพียงโปรแกรมเดียวที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ช่วงเวลา คือ ทั้งระยะวิกฤตและพ้นระยะ วิกฤตหรือมีการคัดตอนเฉพาะช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่งของโปรแกรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและ ญาติผู้ดูแล ดังนั้น โปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะ ดังนี้

1. มีการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึก ทักษะการดูแล
2. เป็นโปรแกรมที่มีความจำเพาะเจาะจง (tailored made and particularly) กับความเป็น ปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย
3. เป็นโปรแกรมที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล เพราะ ช่วยสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจของญาติผู้ดูแลต่อพยาบาลได้
4. เป็นโปรแกรมที่เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลง ของอาการ และการรักษาที่ปรับเปลี่ยนไปตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติ ตัวของญาติขณะเข้าเยี่ยม เช่น การสัมผัส การโอบกอด การพูดกับผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลในลักษณะ ดังกล่าว เป็นการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในห้องหนัก เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและเข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยสามัญจะส่งผลให้ญาติซึมซับข้อมูลที่

จำเป็นอย่างยิ่งได้เป็นอย่างดีไป และพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมรับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแล

5. เป็นโปรแกรมที่เน้นการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการในระยะวิกฤติ จนกระทั่งเริ่มฟื้นตัว ซึ่งมีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลง และกระบวนการรักษา ค่อยๆยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสิ่งที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใดคือเกิดความต่อเนื่องในกระบวนการของการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

6. โปรแกรมดังกล่าวควรมีคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งคู่มือควรเป็นคู่มือที่มีการปรับให้เข้ากับลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา และมีภาพพร้อมคำบรรยาย เพื่อที่ญาติผู้ดูแลเมื่อกลับมาทบทวนภายหลังจะเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ด้านการศึกษาการพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลบาดเจ็บที่ศีรษะมีการเผชิญปัญหาดีขึ้น ดังนั้นหากให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ มากยิ่งขึ้น จึงควรมีการขยายผลไปสู่หอผู้ป่วยหนักสาขาอื่น ๆ เช่น หอผู้ป่วยหนักอายุกรรม หอผู้ป่วยหนักกุมารเวช ในโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้เพื่อให้คุณภาพทางการพยาบาลมีการพัฒนาและมีประสิทธิภาพในการดูแลมากยิ่งขึ้น ควรมีการเผยแพร่ในวงกว้างสู่การปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล และขยายวงกว้างไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษานี้ศึกษาในระยะเวลาสั้น ซึ่งสามารถวัดการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้เพียง 3 ด้าน คือ ปัญหาทางสรีระ ด้านอัตโนทัศน และการพึ่งพาอาศัย จึงควรมีการศึกษาดูตามผลการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน อาจทำให้สามารถทราบถึงการเผชิญปัญหา ด้านที่ 4 คือ ด้านบทบาทหน้าที่ได้ และในการศึกษารั้งต่อไป อาจมีการขยายผลของการวิจัยมากขึ้นโดยนำไปศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น ๆ ในหน่วยงานเดียวกัน หรือเพื่อให้การศึกษานั้นมีความต่อเนื่องและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาจมีการศึกษาในหลายหน่วยงานที่ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยหรือมีการประสานงานในด้านการดูแลผู้ป่วยด้วยกัน

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะ

(EFFECT OF PREPARATION PROGRAM ON COPING OF CAREGIVERS
OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY)

รุ่งนภา เทียวชะอำ 4936720 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรพรรณ โตสิงห์, พย.ด., ปรางทิพย์ ฉายพุทธ,
Ph.D. (Nursing), เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางหรือรุนแรงนอกจากจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ยังเกิดผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วย เนื่องจากลักษณะของการเกิดเหตุบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจร การพลัดตกจากที่สูงหรือการถูกทำร้ายร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ในระยะแรกของการบาดเจ็บโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรกญาติผู้ดูแลมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลและเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999; Blake, 2008) และสภาพการรักษาตัวผู้ป่วยระยะแรกในหน่วยบำบัดวิกฤตมักมีผลให้ญาติเกิดความไม่แน่ใจในการพยากรณ์โรคและอาการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ (Yang, 2007) เหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้กระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของญาติผู้ดูแล ผลกระทบดังกล่าวมักเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอ ส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระ ทุกข์ใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล และหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือในที่สุดจะเกิดความไม่สมดุลของการดำเนินชีวิตและเกิดปัญหาการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งด้านการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ด้านความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อตนเอง ด้านการรู้คิดหรือการเรียนรู้เหตุการณ์ต่างๆ

จากการที่ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอ นอกจากส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลแล้ว ยังส่งผลกระทบถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย กล่าวคือ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤติ ญาติที่ปรับตัวไม่ได้ อาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่กล้า สัมผัสผู้ป่วยขณะเข้าเยี่ยม หรือบางรายอาจยื่นมือผู้ป่วยห่างๆ ความรู้สึกไม่มั่นคงเช่นนี้จะมีผลต่อการ เรียนรู้และการยอมรับของญาติผู้ดูแลในระยะต่อมา และมีผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวช้าและอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ และทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง (Sander, Carosell, High Jr., Becker, Neese, & Scheibel, 2002) หากญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพจะมีการตัดสินใจที่ดี สามารถดำรงกิจวัตรประจำวันของตนเอง ร่วมกับการรับบทบาทผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม (Boothcheewan, 2007)

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลคือ การได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสมตามความต้องการที่แท้จริง นักวิจัยหลายท่าน ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแต่ละช่วงเวลา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าความต้องการของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในแต่ละช่วงเวลานั้นมีความแตกต่างกัน ในระยะวิกฤตของตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักสิ่งที่ญาติต้องการคือข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย แนวทางการรักษาและการพยากรณ์โรค รวมทั้ง การได้คำแนะนำว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งข้อมูลดังกล่าว เป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการจากแพทย์และพยาบาล (Bond, Draeger, Mandleco, Micheal, & Donnelly, 2003) นอกจากนั้นญาติผู้ดูแลยังต้องการกำลังใจและการได้ระบายความรู้สึก ต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย และการให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างมีคุณภาพ สูงสุดจากพยาบาลและทีมการรักษา (อุบลวรรณ กิตติรัตน์ตระกูล, 2541; Yang, 2007)

การให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากจัดเป็นโปรแกรมที่มีแนวทางชัดเจน ทำให้ระดับความเครียดและความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลลดลง (Morris, 2001; รัตนา อยู่เปล่า, 2543) นอกจากนั้นหากญาติผู้ดูแลได้ความรู้ตั้งแต่ห้องผู้ป่วยหนัก จะมีผลให้ความวิตกกังวลลดลงและมีความพึงพอใจในการดูแลของทีมสุขภาพมากขึ้น (Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2005) เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น และได้รับการจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักและเข้ารับการรักษาห้องผู้ป่วยสามัญ ระยะนี้ญาติเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย งานวิจัยของ เยาวรัตน์ ยออม (Ya-orm, 2001) พบว่าสิ่งที่ญาติต้องการในระยะนี้คือ ความต้องการด้านข้อมูลและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ญาติต้องการคือ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การมีโอกาสร่วมดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ทำให้

ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนบทบาทได้ดีขึ้น และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (Potaya, 2001) การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยต้องประเมินว่าญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลหรือพร้อมในการฝึกทักษะการดูแลต่างๆ หรือไม่ นอกจากนั้นวิธีการเตรียมญาติผู้ป่วย แต่ละราย หรือแต่ละช่วงเวลา ขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยบางรายมีความพร้อมด้านร่างกายมาก ญาติผู้ดูแลควรถูกเตรียมเรื่องการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเฉพาะด้านสื่อสาร พยาบาลก็ควรเน้นด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยลักษณะของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การให้ข้อมูล และการฝึกทักษะการดูแลให้กับญาติซึ่งต้องสอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วยแต่ละระยะของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จนถึงระยะพ้นวิกฤตที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ และวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมว่าสามารถทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรม ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก และระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

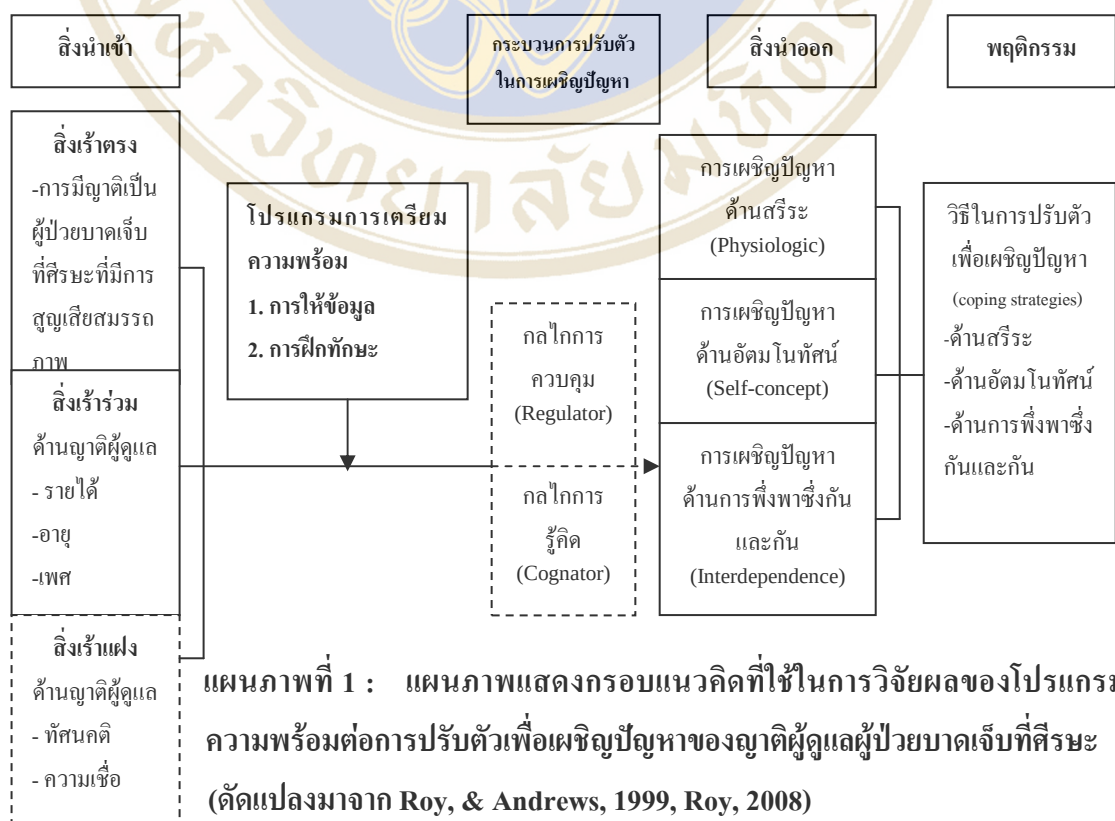
1. คะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักสูงกว่าระยะก่อนได้รับโปรแกรม
3. คะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าในระยะก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รอย (Roy, 2008) กล่าวว่า การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่

จากการใช้สติสัมปชัญญะในการเรียนรู้ ประมวลความคิด และเลือกวิธีปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา โดยใช้การตระหนักรู้ สร้างสรรค์ และบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป กระบวนการเผชิญปัญหาแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่อาศัยกลไกของร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรู้คิด (Cognator) บุคคลสามารถตอบสนองหรือควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดโดยใช้วิธีที่ได้จากการเรียนรู้หรือวิธีตามธรรมชาติที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด ดังนั้นวิธีในการปรับตัวหรือการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ในชีวิตประจำวันหรือเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต จึงเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผ่านกระบวนการควบคุมและกระบวนการรู้คิดเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยแสดงออกเป็นการปรับตัวด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัย ในการศึกษาครั้งนี้ สิ่งเร้าตรง ได้แก่ การมีญาติเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง การใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลเป็นการให้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับลักษณะ อาการ การรักษา และการดำเนินโรค และเป็นการเตรียมทักษะต่างๆที่จำเป็นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล เปรียบได้กับการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ผ่านการรับรู้ ร่วมกับการให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ผ่านกลไกการรู้คิด จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาอาศัย

กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 1 : แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยผลของโปรแกรมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ดัดแปลงมาจาก Roy, & Andrews, 1999, Roy, 2008)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออก ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล หมายถึง แบบแผนการให้ข้อมูล การฝึกทักษะการปฏิบัติดูแล และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมากจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤติและระยะฟื้นฟูสภาพ โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆโดยละเอียดในการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลในการเรียนรู้ข้อมูลและทักษะการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการฝึกทักษะสำหรับผู้ดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแล และคู่มือประกอบสำหรับญาติผู้ดูแล 2 ชุด ได้แก่คู่มือที่เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติผู้ดูแล และคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย 12 ชุด

การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (coping) หมายถึง วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเป็นการปรับตัวที่เกิดจากกระบวนการรู้คิด (cognitive) ต่อการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัดได้จากวิธีในการปรับตัวที่ญาติผู้ดูแลใช้ โดยใช้แบบวัดวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ของ Chayaput & Roy (2007) ซึ่งมี 4 มิติ ได้แก่ ด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ (Resourceful and systematic) ด้านพฤติกรรมทางกาย (Physical and fixed) ด้านการรับรู้เชิงบวก (Positive and knowing) ด้านการตื่นตัวกับเหตุการณ์ (Alert processing) ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-108 คะแนน โดยคะแนนที่สูงจากเดิม หมายถึง การปรับตัวดีขึ้นในมิตินั้น

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับญาติผู้ดูแลตามปกติ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลบนหอผู้ป่วยในเรื่องการให้ข้อมูล ได้แก่ กฎระเบียบการเข้าเยี่ยม การเตรียมหลักฐานสิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การรักษา การพยาบาล และการฝึกทักษะเบื้องต้น ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น

ซึ่งกระบวนการดังกล่าวใช้วิธีการให้ข้อมูลหรือแนะนำญาติผู้ดูแลแบบปากเปล่า ไม่มีเอกสารประกอบ ไม่มีการประเมินความพร้อมหรือความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นการเฉพาะ สำหรับเอกสารที่แจกให้เป็นเอกสารใบเดียวขนาดครึ่งหนึ่งของกระดาษขนาด เอ 4 ที่ระบุถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้แก่การเปลี่ยนรองเท้าเวลาเยี่ยม การล้างมือก่อนและหลังการเยี่ยม การห้ามนำเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี เข้าเยี่ยม และเบอร์โทรศัพท์ของห้องผู้ป่วยหนัก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ประชากรที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นญาติผู้ดูแลหลัก เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง หรือ บุคคลอื่นๆที่เป็นญาติในครอบครัวผู้ป่วย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีลักษณะของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยและโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาจากงานวิจัยของ สิ้นนาการัพพัน ดาวันย์และโมริสัน (Sinnakaruppan, Downey, & Morrison, 2005) นำมาหาขนาดอิทธิพล (Effect Size = d) ตามสูตรของกลาส (Glass, 1976) และกำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 กำลังของการทดสอบ (power of the test) ที่ .80 และคำนวณขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ .50 แล้วนำไปเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) บอกค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดได้ 25 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุม 25 คนและกลุ่มทดลอง 25 คน ในการเก็บข้อมูลจริงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2551 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2551 พบกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ จำนวน 56 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน ระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 16 คน ผู้วิจัยจึงได้ตัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการวิจัยออกทั้งหมด คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ได้ 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สร้างขึ้นจากการทบทวนข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ โดยละเอียดในการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะให้แก่ญาติผู้ดูแล 2) คู่มือสำหรับญาติเรื่องของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ รายละเอียดเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การดูแลและการรักษา ปัญหาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการบาดเจ็บ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูของ

