

**THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR INFORMATIONAL AND EMOTIONAL
SUPPORT IN COPING FOR FAMILIES OF
TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS
IN INTENSIVE CARE UNITS**

The logo of Mahidol University is a large, faint watermark in the background. It is circular with a yellow border. Inside the border, there is a blue circle containing a golden emblem of a traditional Thai stupa. The Thai text 'มหาวิทยาลัยมหิดล' (Mahidol University) is written in a circular path around the emblem.

POL.CAPT. SUTHATHAI KAMSAP

**A THEMATIC PAPER SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
(ADULT NURSING)
FACULTY OF GRADUATE STUDIES
MAHIDOL UNIVERSITY
2006**

COPYRIGHT OF MAHIDOL UNIVERSITY

Thematic Paper
Entitled

**THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR INFORMATIONAL AND EMOTIONAL
SUPPORT IN COPING FOR FAMILIES OF
TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS
IN INTENSIVE CARE UNITS**

Suthathai Kamsap

Pol.Capt. Suthathai Kamsap

Candidate

Suporn Danaidutsadeekul

Asst.Prof. Suporn Danaidutsadeekul,

D.N.S.

Major-Advisor

Orapan Thosingha

Asst.Prof. Orapan Thosingha,

D.N.S.

Co-Advisor

M.R. Jisnuson Svasti

Prof. M.R. Jisnuson Svasti,

Ph.D.

Dean

Faculty of Graduate Studies

Pornsri Sriussadaporn

Assoc.Prof. Pornsri Sriussadaporn,

M.Ed. (Education Research)

Chair

Master of Nursing Science

Faculty of Nursing

Thematic Paper
Entitled

**THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR INFORMATIONAL AND EMOTIONAL
SUPPORT IN COPING FOR FAMILIES OF
TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS
IN INTENSIVE CARE UNITS**

was submitted to the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University
for the degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)

on
14 June, 2006

Suthathai Kamsap

Pol.Capt. Suthathai Kamsap

Candidate

Suporn Danaidutsadeekul

Asst.Prof. Suporn Danaidutsadeekul,

D.N.S.

Chair

Orapan Thosingha

Asst.Prof. Orapan Thosingha,

D.N.S.

Member

Akkapong Nitising

Dr. Akkapong Nitising,

M.D.

Member

Pornsri Sriussadaporn

Assoc.Prof. Pornsri Sriussadaporn,

M.Ed. (Education Research)

Member

M.R. Jisnuson Svasti

Prof. M.R. Jisnuson Svasti,

Ph.D

Dean

Faculty of Graduate Studies

Mahidol University

Kobkul Phanchaoenworakul

Assoc.Prof.Kobkul Phanchaoenworakul,

Ph.D. (Nursing)

Dean

Faculty of Nursing

Mahidol University

ACKNOWLEDGEMENT

This thematic paper was accomplished with the greatly and thankfully contribution from Assist professor Dr. Suporn Danaidutsadeekul and Assist professor Dr. Orapan Thosingha, thematic paper advisor who gave me idea, suggestion and beneficial guideline and contribute their time to edit and audit the content and every steps of study and writing including their greatly mental support and encouragement. Investigator would like to express the deepest gratitude to their excellent supervision on this study.

I would like to thank also every lecturer who attentively and intensively taught and trained me during my master's degree study. Thanks for thematic paper examination committee who gave useful advice to improve this thematic paper. I would like to thank all experts who kindly investigate my work for validity and gave me beneficial comments to improve and correct this thematic paper.

Last but not least, I would like to thank my father, mother, sister/brother as well as all colleagues who always gave me love, care, including encouraged me until this thematic paper was finished successfully.

Pol.Capt. Suthathai Kamsap

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT IN COPING FOR FAMILIES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS

POL.CAPT. SUTHATHAI KAMSAP 4736694 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S.,
ORAPAN THOSINGHA, D.N.S.

ABSTRACT

Traumatic brain injury is an important cause of impairment and death at present. Traumatic brain injury incident does not only affect the patient but also the patient's family as it can induce stress and anxiety to the patient's family members. This thematic paper is aimed to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) for providing informational and emotional support to the trauma brain injured patient's family using an evidence based practice model as the conceptual framework (Soukup, 2000). The model provides detailed methodology of problem analysis, searching of related evidence, evidence analysis and synthesis, and evaluation of implementation feasibility. In total, 12 relevant research and empirical evidences were obtained, 2 of which were randomized control trials, 5 of which were quasi-experimental studies, and 5 of which were descriptive studies. The obtained evidences were analyzed, synthesized and categorized into recommendations for providing informational and emotional support to trauma brain injured patient's families to cope with the crisis. The recommendations were categorized into 4 topics as follows: 1) recommendations concerning the timing to provide informational and emotional support 2) recommendations concerning informational and emotional support providers and receivers 3) recommendations concerning content of information 4) recommendations concerning information providing technique and communicating media. These recommendations were utilized in developing CNPG for informational and emotional support in coping for family of traumatic brain injury in intensive care units and the developed CNPG was checked for validity by 5 experts in order to improve the CNPG for informational and emotional support which is comprised of 3 stages as follows: 1) early phase of patient's admission in intensive care units 2) resuscitation phase and 3) discharging phase of patient to general ward

It is recommended that the effectiveness of CNPG should be evaluated by trying it out in a pilot study to assess implementation feasibility prior to actual implementation. In addition, nurses who will be the users of this CNPG should have counseling training. In future there should be research conducted to study the effectiveness of this CNPG for continuous development of CNPG. Training and seminars on this CNPG should be provided to all relevant personnel to broaden the CNPG implementation.

KEY WORDS: CNPG / TRAUMATIC BRAIN INJURY / INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT / INTENSIVE CARE UNIT / FAMILY

145 P.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลและประคับประคองอารมณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก (THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT IN COPING FOR FAMILIES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS)

ร้อยตำรวจเอกหญิงสุดหทัย คำทรัพย์ 4736694 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : สุพร ดนัยคุชฎีกุล, พย.ค, อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค.

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในปัจจุบัน ผลกระทบจากบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นไม่เพียงเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ระดับความเครียดและความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลและประคับประคองอารมณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้กรอบแนวคิด evidence – base practice ของ Soukup (2000) ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจำนวน 12 เรื่อง ซึ่งเป็น randomized control trial 2 เรื่อง quasi-experimental study 5 เรื่อง งานวิจัย descriptive study 5 เรื่อง จากผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ นำมาจัดหมวดหมู่ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและประคับประคองอารมณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งออกเป็น 4 หมวด คือ 1) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะเวลาในการให้ข้อมูลและประคับประคองอารมณ์ 2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผู้ให้และผู้รับการให้ข้อมูลและประคับประคองอารมณ์ 3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหาของข้อมูลที่ให้ 4) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการให้และสื่อที่ใช้ นำข้อเสนอแนะไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และตรวจสอบความแม่นยำตรงของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ในที่สุด นำมาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลและประคับประคองอารมณ์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งการสนับสนุนเป็น 3 ครั้ง ใน 3 วันแรกที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย 2) ระยะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตต้องช่วยฟื้นคืนชีพ และ 3) ระยะที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ควรมีการทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการนำไปทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง นอกจากนี้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมทักษะการให้คำปรึกษา และในอนาคตควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดอบรมเพื่อเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

145 หน้า.

CONTENTS

	Page
ACKNOWLEDGEMENTS	iii
ABSTRACT (ENGLISH)	iv
ABSTRACT (THAI)	v
LIST OF TABLES	vii
LIST OF FIGURES	viii
CHAPTER	
I INTRODUCTION	
1. Background and Significant of the Study	1
2. Main Issues	6
3. Purposes of the Study	7
4. Expected Benefits/Outcomes	8
II LITERATURE REVIEW	
1. Review of Concepts/Theories Related to Issues of Concern	9
2. Conceptual Framework of the Study	28
3. Summary of Literature Review	31
III PLAN FOR IMPLEMENTATION	
1. Select Model of Implementation	32
2. Modified Framework for the Study and Study Process	33
IV CONCLUSION AND RECOMMENDATION	55
REFERENCES	58
APPENDIX	67
BIOGRAPHY	145