ผู้ป่วยและ 3) คู่มือญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยได้มอบให้ญาติผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แต่ละราย จำนวน 12 ชุด เพื่อให้ญาติผู้ดูแลใช้ทบทวนวิธีการดูแลผู้ป่วย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการโดย ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบระดับปริญญาตรีและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้าน ศัลยกรรมประสาท 2 ปี โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้กับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง นำผล การคำนวณค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) คำนวณโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ นบาค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
2. แบบสอบถามวิธีใช้การเผชิญปัญหาฉบับย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ที่ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) และแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิดของรอยเป็นทฤษฎีพื้นฐาน (Chayaput, 2004) ซึ่งแบบสอบถามวิธีใช้การเผชิญปัญหาตัวฉบับย่อนี้ วัดวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Chayaput & Roy, 2007) จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติย่อยได้แก่ 1) ด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ (Resourceful and systematic) 8 ข้อ 2) ด้านพฤติกรรมทางกาย(Physical and fixed) 6 ข้อ 3) ด้านการรับรู้เชิงบวก (Positive and knowing) 7 ข้อ 4) ด้านการตื่นตัวกับเหตุการณ์ (Alert processing) 6 ข้อ นำมาทดสอบ ความสอดคล้องกันภายในกับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ด้วย การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.85 และแต่ละมิติย่อยอยู่ระหว่าง 0.83-0.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้โครงร่างของการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะกรรมการจริยธรรมของ โรงพยาบาลระยอง ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับทั้งสิ้นหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เห็นยินยอม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เลือกกลุ่มตัวอย่างอาศัยหลักความน่าจะเป็น โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธี Block randomization และนำไปเปิด random number table

กลุ่มควบคุม

ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามวิธีในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยสอบถามการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาค้นหาผู้ป่วยหนัก(ช่วงเวลาที่ 0) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก(ช่วงเวลาที่ 1) และ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล (ช่วงเวลาที่ 2)

กลุ่มทดลอง

1. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ตั้งเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาค้นหาผู้ป่วยหนักในช่วงระยะ 72 ชั่วโมงแรกก่อนเริ่มต้นโปรแกรมเตรียมความพร้อม (ช่วงเวลาที่ 0)
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล เริ่มให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การดูแลและการรักษา ปัญหาของผู้ป่วยภายหลังได้รับการบาดเจ็บ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที/วัน
3. ผู้ช่วยวิจัยสอบถามการเผชิญปัญหากับญาติผู้ดูแล ช่วงเวลาก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง
4. ผู้วิจัยฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้กับญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักและเข้ารับการรักษาค้นหาผู้ป่วยสามัญ สอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติเกี่ยวกับหัวข้อของการฝึกทักษะ ได้แก่ การดูแลความสะอาดทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยใช้เวลา 15-30 นาที/วัน
5. ผู้ช่วยวิจัยสอบถามการเผชิญปัญหากับญาติผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล (ช่วงเวลาที่ 2) พร้อมกับประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะว่าสามารถปฏิบัติได้ตามหัวข้อที่ญาติต้องการหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล คำนวณ โดยค่าสถิติแจกแจง ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ ไคสแควร์และ การทดสอบที
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใน 2 ช่วงเวลา ในช่วงระยะเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง และในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) โดยใช้ สถิติ Paired Sample t-test
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเริ่มต้น โปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) กับระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2) โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 33.2 ปี ($\bar{x} = 33.2$, S.D=14.64) และ 41.7 ปี ($\bar{x} = 41.7$, S.D=18.63) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศ ($\chi^2 = .229$, P value = .633) และอายุ ($t = .112$, P value = .117) ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ลักษณะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบในการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของการศึกษาที่ผ่านมา สำหรับความรุนแรงของการบาดเจ็บพบว่าผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งวัดด้วยคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score) อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงแล้วพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = .229$, P value = .633) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรง มีระดับการรับรู้ลดลงและต้องการการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่สามารถขจัดเสมหะได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยร้อยละ 57.5 ยังต้องใช้ท่อช่วยหายใจหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่ายัง

ต้องการการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีคะแนน Glasgow Outcome Scale อยู่ในระดับ 4 คือ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย หรืออวัยวะต่าง ๆ ได้ การเตรียมญาติผู้ดูแลให้รับรู้ถึงปัญหาเหล่านี้ตั้งแต่ระยะแรกๆของการเจ็บป่วย จึงเป็นเรื่องจำเป็น และสำคัญทั้งต่อการปรับตัวการเกิดมุมมองเชิงบวกของญาติและยังส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะยาวด้วย (Carneval, Anselmi, Johnston, Busichio, & Walsh, 2006; Hanks, Rapport & Vangel, 2007)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 41.6 ปี ($\bar{x} = 41.6$, S.D.=11.48) และ 38.7 ปี ($\bar{x} = 38.7$, S.D.=14.53) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศ ($\chi^2 = .902$, P value = .342) และอายุ ($t = .70$, P value = .488) ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน ญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ย 186 บาท/วัน ($\bar{x} = 186.00$, S.D.=231.39) และ 329.41 บาท/วัน ($\bar{x} = 329.41$, S.D.=270.57) ญาติที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาและบุตรตามลำดับทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในกลุ่มทดลองร้อยละ 40 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15- 25 ปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะมักมาจากการได้รับอุบัติเหตุทางจราจร (Livingston, et al., 2005; Chiewprasit, 2003) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ได้แยกครอบครัวดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงตกเป็นภาระของมารดา ส่วนกลุ่มควบคุมกับพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุตรซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะมักเกิดจากการการลื่นล้มในบ้าน (Mosenthal, Livingston, Lavery, Knudson, Lee, Morabito, Manley, Nathens, Jurkovich, Hoyt, & Coimbra, 2004) โดยญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน พบว่ามีหลายครอบครัวที่แม้จะมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว แต่บุคคลอื่นๆในครอบครัวก็มีความสนใจและต้องการเรียนรู้กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย หรือต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกๆจากผู้วิจัย

3. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลการศึกษาแยกการอภิปรายเป็น 3 ประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

3.1 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.1.1 คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลอง ในรายมิติด้าน

พฤติกรรมทางกาย ด้านการตื่นตัวกับเหตุการณ์ และคะแนนโดยรวม ($\bar{x} = 18.70$, S.D= 3.63, $\bar{x} = 19.75$, S.D= 2.80, $\bar{x} = 88.85$, S.D= 12.79) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 15.60$, S.D=3.01, $\bar{x} = 17.30$, S.D=4.23, $\bar{x} = 79.15$, S.D=11.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.938$, $p = .006$, $t = 2.158$, $p = .037$, $t = 2.569$, $p = .014$) ส่วนคะแนนรายมิติด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ ($\bar{x} = 26.30$, S.D=5.20, $\bar{x} = 24.30$, S.D=5.04) และมิติด้านการรับรู้เชิงบวก ($\bar{x} = 24.1$, S.D=3.76, $\bar{x} = 22.25$, S.D=4.49) ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.234$, $p = .225$, $t = 1.411$, $p = .166$)

อธิบายได้ว่าในระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน มีผลให้ญาติและครอบครัวเกิดอาการตื่นตระหนก ไม่สบายใจ วิตกกังวลและเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, 2549) โดยเฉพาะภายหลังเกิดการบาดเจ็บในระยะแรกๆนั้นผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่รู้สึกรู้สึกตัว สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นได้เพียงเล็กน้อยหรือไม่สามารถตอบสนองได้เลย ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการและกระบวนการรักษา จึงให้ความสำคัญกับอาการของผู้ป่วยเป็นหลักไม่มีโอกาสคิดไตร่ตรองในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ และไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้ตามลำพัง เมื่อญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมตามโปรแกรม จึงมีผลให้สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในภาพรวมได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม (Bond, Draeger, Mandelco, & Donnelly, 2003) และสามารถรักษาสมดุลของพฤติกรรมทางกายได้ การได้รับข้อมูลตามความต้องการทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตื่นตัวกับเหตุการณ์ (alert) หรืออีกนัยหนึ่งคือการรับรู้กับสภาพปัญหาหรือการให้ความหมายตามความเป็นจริง อีกทั้งการให้ข้อมูลยังเป็นการเพิ่มทางเลือกของการรับรู้ให้มากขึ้น ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองจึงสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Chayaput & Roy, 2007; Roy, 2008)

ส่วนคะแนนรายมิติด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ ($\bar{x} = 26.30$, S.D=5.20, $\bar{x} = 24.30$, S.D=5.04) และมิติด้านการรับรู้เชิงบวก ($\bar{x} = 24.1$, S.D=3.76, $\bar{x} = 22.25$, S.D=4.49) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.234$, $p = .225$, $t = 1.411$, $p = .166$) อธิบายได้ว่าในระยะการเจ็บป่วยวิกฤติของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลา มีผลให้กระบวนการรักษาต้องปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง แม้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองจะได้ข้อมูลและการสนับสนุนจากพยาบาลตามความต้องการ แต่เนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่ค่อนข้างรุนแรง แม้ญาติผู้ดูแลจะเข้าใจต่อเหตุการณ์ แต่ยังคงไม่เกิดสมดุลของระบบการคิด ทักษะคิดด้านบวกต่อเหตุการณ์จึงยังไม่เกิดขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า สำหรับผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงแม้การเจ็บป่วยจะพ้นระยะวิกฤติแต่ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยังต้องพึ่งพาการดูแล และเทคโนโลยีทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการเตรียมความพร้อมจึงต้องทำอย่างต่อเนื่องจากห้องผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ทั้งนี้เพื่อช่วยสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดความสมดุลของระบบการคิด สามารถหาแหล่งสนับสนุนจากภายนอกเพื่อช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อสถานการณ์ที่เผชิญในที่สุด สอดคล้องกับที่ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และ รอย (2007) ระบุว่า การปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดของบุคคลในมิตินี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบุคคลสามารถใช้ทั้งตนเองและแหล่งสนับสนุนภายนอกในการรวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนรับมือกับเหตุการณ์

3.1.2 คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองทั้งคะแนนรายมิติย่อยทั้ง 4 มิติและคะแนนโดยรวม ($\bar{x} = 98.50$, S.D = 8.32) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 79.55$, S.D = 12.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.737$, $p = .000$)

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมทำให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าทำให้ความรู้และการฝึกทักษะเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติและมีความพร้อมทำให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ใช้สติสัมปชัญญะในการเรียนรู้ ประมวลความคิด และเลือกวิธีการรับรู้ของตนเองในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อกลไกการควบคุมทางด้านสรีรวิทยา (Regulator) การตอบสนองร่างกายด้านความเครียดลดลง จึงมีเวลาพิจารณาไตร่ตรองถึงแผนการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้มากขึ้นทำให้สามารถรักษาสมดุลของการคิดอย่างเป็นระบบร่วมกับการหาแหล่งประโยชน์เพื่อการรับมือกับสถานการณ์และหาแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย สามารถรักษาสมดุลของพฤติกรรมทางกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติมากขึ้น การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นการเพิ่มทางเลือกในการดูแล ทำให้เกิดการตื่นตัวต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดี การให้ข้อมูลร่วมกับการฝึกทักษะและการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องทำให้ญาติรับทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น จึงเกิดทัศนคติที่ดีในการดูแลและปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (Roy, 2008)

สำหรับญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนในการเผชิญปัญหาค่าต่ำกว่ากลุ่มทดลองในทุกมิติ และต่ำกว่าในภาพรวมนั้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าการที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยโดยลำพัง โดยไม่ได้รับการเตรียมอย่างเป็นขั้นเป็นตอนตามความต้องการ มีผลให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ ไม่สามารถคาดหวังเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย ไม่ทราบถึงบทบาทของตนเองในฐานะญาติผู้ดูแลว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Mitchell & Courtney, 2004;

Azoulay, Pochard, Chevret, Jourdain, Bornstain, & Wernet, 2002) ทำให้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ จึงไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการไม่มีแบบอย่างหรือขาดความรู้ความเข้าใจสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญ (Roy & Andrews, 1999) ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่มีหลักฐานยืนยันจากการทบทวนวรรณกรรมว่ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของบุคคล ได้แก่ เพศของญาติผู้ดูแล ($\chi^2 = .902, p = .342$) อายุของญาติผู้ดูแล ($t = .70, p = .488$) รายได้ของญาติผู้ดูแล ($t = -1.80, p = .080$) และระดับการบาดเจ็บทางศีรษะของผู้ป่วย ($\chi^2 = .229, P \text{ value} = .633$) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยดังกล่าวไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเกิดจากผลของการเตรียมความพร้อมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3.2 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก

คะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 1) ($\bar{x} = 88.85, S.D = 12.79$) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) ($\bar{x} = 72.45, S.D = 17.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.727, p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีผลให้ระดับการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าเดิม แม้ว่าในระยะนี้ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยแบบวิกฤติของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 85) มีระดับการบาดเจ็บที่รุนแรง และมีคะแนนระดับความรู้สึกรู้ตัวที่วัดด้วยแบบวัดกลาสโกว์ อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน ทั้งหมดต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในวันแรกๆของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจนานกว่า 1 สัปดาห์ ระดับการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นยังไม่เป็นปกติ สมรรถภาพของการหายใจยังไม่ฟื้นตัวสู่ระดับปกติ ซึ่งแสดงว่าแม้ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติจากการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก หากญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการ แนวทางการรักษา การดำเนินโรค การปฏิบัติตัวระหว่างการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เช่นการสัมผัส การพูดกับผู้ป่วย การโอบกอด การนำคนที่ผู้ป่วยรักและคุ้นเคยมาเยี่ยมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (Heyland, Rocker, Dodek, Kutsogiannis, Konopad, & Cook, 2002) ย่อมช่วยให้ญาติผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ตามสภาพความเป็นจริง สอดคล้องกับที่ชานและทวินน์ (Chan & Twinn, 2006) ได้ศึกษาการเกิดความเครียดและวิธีการปรับตัวในญาติผู้ดูแลชาวจีนที่มีคู่สมรสป่วยหนักอยู่ในภาวะวิกฤติและต้องรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบว่า การให้เวลาของพยาบาลในการตอบข้อซักถามของคู่สมรสและการให้ความกระจ่างเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและแผนการรักษาทำให้คู่สมรสของผู้ป่วยปรับตัวให้อยู่ในสภาพที่สมดุลได้

3.3 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ระหว่างระยะก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะหลังได้รับโปรแกรมในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