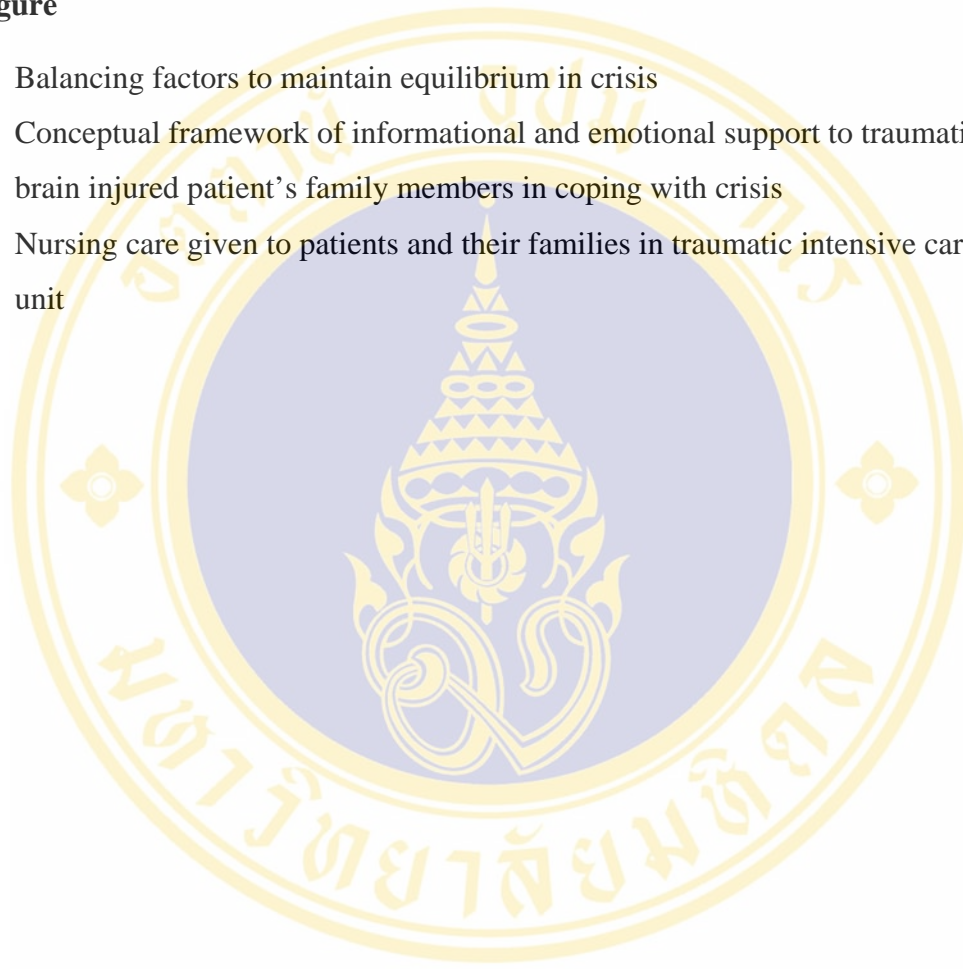
LIST OF TABLES

Table	Page
1. Research and empirical evidence searching	39
2. Evidence classification using classification criteria of Stetler et al. (1998)	43



LIST OF FIGURES

Figure	Page
1. Balancing factors to maintain equilibrium in crisis	18
2. Conceptual framework of informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members in coping with crisis	30
3. Nursing care given to patients and their families in traumatic intensive care unit	34



CHAPTER I

INTRODUCTION

Background and Significant of the Study

Traumatic brain injury is an important cause of death and disability at present. According to accident statistics in United States of America, there were approximately 500,000 traumatic brain injured persons per year and died before arriving hospital about 50,000 persons. For the traumatic brain injured persons who arrived at hospital, 80% of them had minor traumatic brain injury and rarely need the care in intensive care unit (ICU), 10% had moderate traumatic brain injury and may need an observation in ICU, and 10% had severe traumatic brain injury which fast and correct nursing care and maintain equilibrium can reduce mortality and impairment rate (American College of Surgeons, 1997 cited in Bond, Draeger, Mandelco, & Donnelly, 2003). In United Kingdom, the traumatic brain injured patients admitted in hospital were 1.4 million persons per year (The national Institute of Clinical Excellence, 2003). The main causes of injury were motor vehicle accident and fall (Kneafsey & Gawthorpe, 2003). Traumatic brain injury and impairment after injury is drastically increasing in recent years (Thornhill et al., 2000).

In Thailand, there were 270,000 traumatic brain injury patients in 2000 (Chuprapawan, 2000). Traumatic brain injury is the 2nd highest cause of mortality to number 1, cancer (Health Information Division, Bureau of Health Policy and Plan, 2002). Mortality rate due to traumatic brain injury incidence tended to increase every year. In 2002, deaths by accidents were 22,275 cases and injured by accident were 306,308 cases. In 2003, deaths by accident were 22,524 cases and injured by accident were 320,461 cases. According to a research studied at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, the causes of traumatic brain injury were motor vehicle for 84.6%, human assault for 12.4% and the other accidents for 1.5%. In details, the most frequent found cause of traumatic brain injury was motorcycle accidents 70.1%. Traumatic brain injury is the most found cause of injury in pedestrian (80%), and the

found cause of mortality as well (72.7%). (Wachirapunt, Wathanasrisin, Auksornvong, Rojvachiranonda, & Younlae, 1999).

Traumatic brain injury patient is the highest numbers category of patients admitted in ICU, for total amount of 36 patients (Patient Statistics in Traumatic Intensive Care Unit, Police General Hospital, 2005), and admitted in hospital totally 64 patients (Statistics Division in Police General Hospital, 2005).

After traumatic brain injury, patients may have physical impairment, cognitive impairment, or behavioral impairment (Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992), their loss of intellectual cognitive and sensory functions including communication ability (Acorn & Robert, 1992). These deficits do not affect only the patient but also family members (Dunbar & Mclain, 1993). After the seconds of hearing the traumatic brain injury news, patient's family members had very short time to cope with unexpected situation (Hickey, 1993). The acute and unavoidable situation can drastically increase stress and anxiety of patient's family members which subsequently can induce emotional depression (Watanabe & Taki, 2000; Reider, 1994).

According to crisis theory of Aguilera (1994), human being is an open system with always have interaction with external environment. Normally human being is in state of equilibrium but when attacked by the stressful event the disequilibrium occurs. The person can respond to stress in 4 dimensions as follows; 1) Emotional stress responses which altered emotion such as fear, and anger 2) Behavioral stress response such as altered speech expression. 3) Intellectual stress response such as thought and memory deficit, 4) physical stress response such as fight or flight syndrome which is the reaction of acute anxiety as same as fear which is the physical preparation of a person to confront with any threatening situations by self such as fleeing from threatening event. The General Adaptation Syndrome (GAS) describes human being adaptation to stress response as 1) Alarm response which relates to the regulation of body resources, 2) A stage of resistance which the bodily resistances to the stress response raise above normal. 3) A stage of exhaustion, during with adaptation response energy is used up or dissipated. During using adaptation response energy, the family members of critically ill patient's ability to cope with crisis depends on 3 balancing factors which are perception of the event, available situational supports, and

coping mechanisms. Without one in these three factors, person cannot cope with stressful event resulting in disequilibrium and finally lead to a crisis. Crisis can be divided into 2 types: maturational crisis and situational crisis.

Stressful and anxiety of patient's family members at the first acknowledging patient's injury news is the situational anxiety. The anxiety occurred is related to the threats perceived by situation evaluation concerning threatening and loss of life which may occurs in the future. The traumatic brain injury family members may have to cope with death or the vision of death of the patient (Pittman & Fowler, 1997). Anxiety and stress occurred by acknowledging of patient's fatal illness due to fear of losing their beloved person (Hudak, Gallo, & Morton, 1998). The cause of stress and anxiety is: anxiety due to unknown patient's symptoms status (Halm, 1990; Testani-Dufour et al., 1992) and unknown patient prognosis (Hickey, 1993). Especially most of patients arrived at hospital in unconscious condition and on-mechanical ventilation which needs a close care in ICU in critical phase. So, patient's family members view this serious situation as mental threatening due to worrying about patient and the needs of confidence that patient will have the best treatment (Bokinskie, 1992). In some cases patient has to undergo brain surgery which is the major surgery related to vital organ of the body. Patient may be retained with many drainage tubes or many connection of resuscitation device. The sound of these resuscitation devices or getting in contact with unfamiliar health care personnel arouses stress and anxiety of patient's family members (Hickey, 1993; Rukholm, Bailey, Coutu-Wakulczyk, & Bailey, 1991).