พบว่าคะแนนเฉลี่ยวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง (ช่วงเวลาที่ 2) ($\bar{x} = 98.50$, S.D = 8.32) สูงกว่าก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0) ($\bar{x} = 72.45$, S.D = 17.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.624$, $p = .000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมมีผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในระยะนี้กิจกรรมการเตรียมความพร้อมที่ญาติผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ได้แก่การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กิจกรรม 3 อันดับแรกคือ การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง การที่ญาติผู้ดูแลสามารถระบุกิจกรรมที่ต้องการเรียนรู้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเป็นเรื่องที่ยืนยันว่าญาติผู้ดูแลได้เกิดการซึมซับกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลได้ฝึกให้ สอดคล้องกับที่ ฮานนาและรอย (Hanna & Roy, 2001) กล่าวไว้ว่า การเปิดโอกาสให้ญาติครอบครัว หรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้เข้าใจสถานการณ์ และเกิดการเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการดูแลเช่นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองถึงร้อยละ 40 ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจ (tracheostomy) เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มีภาวะกล้ามเนื้อลีบ มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง ยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่ญาติผู้ดูแลมีความตื่นตัว จะทำให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น (Roy, 2008) นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้แจกคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถทบทวนทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ด้วย ความมั่นใจ และจะมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในที่สุด เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิต

ประจำวันได้เองบ้าง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการะในการดูแลลดลงและช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลและความเครียดที่เกิดจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น (Tsai, 2003) หากไม่มีการเตรียมความพร้อมในที่สุดญาติผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระต่อตนเองและทำให้เกิดความทุกข์ใจ (Katz, Kravetz & Grynbaum, 2005)

สรุปและเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้แสดงถึงความสำคัญเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะว่าควรปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตกล่าวคือ เตรียมความพร้อมญาติโดยเริ่มปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก เริ่มด้วยการให้ข้อมูล ซึ่งควรให้ในสถานที่และ เวลาที่เหมาะสม ที่สำคัญควรให้ข้อมูลเมื่อญาติผู้ดูแลพร้อมหรือต้องการ ซึ่งเวลาที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลนั้นไม่ควรประเมินก่อน 24 ชั่วโมงแรกเนื่องจากเป็นช่วงที่ญาติยังไม่มีสมาธิในการตอบคำถาม ควรประเมินภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Lee & Lau, 2003) การให้ข้อมูลดังกล่าวควรให้เป็นลายลักษณ์อักษร และควรแจกเอกสารประกอบ (Morris, 2001 ; Mitchell & Courtney, 2004) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เกิดกับผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเมื่อมาเยี่ยมและข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของห้องผู้ป่วยหนัก เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการ คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วย (Bond, Draeger , Mandleco, Micheal , & Donnelly, 2003; Rotondi, Sinkule, Balzer, Harris, & Moldovan, 2007; Heyland, Rucker, Dodek, Kutsogiannis, Konopad, & Cook, 2002) ในระยะนี้จึงควรมีการส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยโดยการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแล การที่ญาติผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ (Ya-orm, 2001) ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนบทบาทและเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น และมีผลต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยอย่างชัดเจน (Potaya, 2001)

ผลการศึกษานับสนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของรอยท์กล่าวไว้ว่า การเผชิญปัญหาของบุคคลเป็นกระบวนการที่เกิดจากการใช้สติสัมปชัญญะในการรับรู้ ประมวลความคิด การได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและเหมาะสมมีผลต่อการรู้คิดและกลไกการเผชิญปัญหาของบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ตัดสินใจ แก้ปัญหา และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ สิ่งที่ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้จากการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการวิจัยครั้งนี้คือ การทำให้การเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีประสิทธิภาพ ต้องประกอบด้วยการศึกษาปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแลทุกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ข้อมูลหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยตามความต้องการโดยแท้จริง

2. คัดเลือกข้อมูลหรือเตรียมทักษะต่างๆสำหรับญาติผู้ดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย หรืออีกนัยหนึ่งคือ ต้องมีการปรับแต่งโปรแกรมให้เป็นโปรแกรมที่มีความจำเพาะเจาะจง (tailored made and particularly) กับความเป็นปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย

3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแล ก่อนดำเนินโปรแกรม โดยการสอบถามความรู้สึก ความต้องการ ปัญหาของญาติผู้ดูแล เพื่อแสดงการใส่ใจในความต้องการและปัญหาของญาติตลอดกระบวนการ ซึ่งช่วยสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของญาติผู้ดูแลต่อพยาบาลได้ (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnstree, & Grypdonck, 2006)

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลงของอาการ และการรักษาที่ปรับเปลี่ยนไปตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติตัวของญาติขณะเข้าเยี่ยม เช่น การสัมผัส การโอบกอด การพูดกับผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Yang, 2007) เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตจะส่งผลให้ญาติซึมซับข้อมูลที่จำเป็นต่างๆ ได้อย่างค่อยเป็นค่อยไป และพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมรับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ส่งผลต่อการฟื้นตัว ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแล

5. เตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการในระยะวิกฤติ จนกระทั่งเริ่มฟื้นตัว ซึ่งมีผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลงและกระบวนการรักษา ค่อยๆยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเกิดความต่อเนื่องในกระบวนการของการให้การดูแลผู้ป่วย

6. ทำความเข้าใจธรรมชาติและความแตกต่างของญาติผู้ดูแลแต่ละราย ยอมรับการตัดสินใจของญาติ และต้องประเมินให้ได้ อย่างชัดเจนว่าญาติพร้อมที่จะเรียนรู้ หรือรับรู้ในเรื่องใด

7. กระบวนการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลไม่ควรเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว เพราะโครงสร้างหรือลักษณะธรรมชาติของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย ผู้เจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลมักได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวหลายๆคน ทุกคนในครอบครัวจึงควรได้เรียนรู้ข้อมูลและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างต่อเนื่อง

EFFECT OF PREPARATION PROGRAM ON COPING OF CAREGIVERS OF
PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY.

RUNGNAPHA KHIEWCHAUM 4936720 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORAPAN THOSINGA, D.N.S., PRANGTIP
CHAYAPUT, Ph.D.(Nursing), KETSARIN UTRIYAPRASIT, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

A moderate or severe traumatic brain injury (TBI) not only has direct effects on patients physically, psychologically, emotionally, and socially, but it also affects their family and caregivers is because most of head injuries are caused by traffic accidents, falls, or physical assaults, which are sudden and unexpected, especially during the first 72 hours of the injury (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999). Furthermore, patients' initial conditions in the ICU also make caregivers and family feel uncertain about prognosis and symptoms of patients, and they may not know whether patients could make it or not (Yang, 2007). These incidents affect caregivers' role function, especially those who do not have effective or appropriate ways to deal with those difficult situations, and make them develop the feelings of burdensome, suffering, stress, and anxiety. If they do not receive timely help, they are likely to subsequently suffer from loss of balance in life and be unable to adjust themselves to respond to different physical function, self-perception, cognition, and learning of various situations.

When caregivers have ineffective coping, not only their well-being will be affected, but the patients' rehabilitation will also be delayed. That is, during the critical period at the beginning, caregivers and family members who are unable to adjust themselves will experience lack of sense of security and will fear to touch the

patients during their visits. Some may even stand far away from the patients' hospital beds. Such sense of insecurity affects caregivers' subsequent learning and acceptance, and it may also has a negative influence on patients' rehabilitation. That is, patients' recovery may be slower than they should be, and they may develop other complications such as stiff joint and pressure sore, which worsen their health condition (Sander, Carosell, High Jr., Becker, Neese, & Scheibel, 2002). On the other hand, if caregivers have appropriate adjustment to effectively make decisions and cope with those problems, they are likely to successfully maintain their daily living activities while simultaneously providing care to patients (Bootchewan, 2007).

A review of literature has shown that there is another important factor which affects caregivers' coping; that is, appropriate responses to caregivers' needs. In other words, the actual needs of caregivers should be appropriately responded since the critical period when the patients are first admitted to the intensive care unit (ICU) when caregivers need truthful information about the patients' symptoms, prognosis, and treatment plan, as well as advice on what they should do when they are visiting the patients who are conscious or who are on mechanical ventilation (Bond, Draeger, Madleco, Michael, & Donnelly, 2003). Furthermore, they need moral? psychological support and encouragement, and they want to have a chance to express their feelings. Also, they want to assist the patients, and they need the confidence that patients are well taken care of by nurses and other healthcare team members (Ubolwan Kitirattrakarn, B.E. 2541; Yang, 2007).

Provision of information to caregivers of patients with TBI during the critical period, especially when it is done systematically as a carefully designed program, can reduce stress and anxiety of caregivers (Morris, 2001; Rattana Yuplao, B.E. 2543). Put another way, if caregivers receive necessary information when the patients are still hospitalized in the ICU, their anxiety can be lessened and their satisfaction with the services of the healthcare team can be increased (Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2005). After the patients' condition has improved, and they have been discharged from the ICU and moved to the inpatient ward, caregivers should play more roles in taking care of the patients. Yaowarat Ya-orm (B.E. 2544) conducted a study and found that what caregivers need during this period are information and participation in giving care or in making decisions related to the patients' conditions

and treatments. To explain further, the information that caregivers need is that related to the problems the patients are having and the skills necessary to appropriately provide care to patients with TBI. According to Potaya (2001), participating in care enables caregivers to adjust themselves better, which, in turn, has a clearly positive effect on patients' rehabilitation. Thus, caregivers' readiness should be assessed as soon as the patients are first admitted into the hospital to determine if they are ready to receive information or practice various caregiving skills. In addition, preparation of caregivers depends on the phases in which the patients are in and the current conditions of the patients. For example, some patients may have more physical disabilities which make them dependent on caregivers to carry out daily living activities. In contrast, other patients may experience only communication problems, so caregivers need more practices of communication skills from nurses.

Based on the aforementioned discussion, the researcher was interested in developing a preparation program to prepare caregivers of TBI patients. The developed program consists of dissemination of information and practice of skills necessary for caregivers to provide care in order to meet the needs of the patients in each phase of the injury until the patients have recovered from the critical condition and are hospitalized in the inpatient ward. The effects of the preparation program on caregivers' coping ability to deal with problems were also of the researcher's interest which were explored in this study.

Research Objectives

1. To compare coping of caregivers of patients with TBI who received the preparation program and those who received only routine nursing care.
2. To compare coping of caregivers of patients with TBI who received the preparation program before and after receiving the program, during the patients' hospitalization in the ICU, and after the patients have been discharged from the ICU and are treated in the inpatient ward before hospital discharge.

Research Hypotheses

1. The coping scores of caregivers of patients with TBI who received the preparation program were higher than those of caregivers who receiving only routine nursing care.
2. The coping scores of caregivers of patients with TBI who received the preparation program obtained after receiving the program were higher than those obtained before receiving the program.
3. The coping scores of caregivers of patients with TBI who received the preparation program obtained during the patients' hospitalization in the inpatient ward before hospital discharge were higher than those obtained before receiving the program.

Conceptual Framework of the Study

In the present study, Roy adaptation model was employed as a conceptual framework to investigate coping strategies of caregivers of patients with TBI. According to Roy (2008), coping is a process and an outcome of individuals who perceive the crisis situations, use their cognitive ability to learn, process thoughts, and select the ways to deal with those problems. In doing so, individuals depend on their own intuition, creativity, and integration of individuals and their changing environment. Roy (2008) also proposed that, in order to achieve the daily tasks, individual would complete cognitive processing of coping process known as input, processing, and output. Generally, coping is a behavior that is expressed based on physical and psychological processes; that is, the regulator and cognator subsystems. They are manifested as a processing that enables individuals to respond to or control changes they are facing. This can be done through learning or acquired ability, and through innate ability. In this study, an input or focal stimulus includes having a family member who is a TBI patient with moderate to severe condition. Thus, coping strategies which individuals use in daily living or when there is a crisis in their life are considered as an output or behavioral expressions to respond to the changes individuals are encountering. They can be classified into four modes of physiologic-physical, self-concept, role function, and interdependence (Roy, 2008). The implementation of the preparation program, i.e. a mediator to the stimuli, especially

the focal stimulus, in order to prepare caregivers of patients with TBI involves provision of information related to patients' conditions, symptoms, treatment, and prognosis. It also equips caregivers with various skills necessary for taking care of patients during hospitalization. This can be regarded as a facilitator of the learning process through perception and provision of information necessary for decision-making and problem-solving through individuals' cognator subsystem, hence enabling caregivers to adjust themselves to cope with problems expressed through their behaviors in the three modes of physiologic-physical, self-concept, and interdependence. The conceptual framework of the study is illustrated in Figure One below.

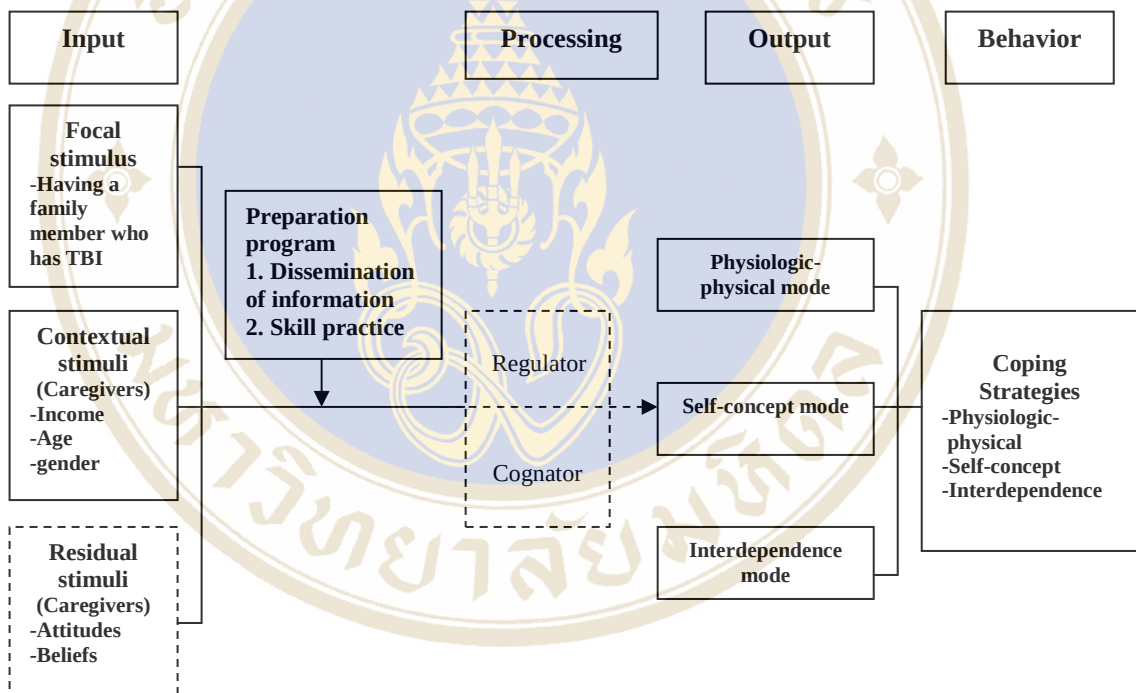


Figure 1 Conceptual framework of the study according to Roy (2008)

Scope of the Study

The present study aimed at investigating the effects of a preparation program on coping of caregivers of patients with TBI who were being admitted at a tertiary hospital in the eastern region of Thailand. Data were collected from February to November, 2008.

Definition of Terms

A preparation program for coping of caregivers of patients with TBI refers to a pattern of dissemination of information, practice of skills, and provision of mental support to caregivers since the patients with TBI were first admitted into the ICU until they were discharged from the hospital. The aim of the preparation program was to enable caregivers to effectively offer care to patients with TBI. The preparation program was developed by the researcher based on an extensive review of literature on patients with TBI during the crisis and rehabilitation. The program consisted of detailed steps in assessing readiness and needs of caregivers to learn necessary information and skills related to caregiving, offering information, and practicing caregiving skills as required by caregivers of patients with TBI. There were two manuals for caregivers, one of which was related to caregiving information and the other to caregiving skill practice to meet the patients' needs.

Coping refers to the coping strategies of caregivers of patients with moderate to severe TBI which results from the cognator subsystem of the patients' loss of capability and functionality. In this study, coping of caregivers of patients with TBI was assessed using the Thai version of The Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form (TCAPS-SF) developed by Chayaput & Roy (2007) and covering four dimensions of resourceful and systematic, physical and fixed, positive and knowing, and alert processing aspects. Total scores ranged from 27 to 108 points, with higher scores reflecting better coping or more usage of positive ways, or problem-solving strategies, to deal with problems.

Routine nursing care refers to the type of care nurses generally offer to caregivers of patients with TBI when providing care to patients with TBI in accordance to the nursing profession's code of conducts including dissemination of information such as visitation regulations, preparation of evidence of treatment rights, signs and symptoms of patients with TBI, etc. and nursing care and initial skill practices such as taking care of personal hygiene, changing the patients' positions, etc. Such process involves orally providing information or advice to caregivers without any accompanying documents and without assessment of caregivers' readiness or specific needs. There is one piece of written information, about half a page of A4 paper, given to caregivers of patients with TBI detailing what to do when visiting the

patients such as changing shoes, washing hands before and after each visit, and no bringing along a child younger than ten years old, with the telephone number of the ICU given on the paper.

Research Methodology

The present study was experimental research which aimed at investigating the effects of a preparation program of caregivers of patients with moderate to severe TBI. The population of the study consisted of caregivers of patients with TBI injury who were 18 years of age or older and who were primary caregivers who did not receive any remuneration in return for their caregiving duties, such as father, mother, spouse, child, or relative of patients.

Sample Size

The sample size in the present study was determined based on a review of research previously carried out with similar populations and a research study conducted by Sinnakaruppan, Downey, & Morrison (2005). The formula used in determining the effect size (Effect size = d) was adopted from Glass, McGaw, and Smith (1981). Power analysis was set with the significance level of .05 (α), and the power of the test was set at .080. The calculated effect size was .50. Then, the table of Cohen (1988) was employed, and the possible minimum sample size was 25. Therefore, the sample size of the study was equal to 25 subjects in each group, with 25 subjects in the control group and another 25 in the experimental group. Data were collected from February 2008 to November 2008. The number of subjects who actually matched the inclusion criteria was 56. Of these, 27 were assigned into the experimental group, and 29 were assigned into the control group. During the data collection, 16 subjects passed away, with seven in the experimental group and nine in control group. The family caregivers of those 16 TBI patients were, then, excluded from the study. Finally, the total number of subjects with complete data for subsequent analysis was equal to 40, with 20 in the experimental group and 20 in the control group.

Research Instruments

The instruments were developed based on an extensive review of related literature and research. There were three research instruments used in this study. First, a preparation program for caregivers of patients with TBI involved steps in giving information and skill practice to caregivers. Second, a manual of information necessary for caregivers of patients with TBI consisted of signs and symptoms of patients, treatment and care, health problems occurring after TBI, nursing cares given to patients with TBI, and participation of caregivers to promote recovery of patients with TBI. Last, a manual for skill practice of caregivers of patients with TBI was composed of caregiving activities regarding physical care, general hygiene care, prevention of complications, and rehabilitation. Twelve copies of those manuals were offered to caregivers based on each individual patient's problems and specific needs for reviews on how to provide care to patients.

Preparation of Research Assistant

Data were collected from both the control group and the experimental group by the research assistant who was a professional nurse with a bachelor's degree with two years of working experience in neuro-surgical nursing. Before actual data collection was conducted, the researcher explained the data collection instruments and how to collect the data using those instruments to the research assistant and let her try out the instruments with the researcher twice. Cronbach's alpha correlation coefficient calculated to determine inter-rater reliability was 0.83 to 0.85

Data Collection Instruments

1. Demographic data questionnaire was used to elicit and record data regarding demographic characteristics of caregivers as well as demographic characteristics and history of illness of patients.
2. The Thai version of coping and adaptation processing scale-short form (TCAPS-SF) was constructed based on the Roy adaptation model (Roy, 2008) and the Roy's nursing model of cognitive processing (Chayaput, 2004; Roy, 2008; Roy & Andrews, 1999). This questionnaire assessed three modes of coping including physiologic-physical, self-concept, and interdependence (Chayaput & Roy, 2007).

There were 27 items in the questionnaire which were divided into four domains of 1) resourceful and systematic (eight items), 2) physical and fixed (six items), 3) positive and knowing (seven items), and 4) alert processing (six items). Before using TCAP-SF for data collection, the instrument was tried out with 30 subjects whose characteristics were similar to those of the subjects in the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient of the overall questionnaire in this study was equal to 0.85, and that of each domain ranged from 0.83 to 0.85.

Protection of the Rights of Human Subjects

The research proposal was approved by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Mahidol University and the Ethical Committee of tertiary hospital being the site of study. Before data collection took place, the researcher explained the research objectives and data collection procedures to the subjects, who were assured that they had the right to decide to participate in the study or to refuse to take part in the study. They were also assured that they could withdraw from the study anytime they wished without any effect on the treatment and care receiving from the hospital. After the subjects agreed to participate in the study, they then signed the consent form before data collection commenced.

Data Collection

The subjects were recruited based on the inclusion criteria and assigned into the control and the experimental groups using simple random sampling with block randomization and random number table.

The control group

The research assistant collected data using the demographic data questionnaire and the TCAPS-SF. After that, the subjects received routine nursing care from the nurses in the ICU. The research assistant then collected data on coping when the patients were first admitted into the ICU (Duration 0), when the patients were discharged from the ICU (Duration 1), and when the patients were discharged from the hospital (Duration 2).

The experimental group

1. The research assistant collected demographic data and data on coping using TCAP-SF when the patients were first admitted into the ICU within 72 hours before the preparation program was implemented (Duration 0).

2. The researcher established rapport and assessed readiness and needs of caregivers. After that, the researcher gave information about the ICU and information about the patients such as signs and symptoms of patients, treatment and care, health problems after TBI, nursing care activities provided to patients, and caregivers' participation in care to promote patients' recovery, lasting 15 to 30 minutes per day.

3. The research assistant collected data on coping 24 hours before the patients were discharged from the ICU (Duration 1).

4. The researcher carried out skill practice for caregivers of patients with TBI after the patients had been discharged from the ICU and were treated at the inpatient ward. The researcher asked caregivers about their readiness and their needs for topic of practice such as general hygiene care, prevention of complications, rehabilitation, etc., lasting 15 to 30 minutes per day.

5. The research assistant collected data on coping from the caregivers before the patients were discharged from the hospital (Duration 2) while simultaneously assessing caregivers' skills in providing care to patients with TBI to determine whether they were able to practice as needed.

Data Analysis

1. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze demographic characteristics and history of illness of patients with TBI and the demographic characteristics of caregivers.

2. Chi-square and t-test were employed to compare the differences in demographic characteristics of patients and caregivers between the experimental group and the control group.

3. Independent sample t-test was utilized to compare mean scores of coping of caregivers of patients with TBI who received a preparation program and those who received routine nursing care at two time points—within 24 hours before

the patients were discharged from the ICU (Duration 1) and within 24 hours before the patients were discharged from the hospital (Duration 2).

4. Paired sample t-test was used to compare mean scores of coping of caregivers of patients with TBI who received a preparation program before program implementation (Duration 0) and within 24 hours before the patients were discharged from the ICU (Duration 1).

5. Paired sample t-test was employed to compare mean scores of coping of caregivers of patients with TBI who received a preparation program before program implementation (Duration 0) and within 24 hours before the patients were discharged from the hospital (Duration 2).

Findings and Discussion of Findings

1. Demographic characteristics and history of illness of patients with TBI

According to the study findings, most of the patients with TBI in both experimental and control groups were adult males, with the mean age of 33.2 years ($X = 33.2$, $SD = 14.64$) and 41.7 years ($X = 41.7$, $SD = 18.63$), respectively. When comparing gender ($\chi^2 = .229$, P value = .633) and age ($t = .112$, P value = .117) of both groups of subjects, no differences were found. As for severity of injury of both groups of subjects, it was found that most of the them had the Glasgow Coma Score (GCS) on the day they were admitted into the ICU ranging from 3 to 8 points. When considering the level of severity of illness, no differences were found between the two groups of subjects ($\chi^2 = .229$, P value = .633). This means that most of the patients had severe injury, their level of consciousness reduced, and they required close and intensive care. To explain further, most of the subjects in the experimental group and control group were unable to expel phlegm by themselves, and more than half of them, or 57.5%, had to be on mechanical ventilation even after discharge, thus indicating their reliance on daily living activities on others after returning to their home. In addition, most of the subjects had their GCS at 4 points, meaning that they were unable to move their body or any extremities. Thus, it is necessary to prepare caregivers to make them aware of these problems since the initial stage of the illness. It is also important for promoting of effective caregivers' coping and developing

positive attitudes, as well as for rehabilitation of the patients in the long run (Carneval, Anselmi, Johnston, Busichio, & Walsh, 2006; Hanks, Rapport, & Vangel, 2007).

2. Demographic characteristics of caregivers of patients with TBI

The study findings showed that most of the caregivers of the patients with TBI in both groups were adult females, with the mean age of 41.6 years in the experimental group ($X = 41.6$, $SD = 11.48$) and 38.7 years in the control group ($X = 38.7$, $SD = 14.53$). When comparing gender and age of both groups of caregivers, no differences were found ($\chi^2 = .902$, P value = .342 and $t = .70$, P value = .488, respectively). Furthermore, most of the caregivers in the experimental group and the control group completed primary education and were wage earners with the average income of 186 baht per day ($X = 186.00$, $SD = 231.39$) and 329.41 baht per day ($X = 329.41$, $SD = 270.57$), respectively. Most of the caregivers in both groups were mothers and children of the patients. This may be because close to half, or 40%, of the experimental subjects were between 15 and 25 years old, and the major cause of their TBI was traffic accidents (Livingston et al., 2005; Chiewprasit, 2003). There were still young and did not have their own family, so when the accident took place, the caregiving duties went to their mother. On the other hand, most of the caregivers of the subjects in the control group were children of the patients, whose TBI mostly resulted from falls inside the house (Mosenthal, Livingston, Lavery, Knudson, Lee, Morabito, Manley, Nathens, Jurkovich, Hoyt, & Coimbra, 2004). In addition, the caregivers of the control subjects were mostly in their early adulthood, and were daily wage earners. It was discovered that in a number of families, even though there was only one primary caregivers, other family members were interested in and wanted to learn about caregiving activities from the researcher so as to be able to take part in care since the beginning of the injury.

3. Effects of the preparation program on coping of caregivers of patients with TBI

The study findings can be categorized into three headings according to the research objectives as follows:

3.1 Coping of caregivers who received the preparation program and coping of those who received only routine nursing care

3.1.1 The overall mean score of coping of the caregivers in the experimental group within 24 hours before the patients were discharged from the ICU ($X = 88.85$, $SD = 12.79$), the mean score of the physical and fixed dimension ($X = 18.70$, $SD = 3.63$), and the mean score of the alert processing dimension were higher than those of the caregivers of the patients in the control group ($X = 79.15$, $SD = 11.03$; $X = 15.60$, $SD = 3.01$; $X = 17.30$, $SD = 4.23$, respectively) with statistical significance ($t = 2.569$, $p = .014$; $t = 2.938$, $p = .006$; $t = 2.158$, $p = .037$, respectively). However, the experimental subjects' mean scores of the resourceful and systematic dimension ($X = 26.30$, $SD = 5.20$) and the positive and knowing dimension ($X = 24.1$, $SD = 3.76$) and the control subjects' mean scores of the resourceful and systematic dimension ($X = 24.30$, $SD = 5.04$) and the positive and knowing dimension ($X = 22.25$, $SD = 4.49$) were not statistically significantly different ($t = 1.234$, $p = .225$; $t = 1.411$, $p = .166$, respectively).

This can be explained that when the patients first had TBI, which was unexpected and sudden, family and caregivers developed worry, anxiety, and stress because of the situation they were facing (Pittayaporn Nualseethong, B.E. 2549), especially in the initial stage of the injury when almost all of the patients lost their consciousness and were unable or barely able to be aroused or respond to any stimuli. When this happened, caregivers had to encounter uncertainty about the patients' symptoms and the treatment process. They were likely to concentrate on patients' conditions without having a chance to systematically considering the events, and they were unable to deal with the crisis on their own. When the caregivers of the experimental subjects received a preparation program from the researcher, they were then more able to adjust themselves and cope with the problems than the caregivers who did not receive the preparation program (Bond et al., 2003). Thus, the caregivers who received the preparation program were enabled to maintain their physical balance. Furthermore, receiving the information they desired enabled the caregivers of the experimental patients became alert to the event. In other words, they were enabled to acknowledge the problems as they actually were and to give truthful meaning to the situations. Besides, provision of information is seen as offering more perception

options. As a result, the caregivers of the experimental group were able to adjust themselves appropriately and cope effectively to the illness conditions of the patients (Chayaput, 2007; Chayaput & Roy, 2007; Roy, 2008).

The experimental subjects' mean scores of the resourceful and systematic dimension ($X = 26.30$, $SD = 5.20$) and the positive and knowing dimension ($X = 24.1$, $SD = 3.76$) and the control subjects' mean scores of the resourceful and systematic dimension ($X = 24.30$, $SD = 5.04$) and the positive and knowing dimension ($X = 22.25$, $SD = 4.49$) were not statistically significantly different ($t = 1.234$, $p = .225$; $t = 1.411$, $p = .166$, respectively). One plausible explanation is that during the patients' critical condition, their symptoms rapidly and constantly changed, so the treatment process had to be changed continuously as well. Even though the caregivers of the patients in the experimental group had a chance to receive information and support from the nurses as desired, they were able to understand the situation but somehow were unable to achieve the balance of their thinking, nor were able to develop positive attitudes toward the situation due to the severity of the injury. Thus, it could be concluded that for patients with moderate to severe TBI, even after they had recovered from their critical period, their condition rendered them unable to help themselves and they had to depend on care and treatment technology on a continuous basis. The preparation program, therefore, had to be continued from the ICU to the inpatient ward, so as to continuously provide support to caregivers of patients with TBI, thus enabling them to achieve balance of their thinking system. They also needed assistance to locate sources of support from outside to increase their caregiving efficiency, hence eventually developing positive attitudes toward the situation they were facing. Chayaput (2007) and Roy (2008) point out that individuals' coping in those two dimensions will be completed only when individuals are able to use themselves and external resources to gather data to deal with the difficult situation they are facing.

3.1.2 The mean score of coping within 24 hours before hospital discharge of the caregivers of the experimental subjects ($X = 98.50$, $SD = 8.32$) was higher than that of the caregivers of the control subjects ($X = 79.55$, $SD = 12.20$) with statistical significance ($t = 5.737$, $p = .000$).