The situation when a family member gets severe illness and has to be admitted in ICU is considered as a crisis in family life. Especially if that illness is life threatening, patient's family members are getting more stress and anxious. Despite, health care personnel mostly overlooks the significance of patient's family members' problem. Health care providers mostly concentrate on patient treatment and care. They ignore to provide patient's family care in view of family needs assessment and problem coping assistant. The life crisis of patient with traumatic brain injury due to unstable and symptoms illness cause ICU health personnel concentrate and put all their effort in saving patient's life by symptom assessment, symptom monitoring, and taking close care of patients to prevent complications including managing all medical technologies (Freichels, 1991; O'Mally et al., 1991 cited in Bijttebier, Vanoost, Delva,

Ferdinande, & Frans, 2001). During early admission and 1-2 weeks after admitted in ICU, nurse and physician give necessary information to patient's family members but do not assess family needs in informational and emotional support in deeper details (Bijttebier et al., 2001). Moreover, patient's family members dare not ask about the information they need to know and the relationship between patient's family members and health care personnel is usually frail. So the ICU personnel often overlook patient's family members' feelings and do not understand the problem and real needs of patients and family members (Dohert, Plowfield, Ware, & West, 1999). As a result, patient's family members do not get the response in informational and emotional support requirements so may make an inappropriate choice of coping strategy.

Normally coping in crisis of family would be ineffective (Prevost, 1997) if family members have excessive stress and anxiety. So, they cannot utilize the information provided by health care team effectively (Reider, 1994) and the decision making for patient's care is not as good as it could be (Mirr, 1991). As a result the patient and patient's family member's need is not satisfied and the problem cannot be solved so the crisis can persist or re-occur. Care preparation from the early stage of traumatic brain injury (National Institute of Clinical Excellence, 2003) for patients and patient's family members by assessing short term and long term effect should be carried out to maintain family health status which may be affected by behavioral, emotional, and physical problem of patient with traumatic brain injury and then induce depression or anxiety on family members (Watanabe & Taki, 2000).

According to the review of literature related to the needs of critically ill patient's family members in needs and meeting the psychosocial needs dimension of critically ill patient's family members in ICU. Most of the studies revealed that critically ill patient's family members had mostly information needs (Molter, 1979; Testani-Dufour et al., 1992; Serio et al., 1997; Bijttebier et al., 2001). On the emotional dimension, the study revealed that critically ill patient's family members often cannot accept the truth of patient's illness and overwhelmed with sadness which affect to corporation in treatment and giving patient feedback data to health care team. Patient's family members therefore had the needs of hope, the needs of feeling that health care personnel put all their effort in providing care and treatment to patients, the needs to stay close to patients and the needs of social support (Molter, 1979).

According to Kosco & Warren (2000) concerning perception of nurses to family needs during 18-24 hours after admitted in ICU. The highest top ten of the needs perceived are: feeling confidence that the treatment is the best as possible, feeling confidence that patient get attentive care from nurse, getting information about prognosis, getting the patient's information one times a day, having phone call advising the patient symptoms, advising transporting plan of patient to other ward, getting information about the progress of illness, meeting and having conversation with physician everyday, knowing what has been done for patients everyday, knowing the treatment provided to patients. In addition, nurses also perceived that patient's family needs confidence, staying close to patient, and information in high level, whereas the needs in comfortable arrangement was in minor level.

Therefore, providing informational and emotional support for patient's family members especially the signs and symptoms of patients is important for preventing physical and mental health disturbance of patients. Health care personnel should as well support the needs of patient's family members to cope with problem of patient care in physical, emotional and aggressive behavior aspect by providing the guideline to manage such symptoms and problem appropriately (Fleminger, Greenwood, & Oliver, 2003). The support provided to patient's family members includes instruction about patient care after critical care which covers knowledge in care, rehabilitation, and useful resource for patient care to patient's family members (Swift & Wilson, 2001). Also including giving adequate time to provide informational and emotional support to patient's family members (Darragh, Sample, & Kriegger, 2001). According to compare the meeting of the needs of patient's family members perception among nurses, physicians, and patient's family members. A these group perceived that nurse are mostly responsible for meeting the needs of families, whilst all perceived that the roles of providing informational support belonged to nurse and physician mutually provided that physicians provide specific information and nurses provide general information (Gelling & Provest, 1999). This study indicated that nurse played an important role in facilitate patient's family members in terms of meeting the needs of families to reduce anxiety and stress and support patient's family members to maintain their family equilibrium.