The preparation program made the caregivers of the experimental group be able to adjust themselves better and cope with the TBI patients before hospital discharge than the caregivers of the control group. This can be explained that provision of knowledge and skill practice after the patients had come out of the critical period and were ready enabled them to use their consciousness to perceive, learn, process their thoughts, and select their own perceptive methods in the caregiving process. This affected the physiological process called the regulator subsystem. The caregivers' physical responses to stress reduced, so they had more time to consider future care plans for the patients, hence the ability to maintain balance of systematic thinking and to search for proper resources to help them cope with the situation and care for patients. In other words, caregivers were enabled to maintain balance of physical behaviors and regular daily living activities. Practice of caregiving skills was seen as an offering of options in the care situations, and made caregivers become more alert with the situation they were facing. According to Roy (2008), dissemination of information, skill practice, and continuous provision of encouragement and moral support enabled caregivers to understand more caregiving options, and have more positive attitudes and better coping.

As for the caregivers of the control group whose mean scores were lower than those of the caregivers of the experimental group in all dimensions as well as the overall mean scores, which was consistent with the finding of previous studies, it could be explained that the caregivers had to deal with the uncertain situation caused by the patients' injury on their own without any systematic preparation as they should have received or wished to receive. Therefore, they did not have sufficient information about the patients' condition, were unable to have an expectation about the treatment outcomes, or did not understand their role in such a situation (Azoulay et al., 2002; Mitchell & Courtney, 2004). Consequently, their coping was not effective enough to deal with the situation due to lack of knowledge and understanding of the situation they were facing (Roy & Andrews, 1999). In this study, the researcher compared the factors which research results had shown that they were related to coping of individuals including gender of caregivers ($\chi^2 = .902$, $p = .342$), age of caregivers ($t = .70$, $p = .488$), income of caregivers ($t = -1.80$, $p = .80$), and severity of injury of patients ($\chi^2 = .229$, $p = .633$) between the experimental and the control

group. The findings revealed that there were no statistically significant differences between the two groups of subjects. Thus, it could be concluded that the differences in coping scores of the experimental and the control group resulted from the preparation program developed by the researcher.

3.2 Coping of caregivers who received the preparation program before program implementation and after program implementation during the patients' hospitalization in the ICU

The mean score of coping in experimental group obtained within 24 hours before discharge from the ICU (duration 1) ($X = 88.85$, $SD = 12.79$) was higher than that obtained before program implementation (duration 0) ($X = 72.45$, $SD = 17.04$) with statistical significance ($t = -3.727$, $p = .001$). Thus, the research hypothesis was accepted.

One explanation is that the preparation program increased the coping ability of caregivers in experimental group even though, during this period, they had to encounter the patients' critical condition. Almost all of the experimental subjects, or 85%, had a severe injury, and their level of consciousness determined by the GCS ranging from 3 to 8 points. All of them needed to be on a mechanical ventilator during the first few days of the injury, and about half of them had to be on the ventilator for more than a week. In addition, their perception level and responses to arousals were not yet back to normal, and their breathing capacity had not returned to normal as well. However, the findings of this study indicated that even though caregivers had to face a crisis caused by the TBI to those patients, if they received sufficient and appropriate information support including information about the patients' symptoms, treatment plans, prognosis, establishment of reconnection and communication to the patients during their visits including touching, talking to patients, and bringing along significant others or someone familiar to the patients, as prescribed in the preparation program developed by the researcher (Heyland et al., 2002), they were enabled to perceive the situation as it actually was. Likewise, Chan & Twin (2006) conducted a study to investigate stress and coping of Chinese caregivers whose spouses were in a critical condition and were treated in the ICU. They found that if nurses answered caregivers' questions and gave a clear information about the patients' symptoms and

treatment plans, caregivers would be able to adjust themselves, maintain balance, and cope with the patients' illness.

3.3 Coping of caregivers who received the preparation program before program implementation and after program implementation in the inpatient ward and before hospital discharge

The mean score of coping in experimental group obtained within 24 hours before hospital discharge (duration 2) ($X = 98.50$, $SD = 8.32$) was higher than that obtained before program implementation (duration 0) ($X = 72.45$, $SD = 17.04$) with statistical significance ($t = -5.624$, $p = .000$). Therefore, the research hypothesis was accepted.

This could be explained that the preparation program had the effect on caregivers' coping before the patients' hospital discharge. During this period, the preparation that caregivers needed included skill practices for continuous care at home. The first three activities caregivers needed to know were how to feed the patients, how to clean up and maintain patients' personal hygiene, and how to prevent muscle dystrophy and stiff joints. The fact was that caregivers were able to specifically name the activities they wanted to learn reflecting their understanding of the activities the nurses had trained them. According to Hanna & Roy (2001), giving caregivers or families the opportunity to take part in the caregiving process enabled them to correctly perceive, understand the situations, and learn about different care activities more effectively, especially caregivers of patients who were totally dependent. In this study, approximately 40% of the patients with TBI were not able to take away tracheostomy after returning home. They continued to suffer from muscle dystrophy and headache. Close to half of them were unable to feed themselves, and they required constant care from their caregivers. For this reason, if caregivers had alertness to learn, they would be able to acquire different caregiving skills faster (Roy, 2008). Moreover, the researcher distributed the manuals to caregivers to help them review various informations and skills by themselves, and this could increase their confidence in caregiving ability, which in turn affected the patients' recovery. After the patients had recovered enough to carry out some daily living activities by themselves, caregivers would feel that their burden had been lessened, and their stress caused by caregiving duties and the patients' conditions would also be reduced. As

such, they were better able to cope with stress (Tsai, 2003). If there was no preparation provided to caregivers, they were likely to perceive that caregiving tasks were a great burden on them and they could develop mental suffering (Katz, Kravetz, & Grynbaum, 2005).

Conclusion and Recommendations

The findings of the study reflect the significance of the preparation program on coping of caregivers of patients with TBI since the patients are still in a critical condition in the ICU. It begins with provision of information which is done in an appropriate place and at an appropriate time. Most importantly, information should be given to caregivers when they are ready and when they need it. In fact, the most suitable time to assess caregivers' readiness is after the first 24 hours. This is because when the injury first takes place, caregivers may be unable to concentrate on the questions they are asked due to worry and concern about the patients' condition. Instead, the assessment of their readiness should be conducted between 24 and 72 hours after the patients are hospitalized in the ICU (Lee & Lau, 2003). Provision of information should be done in writing, with accompanying manuals or documents (Morris, 2001; Mitchell & Courtney, 2004) including information regarding the injury that has taken place to the patients, diagnosis, treatment, the patients' environment including the characteristics of the ICU, variety of medical equipments and devices used with the patients, the nursing care activities provided to them, and establishment of reconnection and communication to the patients.

After the patients are discharged from the ICU, what the caregivers need is to take part in care to promote the patients' recovery (Bond, Draeger, Mandelco, Michael, & Donnelly, 2003; Rotondi et al., 2007; Heyland et al., 2002). During this time, recovery of patients should be promoted by providing skill practice to caregivers. When caregivers have a chance to take part in care and make decisions about patients (Ya-orm, 2001), they are enabled to adjust their roles and more effectively cope with problems, which in turn has a clearly positive effect on patients' rehabilitation and recovery (Potaya, 2001).

The findings of the present study yield the support to the Roy's adaptation model and the Roy's nursing model of cognitive processing that individuals' coping is

a process that results from use of consciousness to perceive and process their ideas and thoughts (Chayaput, 2004, 2007; Roy, 2008; Roy & Andrews, 1999). Receiving accurate and appropriate information has an effect on individuals' cognition and coping process, and this enables individuals to perceive the situation, learn how to deal, solve problems by making decision from the available choice, and manage the situations they are facing with efficiency and effectiveness.

Based on the findings of the study, the following recommendations on nursing care activities can be made to offer the preparation of caregivers of patients with TBI more effective:

1. Readiness and need of caregivers should be assessed in timely manner, specifically, before giving information or practicing caregiving skills, so as to confirm that caregivers are able to receive and process information and carry out activities effectively in order to take part in care to promote rehabilitation and recovery of the TBI patients.

2. Information or skills to be offered should be selected in accordance with specific needs of each caregiver. Put another way, the preparation program should be tailor-made programs to suit individualization of each caregiver of patients with TBI.

3. Before the program implementation, nurses should establish rapport with caregivers by asking about their feelings, needs, and other problems to show their concerns for caregivers' needs and problems. This can help develop confidence and trust of caregivers in nurses (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnstree, & Grypdonck, 2006).

4. Nurses should provide informations regarding symptoms, prognosis, changes in patients' conditions, and treatments that are altered according to patients' changing condition, as well as what caregivers should do when visiting the patients such as touching, hugging, and talking to the patients since the patients are first admitted into the ICU (Yang, 2007). This allows caregivers time to gradually perceive information and become ready to assist patients by practicing necessary caregiving skills to promote patients' recovery and ensure efficiency and quality of the caregiving process.

5. Caregivers of patients with TBI should be continuously prepared all through the process since the patients are still in a critical condition until they begin to

recover. This is to enable caregivers to understand the pathology, changes, and treatment plans related to TBI. Thus, they should be better able to accept what has happened to the patients, and the continuity of the caregiving process can also be ensured.

6. Nurses should learn, understand, and become familiar with the natures and differences of caregivers of patients with TBI. They should accept and respect the decisions the caregivers make, and know how to assess with accuracy and clarity when the caregivers are ready to learn and what they need to learn about.

7. The preparation program of caregivers should not be implemented to only the primary caregivers. This is because most of the families in Thai society are extended families with other family members living together with the husband and wife. Therefore, patients with TBI may be taken care of by several family members. For this reason, every member of the family should have an opportunity to learn about informations and skills necessary in providing care to patients with TBI so as to at least occasionally, if not constantly, help lessen the burdens shouldered by the primary caregivers.

รายการอ้างอิง

- แก้ว ไอมิน. (2542). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. (2540). ทักษะการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วารสารกรรมการแพทย์ 22(1): 12-18.
- ดรรชนี ปานดี. (2548). ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. (2543). ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาวรรณ สามารณกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2540). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อ ผู้ป่วยและครอบครัว. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประนอม หนูเพชร. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์ สงขลา.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, และ สุกศิริ หิรัญขุนหะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการ จัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาใน โรงพยาบาล. สงขลานครินทร์เวชสาร. 24(3), 153-161.
- พรจันทร์ สุวรรณมนตรี. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนา อยู่เปล่า. (2543). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- วิไลลักษณ์ ประยูรพงษ์. (2543). รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีณา ลิ้มสกุล. (2545). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ทิตยา ทิพย์สำเนียง, และนิลบล รุจิประเสริฐ. (2546). ผลกระทบต่อครอบครัวที่มีเด็กสมองพิการที่บ้าน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 26(1), 35-43.
- อารมณ บัญเกิด. (2540). ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ. (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Arango-Lasprilla, J. C., Rosenthal, M., DeLuca, J., Cifu, D. X., Hanks, R., & Komaroff, E. (2007). Functional outcomes from inpatient rehabilitation after traumatic brain injury: How do hispanics fare?. *The American academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 11-18.
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 4(3), 202-210.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., Wernet, A., et al. (2002). Impact of family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patient. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 165, 438-442.
- Bake, A. B., & Joynt, R. J. (Eds.). (1985). *Clinical neurology*. Philadelphia: Harper & Row.

- Baalen, B. V., Ribbers, G. M., Medema-Meulepas, D., Pas, M. S., Odding, E., & Stam, H. J. (2007). Being restricted in participation after a traumatic brain injury is negatively associated by passive coping style of the caregiver. *Brain Injury, 21*(9), 925-931.
- Blake, H. (2008). Caregiver Stress in traumatic brain injury. *International Journal of Therapy Rehabilitation, 15*(6), 263-271.
- Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P., & Frans, E. (2001). Needs of relatives of critical care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurse. *Intensive Care Medicine, 27*, 160-165.
- Bond, A. E., Draeger, C. R. L., Mandleco, B., & Donnelly, M. (2003). Need of family members of patients with severe traumatic brain injury. *Critical Care Nurse, 23*(4), 63-72.
- Bootcheewan, S. (2007). *The relationship between transition conditions and disability in traumatic brain injury patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Buddhawan, N. (2002). *Factors influencing health status of caregivers of post operative neurosurgical patient*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Carnevale, G. J., Anselmi, V., Johnston, M. V., Busichio, K., & Walsh, V. (2006). A natural setting behavior management program for persons with acquired brain injury: A randomized controlled trial. *The American academy of Physical Medicine and Rehabilitation, 87*, 1289-1297.
- Chan, Ks., & Twinns, S. (2006). An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing, 16*(1), 185-193.
- Chayaput, P., & Roy, C. (2007). Psychometric Testing of the Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form (TCAPS-SF). *Thai Journal of Nursing Council, 22*(3), 29-39.
- Chen, H. Y, Boore, J. R. P., & Mullan, F. D. (2005). Nursing models and self-concept in patients with spinal cord injury-comparison between UK and Taiwan. *International Journal of Nursing Studies, 42*, 255-272.

- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2005). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 39-50.
- Chiewprasit, S. (2003). *The relations among social support, hope, selected factors and well-being of head injury patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate, Inc.
- Curtiss, Glenn, Klemz, Steve, Vanderploeg, & Rodney, D. (2000). Acute Impact of Severe Traumatic Brain Injury on Family Structure and Coping Responses. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(5), 1113-1122.
- Davis, A. E. (2000). Cognitive impairments following traumatic brain injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12(4), 447-454.
- Deeken, J. F., Taylor, K.L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: A review of self-report-instruments developed to measure the burnden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4), 922-953.
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwers, P., & Wilmer, A. (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care unit: implications for social work. *Social Work in Health Care*, 35, 21-40.
- DeSanto-Madeya, S. A. (2006). A secondary analysis of the meaning of living with spinal cord injury using Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 19(3), 240-246.
- Dikman, S. S, Machamer, J. E., Powell, J. M., & Temkin, N.R. (2003). Outcome 3 to 5 years after morderate to severe traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(10), 1449-1457.
- Dobratz, M. C. (2004). Life-closing spirituality and the philosophic assumptions of the Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 17, 335-338.
- Dunn, K. S. (2004). Toward a middle-range theory of adaptation to chornic pain. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 78-84.

- Ergh, T. C., Rapport, L. J., Coleman, R. D., & Hanks, R. A. (2002). Predictors of caregivers and family functioning following traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. *Head Trauma Rehabilitation, 17*(2), 155-174.
- Ergh, T. C., Hanks, R. A., Rapport, L. J., & Coleman, R. D. (2003). Social support moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 25*(8), 1090-1101.
- Fary, K., Lan, J. B., & Lan, D. C. (2003). Rehabilitation after traumatic brain injury. *Medical Journal of Australia, 178*, 290-295.
- Fox-Wasylyshy, S., El-Masri, M., & Williamson. (2005). Family perception of nurses' roles toward family members of critically ill patients: Descriptive study. *Heart & Lung, 34*(5): 335-344.
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational researcher, 5*, 3-8.
- Godfrey, H. D., Harnett, M. A., Knight, R. G., Marsh, N. V., Partridge, F. M., & Robertson, R. H. (2003). Assessing distress in caregivers of people with a traumatic brain injury (TBI): A psychometric study of the head injury behaviour scale. *Brain Injury, 17*(5), 427-435.
- Granacher, R. P. (2003). Traumatic brain injury: Method for clinical and forensic neuropsychiatric assessment. Boca Raton, FL : CRC press. LLC.
- Hank, R. A., Rapport, L. J., & Vangel, S. (2007). Caregiving appraisal after traumatic brain injury : The effects of functional status, coping style, social support and family functioning. *Neurorehabilitation, 22*, 43-52.
- Hanna, D. R., & Roy, C. (2001). Roy adaptation model and perspectives on the family. *Nursing Science Quarterly, 14*(1), 9-13.
- Hart, T., Millis, S., Novack, T., Englander, J., Fidler-Sheppard, R., & Bell, K. R. (2003). The relationship between neuropsychologic function and level of caregiver supervision at 1 year after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 84*, 221-230.
- Heyland, D. K., Rocker, G. M., Dodek, P., Kutsogiannis, D. J., Konopad, E., Cook, D. J., et al., (2002). Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Critical Care Medicine, 30*, 1413-1418.

- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* 5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hovey J. K. (2005). Father parenting chronically ill children: concerns and coping strategies. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, 83-95.
- Katz, S., Kravetz, S., & Grynbaum, F. (2005). Wives's coping flexibility, time since husbands' injury and the perceived burden of wives of men with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19(1), 81-90.
- Kennedy, M. R., & Coelho, C. (2005). Self-regulation after traumatic brain injury: A framework for intervention of memory and problem solving. *Seminars in Speech and Language*, 26(4), 242-255.
- Kneafsey, R. & Gawthorpe, D. (2004). Head injury: Long-term consequences for patients and families and implication for nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 601-608.
- Kolakowsky-Haryner, S. A., Miner, K. D., & Kreutzer, J. S. (2001). Long-term life quality and family needs after traumatic brain injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 16(4), 374-385.
- Kreutzer, J. S., Kolakowsky-Hayner, S. A., Demm, S. R., & Meade, M. A. (2002). A structured approach to family intervention after brain injury. *Journal Trauma Rehabilitation*, 17(4), 349-367.
- Lee, I. Y. M., Chien, W. T., & Mackenzie, A. E. (2000). Needs of families with a reative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Critical Nursing*, 9, 46-54.
- Lee, L. Y. K., & Lau, L.L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.
- Leon, A. M., & Knapp, S. (2008). Involving Family Systems in Critical Care Nursing. *Dimens Critical Care Nurse*, 27(6), 255-262.
- Li, H. J., & Shyu, Y. I. L. (2007). Coping process of Taiwanese families during the postdischarge period for an elderly family member with hip fracture. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 273-279.

- Littlejohn, L., & Bader, M. (2001). Application of the Guidelines for the Management of Severe Head Injury. How has it changed our practice?. *Critical Care Nurse*, 21(6), 48-65.
- Livingston, D. H., Lavery, R. F., Mosenthal, A. C., Knudson, M. M., Lee, S., Morabito, D., Manley, G. T., Nathens, A., Jurkovich, J., Hoyt, D. B., & Coimbra, R. (2005). Recovery at one year following isolated traumatic brain injury: a western trauma association prospective multicenter trial. *The Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 59, 1298-1304.
- Lotus-Shyu, Y. (2000). Role tuning between caregiver and care receiver during discharge transition: An illustration of role function mode in Roy's adaptation theory. *Nursing Science Quarterly*, 13, 323-331.
- Man, D. W. K. (2002). Family caregivers' reactions and coping for persons with brain injury. *Brain Injury*, 16(12), 1025-1037.
- Marik, P. E., Varon, J., & Trask, T. (2002). Critical care review: Management of head trauma. *Chest*, 122(2), 699-711.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., & Sleigh J. W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(4), 434-447.
- Martin, C., Viguier, D., Deloche, G., & Dellatolas, G. (2001). Subjective experience after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15(11), 947-959.
- Milbrath, V. M., Cecagno, D., Soares, D. C., Amestory, S. C. & Siqueira, H. C. H. (2008). Being a woman, mother to a child with cerebral palsy. *Acta Paul Enferm*, 21(3). 427-431.
- Mitchell, D. R. & Courtney, R. T. (2004). Reducing family member's anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20, 223-231.
- Montgomery, R. J. V., Oliver, R., Resisner, A., & Fallat, M. (2002). The effect of severe traumatic brain injury on the family. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 52(6), 1121-1124.
- Morris, K. C. (2001). Psychological distress in carer of head injured individuals: The provision of written information. *Brain Injury*, 15(3), 239-254.

- Mosenthal, AC., Livingston, D., Lavery, R., Knudson, MM., Lee, S., Morabito, A., Manley, GT., Nathens, A., Jurkovich, G., Hoyt, D., & Coimbra, R. (2004). The effect of age on functional outcome in mild to moderate traumatic brain injury: interim report of a prospective multicenter trial. *Journal of Trauma*, 56, 1042-1048.
- Namasa, A. (2002). *Factors predicting health of traumatic brain injured patients*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Neabel, B., Fothergill-Bourbonnais, F., & Dunning, J. (2000). Family assessment tools: A review of the literature from 1978-1997. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical care*, 29(3)196-209.
- Pakenham, K. I., Chiu, J., Bursnall, S., & Cannon, T. (2007). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of Health Psychology*, 12(1) 89–102.
- Playpetch, S. (2002). *The influences of self-trancedence and help from others on the rewards of caregiving by family caregivers of head injured patient in the recovery stage*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.) Philadelphia: Lippincott William & Wikins.
- Potaya S. (2001). *Model for family caregivers' participation in caring for traumatic brain injured patient*. Unpublished doctoral disseratation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Potiprasat, C. (2005). *Caring behaviors and social support among caregivers of persons with head injuries*. Unpublished master's thesis, Chiangmai University, Chiangmai , Thailand.
- Raleigh, E. D. H., Robinson, J. H., Marold, K., & Jamison, M. T. (2006). Family Caregiver Perception of Hospice Support. *Journal of Hospice and palliative nursing*, 8(1), 25-33.
- Redley, B., Le Vasseur, S. A., Peters, G., & Bethune, E. (2003). Families'needs in emergency department: Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 606-615.

- Rotondi, A. J., Sinkule, J., Balzer, K., Harris, J., & Moldovan, R. (2007). A qualitative needs assessment of persons who have experienced traumatic brain injury and their primary family caregivers. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, 22(1), 14-25.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy Adaptation Model* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton, & Lange.
- Roy, C., & Chayaput, P. (2004). The coping and adaptation processing scale: English and Thai version. *RAA Review*, 6(2), 4-6.
- Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model*. (3rd ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Sander, A. M., Carosell, J. S., High, W. M., Jr., Becker, C., Neese, L., & Scheibel, R. (2002). Relationship of family functioning to progress in a post-acute rehabilitation programme following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16(8), 649-657.
- Salmond, C. H., & Sahakian, B. J. (2005). Cognitive outcome in traumatic brain injury survivor. *Current Opinion Critical Care*, 11(22), 111-116.
- Sander, A. M., Davis, L. C., Struchen, M. A., Atchison, T., Sherer, M., Malec, J. F., & Nakase-Richardson, R. (2007). Relationship of race/ethnicity to Caregivers' coping, appraisal, and distress after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 22, 7-17.
- Savola, O. (2004). Brain injury and hazardous alcohol drinking in trauma patients. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 789. Oulu: Oulun yliopisto. Retrived March 15 2006, from www.kirjasto.Oulu.fi/julkaisutoiminta/acta/.
- Scott, T. F., Luca, L., Kathoyn, E., & Saatmana, T. K. (2004). Review motor and cognitive function evaluation following experimental traumatic brain injury. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 365-378.
- Sharon, T., Gaharm, M. T., & Gardon, D. M. (2000). Disability in young people and adult one year after head injury: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 320(17), 1631-1635.
- Silver, J. M., Mcallister, T. W., & Yudofsky, S. C.(Eds.). (2005). *Textbook of Traumatic Brain Injury*. WA: American Psychiatric.

- Sinnakaruppan, I., Downey, B., & Morrison, S. (2005). Head injury and family careers: A pilot study to investigation an innovative community-base educational program for family careers and patients. *Brain Injury*, 19(4), 283-308.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *Lancet*, 2, 81-84.
- Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S., & Henry, E. (2003). Purpose in life as mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48, 100-108.
- Tracy, J., Fowler, S., & Magarelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied Nursing Research*, 12(3), 121-127.
- Tsai, P.F. (2003). A middle-range theory of caregiver stress. *Nursing Science Quarterly*, 16(2), 137-145.
- Vedhara, K., Shanks, N., Anderson, S., & Lightman S. (2000). The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: A study of chronic caregiver stress. *Psychosom Medical*, 62, 374-85.
- Verhaeghe, S. T. L., Zuuren, F. J. V., Defloor, T., Duijnstree, M. S. H., & Grypdonck, M. H. F. (2006). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1488-1497.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain injury*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Watanabe, Y., Shiel, A., McLellan, D. L., Kurihara, M., & Hayashi, K. (2001). The impact of traumatic brain injury on family members living with patient: A preliminary study in Japan and the UK. *Disability and Rehabilitation*, 23(9), 370-378.
- Yang, S. (2007). A mixed methods study on the needs of Korean familied in the intensive care unit. *Australian journal of advance nursing*, 25(4), 79-86.
- Ya-orm, Y. (2001). *The effect of promoting family participation in patient care of head injury patients on patient's health status*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Yeh, C. H. (2001). Adaptation in children with cancer: Research with Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 14, 141-148.

Zhan, L. (2000). Cognitive adaptation and self-consistency in hearing-impaired older person: Test Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 158-165.





ภาคผนวก ก

เอกสารคำอธิบาย / คำชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ (Information Sheet)

ID No.....

วันที่...เดือน.....พ.ศ.....

1. หัวข้อวิจัย ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. เหตุผลที่มาของการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งเป็นญาติหรือคนใกล้ชิดกับผู้ป่วย หากผู้ดูแลได้รับข้อมูลและการฝึกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยทำให้สามารถฟื้นตัวได้ดี ผู้ดูแลเองก็จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาระหน้าที่ซึ่งแตกต่างไปจากเดิม ลดความวิตกกังวลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและจิตใจของผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีเนื้อหาและวิธีการแตกต่างไปจากกระบวนการพยาบาลปกติ เพื่อจะได้ทราบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นส่งผลที่แตกต่างไปจากกระบวนการที่ปฏิบัติอยู่เดิมหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายได้ เพศ อายุของญาติผู้ดูแล และระดับความรุนแรงการบาดเจ็บของผู้ป่วย ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

3. เหตุผลที่เชิญชวนให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ

ท่านเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเป็นผู้ดูแลหลักที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างในการดูแลมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลในโครงการวิจัยได้และเข้าร่วมการวิจัย

4. กระบวนการวิจัยและระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

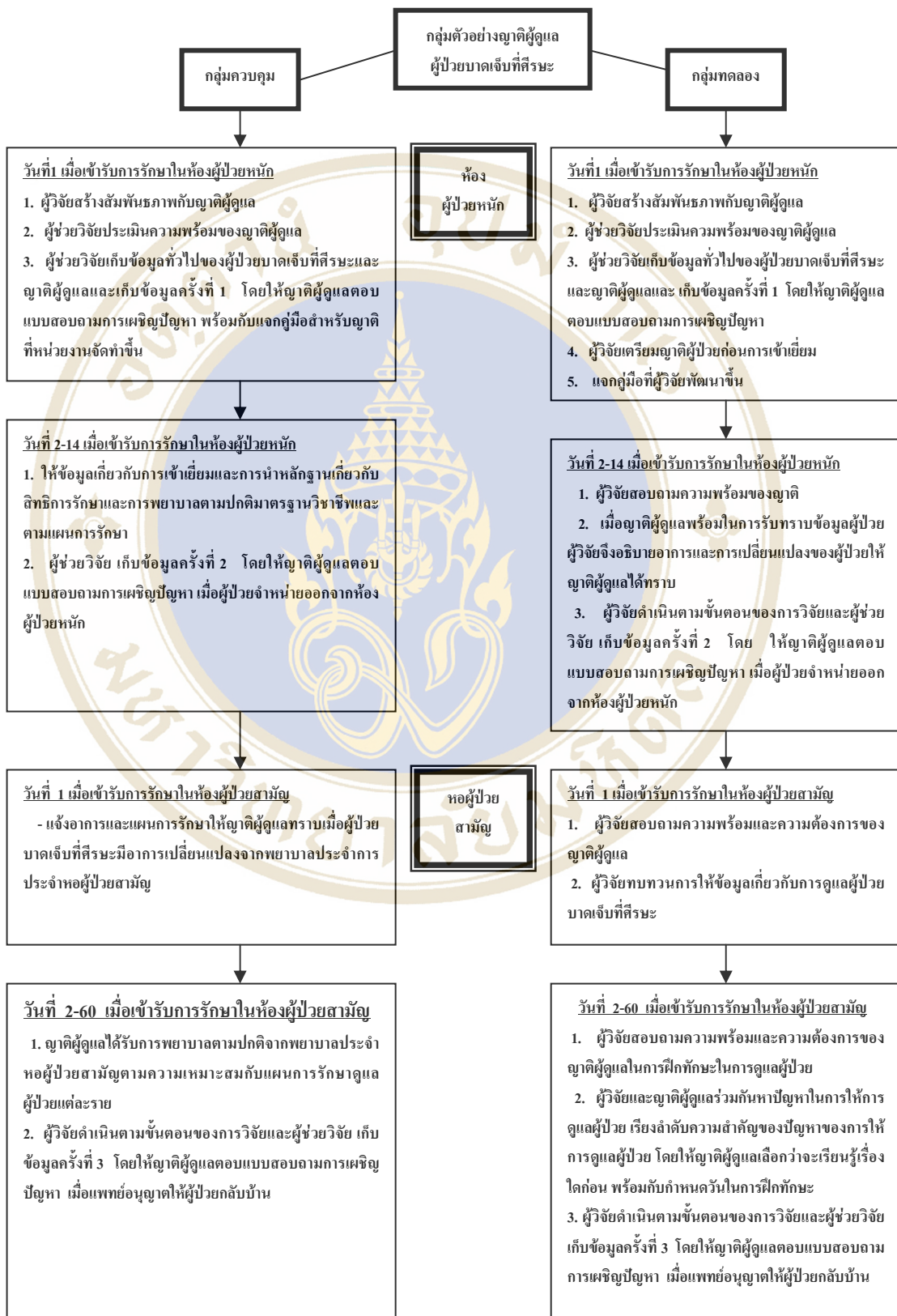
โครงการนี้จะรับผู้เข้าร่วมวิจัย 60 คน เมื่อท่านสมัครเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะแบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม เท่าๆ กัน โดยวิธีการสุ่ม โอกาสที่จะได้เข้าในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

เท่ากัน โดยเลือกไม่ได้ว่าจะเข้ากลุ่มใด กลุ่มที่ 1 จะเรียกว่ากลุ่มศึกษา จะมีการเตรียมความพร้อมโดยวิธีที่ผู้วิจัยคิดขึ้นใหม่ กลุ่มที่ 2 จะเรียกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งจะได้รับการปฏิบัติโดยวิธีการมาตรฐานซึ่งเป็นหน้าที่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

การดำเนินการวิจัยจะแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ในห้องผู้ป่วยหนัก กระบวนการในช่วงนี้เวลาประมาณ 4-14 วัน จนกว่าผู้ป่วยจะถูกย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก และระยะที่ 2 คือเมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ใช้เวลาประมาณ 7-60 วัน จนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

ผู้วิจัยจะขอให้ท่านกรอกแบบสอบถาม 1 ชุด ซึ่งมีจำนวน 27 ข้อ และตอบคำถามที่ผู้วิจัยจะสอบถาม 7 ข้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที รวม 3 ครั้ง ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดิมและคำถามเดิมโดยการสอบถามครั้งแรกจะทำเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก หลังจากนั้นจะมีการให้ความรู้และเตรียมความพร้อมโดยพยาบาลหรือผู้วิจัย การสอบถามครั้งที่ 2 จะทำเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผู้ป่วยหนักมารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยสามัญ และครั้งที่ 3 จะทำเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านโดยผู้วิจัยหรือพยาบาลยังคงให้ความรู้แก่ท่านตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ โดยมีขั้นตอนโดยสังเขปที่แต่ละกลุ่มจะได้รับดังนี้

ขั้นตอนโดยสังเขปที่แต่ละกลุ่มจะได้รับ



5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยและต่อผู้อื่น

1. เป็นแนวทางสำหรับในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งอยู่ที่โรงพยาบาลและให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะแก่พยาบาลและทีมสุขภาพ
4. เป็นแนวทางการวิจัยในการเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มอายุกรรมและศัลยกรรม กลุ่มผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

6. ความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการปฏิบัติตามคู่มือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ในขณะที่เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากผู้วิจัยและทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างที่มีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจะดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งญาติผู้ดูแลจะสามารถเริ่มฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่และพร้อมที่จะให้ญาติทำการฝึกทักษะ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการฝึกทักษะ ในเบื้องต้นผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจากผู้วิจัยและพยาบาลประจำการประจำหอผู้ป่วย แต่ถ้าหากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีอาการเลวลงหรือมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ได้ทราบเพื่อทำการวางแผนและให้การรักษายาบาลผู้ป่วยซึ่งสามารถรายงานได้ตลอดเวลา และเมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นมีอาการคงที่พร้อมที่จะทำการฝึกทักษะ ผู้วิจัยจึงจะเริ่มทำการฝึกทักษะให้กับญาติผู้ดูแลต่อไป โดยญาติผู้ดูแลมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัยได้ จะไม่มีผลต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยแต่อย่างใด

7. ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากท่านให้ทำการวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการบันทึกชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งข้อมูลจะเข้ารหัสเท่านั้น โดยรหัสนั้นผู้วิจัยจะทราบเพียงผู้เดียว

8. สิทธิผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับตามปกติ

ขณะทำแบบสอบถามเมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกที่จะตอบแบบสอบถาม ท่านมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ท่านและญาติของท่านจะได้รับแต่ประการใด

9. ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่ท่านสามารถติดต่อได้โดยสะดวกทั้งในและนอกเวลาราชการกรณีมีเหตุจำเป็นหรือฉุกเฉิน

ท่านสามารถติดต่อ นส. รุ่งนภา เขียวชะอำ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-6036667 ตลอดเวลาเมื่อท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย



แบบฟอร์มยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่
ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ)
นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำเรื่อง.....

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับ
ขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย
ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการ
วิจัย โดยละเอียดแล้วจากเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็น
ความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้
เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการให้การดูแลรักษาพยาบาล
กับผู้ป่วยแต่อย่างใด

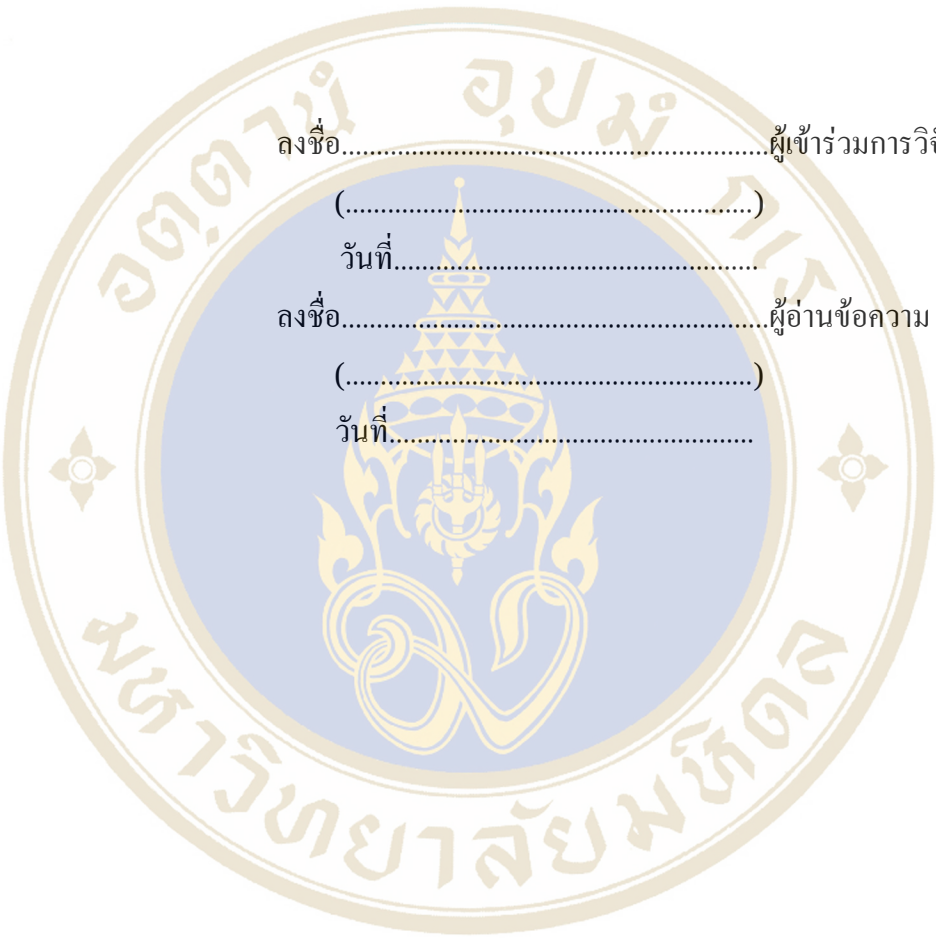
ข้อ 6 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ของโครงการ ตลอดจน
ประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้
ข้าพเจ้าได้ทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตาม
เจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัย

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม (ญาติผู้ดูแล)
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย
(.....)

หมายเหตุ กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย อ่านข้อความในเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้ยินยอม คนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าว และผู้ที่ อ่านข้อความลงลายมือและวันที่อ่าน และลงนามไว้ ดังนี้



ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้อ่านข้อความ
(.....)
วันที่.....

ภาคผนวก ข
จดหมายรับรองการเก็บข้อมูล

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
กองบริหารงานวิจัย สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. ๐-๒๘๔๕-๖๒๔๑-๖ โทรสาร ๐-๒๘๔๕-๖๒๔๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๑๖(๑)/ ๑๐๕

วันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๑

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยเรื่อง “The Effect of Preparation Program on Coping of Caregivers of Patients with Traumatic Brain Injury”

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์

ตามที่ นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง “The Effect of Preparation Program on Coping of Caregivers of Patients with Traumatic Brain Injury” รหัสโครงการ MU-IRB 2008/023.0104 มาเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้พิจารณาโครงการวิจัยที่แก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ แล้ว มีมติเห็นสมควรให้การรับรอง

ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ ขอเรียนระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมฯ ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑) หากท่านต้องการปรับเปลี่ยนรายละเอียดบางส่วนโครงร่างวิจัย ขอให้ท่านแจ้งมายังคณะกรรมการฯ โดยกรอกแบบฟอร์มการขอปรับเปลี่ยนโครงร่างวิจัย (Protocol Amendment) เพื่อขอรับการพิจารณารับรองก่อนเริ่มดำเนินการ เมื่อคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองแล้วจะมีหนังสือตอบรับ (Acceptance Letter) แจ้งไปยังท่าน โดยระบุวันที่พิจารณารับรองด้วย

-2-

๒) หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างร้ายแรง รวมทั้งเหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้ามาก่อน เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ขอให้ท่านรายงานมายังคณะกรรมการฯ โดยกรอกแบบฟอร์ม “รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” หรือส่งดำเนินการรายงานที่ท่านจะส่งไปยังผู้ให้ทุนมาให้คณะกรรมการฯ ด้วย เมื่อคณะกรรมการฯ พิจารณารายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้วจะมีหนังสือแจ้งไปยังท่าน โดยระบุวันที่พิจารณาด้วย

๓) ขอให้ท่านส่งรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยมายังคณะกรรมการฯ ภายใน ๑ เดือน หลังจากได้รับแบบฟอร์มที่คณะกรรมการฯ จัดส่งให้ ในกรณีที่โครงการวิจัยของท่านมีระยะเวลาการวิจัยนานกว่า ๑ ปี คณะกรรมการฯ จะพิจารณาต่ออายุเอกสารรับรองโครงการวิจัยให้หากท่านส่งรายงานความก้าวหน้ามาตามกำหนด ในกรณีที่โครงการวิจัยของท่านเสร็จสิ้นแล้ว ท่านสามารถแจ้งปิดโครงการวิจัยมาพร้อมกับรายงานนี้ได้ คณะกรรมการฯ จะมีหนังสือตอบรับการรายงานโครงการวิจัย และแจ้งปิดโครงการมายังท่าน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ



(ศาสตราจารย์ พญ. ชุศรี พิศลบุญตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดล

สำเนาเรียน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ:

ถ้ามีคำถามใดที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ สามารถติดต่อนักหมายเพื่อการสอบถามได้ที่

นางศรีประภา ปิยะศิริศิลป์ และ น.ศ. วทีนา วัชรรังษี เบอร์โทรศัพท์ ๐-๒๘๔๕-๖๒๔๑-๖



COA. No. MU-IRB 2008/021.2205

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. The Effect of Preparation Program on Coping of Caregivers of Patients with Traumatic Brain Injury
(Thesis for Master Degree)

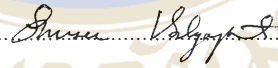
Principle Investigator. Miss Rungnapha Khiewchaum

Name of Institution. Faculty of Nursing

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

Date of Approval. 22 May 2008

Date of Expiration. 21 May 2009

Signature of Chairman.  (Professor Shusee Visalyaputra)

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

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496241-6 Fax. (662) 8496247



หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๔๑-๖๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑ - ๒
โทรสาร ๐-๒๔๑๒-๘๔๑๕

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๒๙๑๕

วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๑

เรื่อง ส่งโครงการวิจัยเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์มาเพื่อพิจารณาให้คำรับรอง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

ด้วย นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอ้า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเตรียมความ
พร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะพยาบาลศาสตร์จึงเรียนมาเพื่อโปรดเสนอคณะกรรมการจริยธรรม
โรงพยาบาลระยอง เพื่อพิจารณาให้คำรับรองต่อไป พร้อมนี้ได้ส่งแบบเสนอโครงการวิจัยและเอกสารประกอบ
มาด้วย จำนวน ๑ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วาสนา แอลัมเขตร)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร รักษาการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลระยอง
วันที่ 2379
วันที่ 17.4 กพ. 2551
เวลา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักษาสังเวดล้อม ชั้น 3
ถนนพหลโยธิน เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

กลุ่มการพยาบาล
วันที่ 17.5 กพ. 2551
วันที่ 11.80 น.
เวลา

13 กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อขอเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระยอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ จำนวน 1 ชุด

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยต้องการข้อมูลที่มาจากผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ และให้การดูแลต่อเนื่อง โดยที่ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว พร้อมกันนั้นยังเป็นการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวโดยตรง

ในการนี้ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรม ในโรงพยาบาลระยอง เก็บข้อมูลทั้งงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ระหว่างเดือนเมษายน - ตุลาคม 2551 เป็นเวลา 6 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

เสนอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระยอง <๗๗>

☒ เพื่อโปรดทราบ

☐ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควรอนุมัติ

17.5/กพ. 2551

14 กพ. 2551

อนึ่งข้าพเจ้าได้แจ้งข้อมูลของผู้ป่วยให้ เมื่อ 15.1

นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ

9 ก.พ. 2551

โทร 0-2411-2002 โทรสาร 0-2411-99484

วันที่ 17.5/กพ. 2551

มอบ ☐ คุณฉวี ☒ คุณชนิดา
☐ คุณวันเพ็ญ ☐ คุณ.....
☐ ดำเนินการ.....
17.5/กพ. 2551

ขอแสดงความนับถือ

17.5/กพ. 2551

(นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ)

นักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ

เพื่อโปรดทราบ เมื่อ 15.1

17.5/กพ. 2551

17.5/กพ. 2551

17.5/กพ. 2551

ขอรับ

(นายชัยชาญ บุญอากาศ)

ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ด้านเวชการ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง

ทวง - ฝ่ายวิจัยการ: ดร.ณัฐณิชา

คณะ: กรมการวิจัยกรม (อ.พณพ.พ.)

17.5/กพ. 2551

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินชุดที่ 1

ส่วนที่ 1. แบบประเมินระดับความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Glasgow Coma Score)

The Glasgow Coma Score	
การลืมตา (Eye opening)	คะแนน
ลืมตาได้เอง.....	4
ลืมตาเมื่อเรียก.....	3
ลืมตาเมื่อเจ็บ.....	2
ไม่ลืมตาเลย.....	1
การพูดที่ดีที่สุด (Verbal)	
พูดได้ไม่สับสน.....	5
พูดได้แต่สับสน.....	4
พูดเป็นคำๆ.....	3
ส่งเสียงแต่ไม่เป็นคำพูด.....	2
ไม่ออกเสียงเลย.....	1
การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Motor response)	
ทำตามคำสั่งได้.....	6
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ.....	5
ชักแขน-ขาหนีเมื่อเจ็บ.....	4
แขนงอเมื่อเจ็บ.....	3
แขนขาเหยียดเกร็งเมื่อเจ็บ.....	2
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย.....	1
คะแนนรวม.....คะแนน	
* สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้คะแนนในส่วน Verbal = 1	
* คะแนนสูงสุด = 15 คะแนน คะแนนต่ำสุด = 3 คะแนน	

ID No.....

วันที่ เดือน.....พ.ศ.

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ชุดนี้มี 8 ข้อ กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ตรงกับลักษณะของผู้ป่วยตามความเป็นจริงโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในเดิมในช่องว่าง

Cause

สำหรับผู้วิจัย
[] ID
[]

1. สาเหตุการบาดเจ็บ

- ☐ อุบัติเหตุจากรถยนต์ ☐ อุบัติเหตุจากจักรยานยนต์
- ☐ ถูกทำร้ายร่างกาย ☐ ตกจากที่สูง
- ☐ อื่นๆ.....

2. การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี คือ.....

3. Glasgow Coma Scale แรกรับเข้าในโรงพยาบาล

- ☐ (GCS= 13-15 คะแนน)
- ☐ (GCS= 9-12 คะแนน)
- ☐ (GCS= 3-8 คะแนน)

4.
5.
6.
7.
8.

9. รูปแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) [] GOS

ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- ☐ ระดับ 1 ☐ ระดับ 2
- ☐ ระดับ 3 ☐ ระดับ 4
- ☐ ระดับ 5

แบบประเมินชุดที่ 2

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

(Demographic data questionnaire)

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลมี 10 ข้อ กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นจริง

โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หรือเติมในช่องว่าง

สำหรับผู้วิจัย

[] [] ID

[] [] Age

[] Gender

[] Status

1. เกิด พ.ศ.....

2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หม้าย

☐ หย่า

☐ แยกกันอยู่

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย (ท่านเป็นอะไรกับผู้ป่วย).....[] Relation

ส่วนที่ 2 แบบวัดวิธีในการเผชิญปัญหาสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากท่านในฐานะญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตในขณะที่ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้เป็นข้อความที่เกี่ยวกับวิธีการที่ท่านตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตต่าง ๆ ที่ประสบ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเลือกคำตอบโดยวงกลมรอบตัวเลขที่ใกล้เคียงกับการสิ่งที่ตัวท่านเองปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้ตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด เพราะแต่ละคนจะเลือกใช้วิธีการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาต่างกัน

โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่เคยทำข้อความนั้นเลย ตั้งแต่ท่านเป็นผู้ดูแล
- 2 หมายถึง ท่านทำข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง ตั้งแต่ท่านเป็นผู้ดูแล
- 3 หมายถึง ท่านทำข้อความนั้นบางครั้ง ตั้งแต่ท่านเป็นผู้ดูแล
- 4 หมายถึง ท่านทำข้อความนั้นเสมอ ตั้งแต่ท่านเป็นผู้ดูแล

ตัวอย่าง

ถ้าการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น เป็นภาวะวิกฤตหรือการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิตของท่าน ดังนั้น “เมื่อท่านต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตหรือการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต ในการเป็นญาติผู้ดูแลท่าน.....

	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	เสมอ
1. มองปัญหาอย่างเป็นระบบ ทีละขั้น ทีละตอน	①	2	3	4

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านไม่เคยคิดถึงปัญหาในการเผชิญปัญหาอย่างเป็นระบบหรือขั้นตอน ตั้งแต่ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

แบบวัดวิธีในการปรับตัวบับย่อ

“เมื่อท่านต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตหรือยุ่งยาก ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะท่าน....”

	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	เสมอ ๆ
	1	2	3	4
1. รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อเพิ่มทางเลือกของตนเองในการแก้ปัญหา	1	2	3	4
2. พยายามคิดถึงวิธีการ หรือแนวทางแก้ไข ปัญหา	1	2	3	4
3. มองปัญหาอย่างเป็นระบบ ทีละขั้น ทีละตอน	1	2	3	4
4. นำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาพิจารณาในแง่มุมต่าง ๆ ว่าแท้จริงแล้วมันคืออะไร	1	2	3	4
5. พยายามหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อรับมือกับสถานการณ์	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11.	1	2	3	4
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
26. ควบคุมสถานการณ์โดยการเก็บรายละเอียดที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว	1	2	3	4
27. รับเอาทักษะหรือวิธีการใหม่ ๆ ได้ค่อนข้างรวดเร็วเมื่อสิ่งเหล่านั้นสามารถแก้ไขความยุ่งยากของตนได้	1	2	3	4

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ใช้คำถามดังนี้

1. ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วยป่วยเป็นอะไร
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าอาการของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรต่อไป
3.
4.
5.
6.
7. หากพยาบาลจะแนะนำและสอนให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขณะนี้ ท่านพร้อมหรือไม่ (ถามเมื่อผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักไปรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ)



ภาคผนวก ง

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์

เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตลอดกระบวนการ
รักษาพยาบาลผู้ป่วย

ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม

ระยะที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีในห้องผู้ป่วยหนัก

วันที่ 1 ของการวิจัยระยะที่ 1 เข้ารับการรักษในห้องผู้ป่วยหนัก(ใช้เวลา 20-30 นาที/วัน)

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล พร้อมกับ พูดคุย และให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล
พร้อมกันนั้นแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.....

วันที่ 8 ถึงวันที่ผู้ป่วยย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนัก ดำเนินการทบทวนการให้ข้อมูลทุกวัน
ให้ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 15-30 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. พูดคุยรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลและให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล

2.

ระยะที่ 2 ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานอกรั้วผู้ป่วยสามัญ ดำเนินการให้ข้อมูล และฝึกทักษะแก่ญาติ
ผู้ดูแลดังนี้

วันที่ 1 ของระยะที่ 2 ดำเนินการให้ข้อมูลและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 15-30 นาที)
โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการทบทวนข้อมูล

วันที่ 7 ของระยะที่ 2 ดำเนินการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติผู้ดูแล (ใช้เวลา 1-2
ชั่วโมง/วัน แต่ละหัวข้อใช้เวลา 30-45 นาที) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแล

ทำการทบทวนการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทุก 1 สัปดาห์จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออก
จากโรงพยาบาล.....

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คู่มือชุดที่ 1 ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล
ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

- ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการและอาการแสดงเป็นอย่างไร
- ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะมักเกิดปัญหาอะไรกับผู้ป่วย
-
-
-
-
- ท่านจะช่วยในการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากอาการบาดเจ็บป่วยได้เร็วขึ้นอย่างไร
- ข้อมูลทั่วไปที่ญาติควรทราบระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล
- ลักษณะผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.....
- ระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย.....
-
-
-
- การบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระยอง.....

คู่มือชุดที่ 2 คู่มือฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย
12 ชุด คือ

- ชุดที่ 1 การทำความสะอาดของช่องปาก
- ชุดที่ 2 การดูแลความสะอาดร่างกาย
- ชุดที่ 3 การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย
-
-
-
-
-
- ชุดที่ 12 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย

ภาคผนวก จ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 56 ราย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และค่านัยสำคัญทางสถิติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามเพศ อายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=29)		χ^2	t	P value
เพศ							
ชาย	22	81.48	24	82.76			
หญิง	5	18.52	5	17.24			
					37.309		.409
อายุ (ปี)							
15-25	9	33.33	4	13.79			
26-40	8	29.63	10	34.48			
41-60	6	22.22	13	44.84			
>60	4	14.82	2	6.89			
	$\bar{X} = 35.70$	S.D=17.06	$\bar{X} = 41.75$	S.D=16.90	-1.33		.188

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ย 35.7 ปี ($\bar{X} = 35.70$, S.D=17.06) และ 41.75 ปี ($\bar{X} = 41.75$, S.D=16.90) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศ ($\chi^2 = 37.309$, P value = .409) และอายุ (t = -1.33, P value = .188) ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันที่ $p > 0.05$

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ณ วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนัก

GCS แกรับเข้า รักษาในห้อง ผู้ป่วยหนัก	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=29)		χ^2	P value
(GCS= 13 -15)	-	-	-	-		
(GCS= 9 -12)	3	11.11	2	6.9		
(GCS= 3 - 8)	24	88.89	27	93.1	.229	.633

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว วันที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยหนักอยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = .229$, $P \text{ value} = .633$)

ส่วนที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 56 ราย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และและค่านัยสำคัญทางสถิติของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามเพศ และอายุ

ข้อมูล ทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=29)		χ^2	t	P value
	n	%	n	%			
เพศ							
ชาย	4	14.81	9	31.03			
หญิง	23	85.19	20	68.97	.774		.379
อายุ (ปี)							
18-25	2	7.4	6	20.69			

ข้อมูล ทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=29)		χ^2	t	P value
	n	%	n	%			
อายุ (ปี)							
41-60	10	37.05	12	41.38			
>60	2	7.4	2	6.89			
	$\bar{X} = 40.18$	S.D=10.70	$\bar{X} = 39.68$	S.D=13.83		.151	.881

จากตารางที่ 3 พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40.18 ปี ($\bar{X} = 40.18$, S.D=10.70) และ ($\bar{X} = 39.68$, S.D=13.83) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศและอายุไม่แตกต่างกันที่ $p > 0.05$

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และสถานภาพสมรส

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=29)		รวม (n= 56)	
	n	%	n	%	n	%
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	2	7.41	1	3.45	3	5.36
ประถมศึกษา	11	40.74	19	65.53	30	53.57
มัธยมศึกษา	10	37.03	4	13.79	14	25
อนุปริญญา	2	7.41	3	10.34	5	8.93
ปริญญาตรี	2	7.41	2	6.89	4	7.14
ศาสนา						
พุทธ	26	96.3	28	96.55	54	96.42
คริสต์	1	3.7	-	-	1	1.79
อิสลาม	-	-	1	3.45	1	1.79

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n=27)		(n=29)		(n= 56)	
	n	%	n	%	n	%
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพ	6	22.22	-	-	6	10.72
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	6.9	2	3.57
ลูกจ้างบริษัท	1	3.7	3	10.34	4	7.14
รับจ้าง	11	40.74	17	58.62	28	50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	18.52	1	3.45	6	10.72
เกษตรกร	4	14.82	5	17.24	9	16.07
นักศึกษา	-	-	1	3.45	1	1.78
สถานภาพสมรส						
โสด	2	7.41	3	10.35	5	8.93
คู่	23	85.18	24	82.76	47	83.93
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	7.41	2	6.89	4	7.14

จากตารางที่ 4 พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพรับจ้าง และมีสถานภาพสมรสคู่

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และและค่านัยสำคัญทางสถิติของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตาม รายได้ญาติผู้ดูแลหลัก และรายได้ของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P value
	(n=27)		(n=29)			
	n	%	n	%		
รายได้ญาติผู้ดูแลหลัก (บาท/วัน)						
≤100	8	29.63	3	10.34		
101-200	11	40.74	12	41.39		
201-300	2	7.41	6	20.69		
301-400	2	7.41	3	10.34		
401-500	1	3.7	-	-		
>500	3	11.11	5	17.24		
	$\overline{X}$ =351.92	S.D=657.67	$\overline{X}$ = 330.49	S.D=276.27	t= .157	p= .876
รายได้ของครอบครัว (บาท/วัน)						
≤100	2	7.41	1	3.44		
101-200	9	33.33	3	10.35		
201-300	5	18.52	5	17.24		
301-400	2	7.41	7	24.14		
401-500	2	7.41	3	10.35		
>500	7	25.92	10	34.48		
	$\overline{X}$ =612.59	S.D=853.47	$\overline{X}$ =644.56	S.D=556.52	t= -.165	p= .870

จากตารางที่ 5 พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายได้โดยเฉลี่ย 351.92 บาทต่อวัน ($\bar{X}=351.92$, S.D=657.67) และ 330.49บาทต่อวัน ($\bar{X}=330.49$, S.D=276.27) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบแล้วพบว่าไม่แตกต่างกันที่ $p > 0.05$

($t = .157$, $P \text{ value} = .876$) สำหรับรายได้ของครอบครัวของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันที่ $p > 0.05$ เช่นกัน ($t = -.165$, $P \text{ value} = .870$)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตาม ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=29)		รวม (n= 56)	
	n	%	n	%	n	%
ความเพียงพอของรายได้						
-พอ	12	44.44	10	34.48	22	39.29
-ไม่พอ	15	55.56	19	65.52	34	60.71
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต						
-ไม่มี	17	62.96	20	68.97	37	66.07
- มี ได้แก่ เบาหวาน	10	37.04	9	31.03	19	33.93
ความดันโลหิตสูง						
ภูมิแพ้ ปวดหลัง						
ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย						
บิดา	1	3.7	4	13.79	5	8.93
มารดา	10	37.04	3	10.34	13	23.21
บุตร	6	22.22	12	41.38	18	32.14
พี่น้อง	4	14.82	2	6.9	6	10.72
สามี	1	3.7	-		1	1.79
ภรรยา	3	11.11	6	20.69	9	16.07
ญาติ	2	7.41	2	6.9	4	7.14

จากตารางที่ 6 พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่มีโรคประจำตัว สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดาผู้ป่วย ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใน 3 ช่วงเวลา กล่าวคือในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ช่วง 72 ชั่วโมงแรกก่อนเริ่มต้นโปรแกรม (ช่วงเวลาที่ 0)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในห้องผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงแรก ก่อนเริ่มต้นโปรแกรม หรือ ช่วงเวลาที่ 0 ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยจำแนกเป็นรายมิติย่อยและคะแนนรวมการเผชิญปัญหา

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ ปัญหาช่วงเวลาที่ 0	กลุ่มทดลอง (n=27)		กลุ่มควบคุม (n=29)		t	P value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
มิติที่ 1 (แหล่งประ โยชน์และ การคิดเป็นระบบ)	20.77	7.00	22.89	6.30	-1.186	.241
มิติที่ 2 (พฤติกรรมทางกาย)	14.18	3.50	13.55	3.54	.672	.504
มิติที่ 3 (การรับรู้เชิงบวก)	19.70	5.64	19.27	5.04	.298	.767
มิติที่ 4 (การตื่นตัวกับ เหตุการณ์)	16.00	4.53	15.0	4.36	.840	.405
คะแนนรวมการเผชิญปัญหา	70.29	17.04	70.37	13.89	-.020	.984

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาลำดับที่ 1 (ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในห้องผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมงแรกก่อนเริ่มต้นโปรแกรมหรือ ช่วงเวลาที่ 0) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทั้งรายมิติ และคะแนนโดยรวม (p value > .05) ซึ่งมีการทดสอบการกระจายของคะแนนเฉลี่ยวิธีในการเผชิญปัญหาช่วงเวลาที่ 0 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการกระจายแบบปกติ

ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของคู่มือการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู

1. ผศ. ปิยะวาท เกสมาส, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8
อาจารย์พยาบาลสาขาศัลยกรรมประสาท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ. ดร. สุพร ดนัยคุชฎีกุล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8
อาจารย์พยาบาลสาขาศัลยกรรมประสาท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาว พรทิพย์ โกศลวัฒน์, พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ 3 สามัญ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
4. นางสาว ศิริลักษณ์ สุทธิชูไพบูลย์, พยาบาล ระดับ 6
APN สาขาศัลยกรรมประสาท คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
5. นายแพทย์ภูษิต ทรัพย์สมพล, นายแพทย์ 8
ศัลยแพทย์สาขาศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลระยอง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของคู่มือฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. ผศ. ปิยะวาท เกสมาส, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8
อาจารย์พยาบาลสาขาศัลยกรรมประสาท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ. ดร. สุพร ดนัยคุชฎีกุล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8
อาจารย์พยาบาลสาขาศัลยกรรมประสาท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาว สุจิตกุล, พยาบาล ระดับ 7
หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3 สามัญ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
4. นางสาว ทศนีย์ อินทรสมใจ, พยาบาล ระดับ 6
APN สาขาศัลยกรรมประสาท คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
5. นายแพทย์ภูษิต ทรัพย์สมพล, นายแพทย์ 8
ศัลยแพทย์สาขาศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลระยอง

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวรุ่งนภา เขียวชะอำ
วัน เดือน ปี เกิด	26 พฤษภาคม 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดระยอง
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, 2537-2539 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2543-2545 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549-2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) Master Degree of Nursing Science (Adult Nursing)
ทุนวิจัย	ทุนวิจัยบางส่วนของมหาวิทยาลัยมหิดล
รางวัลที่ได้รับ	Award-winning paper จาก Roy Adaptation Association, Boston, USA โดยได้รับ A certificate of honorary จาก การนำเสนอผลงานวิทยานิพนธ์ครั้งนี้
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ห้องผู้ป่วยหนักรวม โรงพยาบาลระยอง เบอร์โทรศัพท์ 038-611104 ต่อ 3411 E-mail: kunnai2@hotmail.com
ที่อยู่ปัจจุบัน	158/10 ม.1 ต. เชิงเนิน อ. เมือง จ.ระยอง 21000 เบอร์โทรศัพท์ 089-6036667