Nurse is the important personnel in role of informational and emotional support to patient's family members since nurse work closely to the patients and their family members so they are the best persons who understand and provide an accurate assessment to patient's family members's needs. According to the above analysis from the previous literature and from the experience in patient care in traumatic intensive care unit, the needs of patient's family members are not only general information i.e., symptoms, treatment plan, visiting policy, but also more details and offensive information indicating patient illness status and change periodically. In the mean time, it is necessary for nurses to assess the emotional impact to patient's family members altogether in terms of the patient family members's needs as it would happen since the emotional impacts to patient's family members in early crisis is huge. If the informational and emotional support is provided when the patient's family members are physically and psychologically ready, the information can be the most beneficial to patient's family members and patient in planning for continuing care and home-based care in the future.

Informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members can therefore alleviate their anxiety and stress and also enhance their ability to cope with problem effectively which enable patient's family members to be ready for incorporating in treatment plan including increase their satisfaction in health care service. This is in accordance with the hospital quality policy in Hospital Accreditation which emphasize in providing quality services which meet the standard, accuracy, modern, valuable and cost-worthy including enhancing client satisfaction in services with the suitable measurable services outcome evaluation. These quality goal can be achieved in one means by develop the evidence based practice for providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members in ICU which can be implemented in actual clinical practice in future.

Main Issue

Traumatic brain injury is a sudden and unforeseen. When a family receives the traumatic brain injury news, they are unprepared to accept the situation which cause them severe anxiety and stress. This psychological mechanism is related to perception of threat results from situation assessment as hazard and potential loss of life of

patient. Family members have to cope with death of patient or expect to cope with death of patient or change of symptoms or even change of treatment regimen provided to patient. These cause anxiety and stress from fear of losing their beloved person which has effect to their health status. Ability of critically ill patient's family member to cope with crisis can be effective or not depending on the balancing factors, perceptions, and the support systems to that crisis and problem solving mechanism. During the crisis, patient's family members need a lot of support to enhance their potential and ability to manage the situation and to enhance coping mechanism and to choose various strategies to prevent stress and to rectify the problem effectively. So the crisis in patient's family can be alleviated or even disappeared. Nurses play major roles to provide social support to patient's family members in crisis. The nurse gave the general information when patient with traumatic brain injury was admitted in ICU. However, there had been no assessment of need and no assessment of readiness for getting information which may result in incomplete informational support, or inappropriate informational support to patient's family member's needs. The important thing that nurse should be highly aware of, is that the crisis on patient's illness can have effect to patient's family members emotion. The nursing practice in traumatic ICU unit did not have standard practice on informational and emotional support for traumatic brain injured patient's family members to cope with crisis in order to adapt themselves to stress without any problems on their physical and psychological health. As a result, this problem need appropriate management by developing clinical nursing practice guideline (CNPG) for providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members. By using evidence-based practice to identify an appropriate information provider and receiver the action taken if inappropriate informational support occurs, what is the content of information, and when the information should be provided.

Purposes of the Study

To develop CNPG for providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members in ICU.

Expected Benefits/Outcomes

1. The organization possesses practice guideline and standard for providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members in ICU.
2. Traumatic brain injured patient's family members admitted in ICU get appropriate information and emotional response matching for their needs.
3. Traumatic brain injured patient's family members can cope with crisis effectively and can perform appropriate adaptability to crisis.



CHAPTER II

LITERATURE REVIEW

Review of Concept/Theories Related to the Issue of Concern

Conceptual frameworks and theories related to providing informational and emotional support in coping for families of traumatic brain injury patients in ICU literatures review are carried out in the following issue;

1. Patient with traumatic brain injury in ICU
2. Patient's family members crisis from traumatic brain injury incidence of patient.
3. The needs of patients's family members of traumatic brain injury patients in ICU
4. Providing informational and emotional support to traumatic brain injured patients's family members in ICU

1. Patient with traumatic brain injury in ICU

The definition of traumatic brain injury accepted in modern health care: 1) Having clear evidence of being hit or impacted on the head. 2) Finding of laceration on head or forehead skin. 3) Change of level of consciousness even shortly and temporarily (Jenette & Teasdale, 1981 cited in Puenpathom, 1998).

Patients who have one or more clinical definition stated above are patients with traumatic brain injury except facial injury such as laceration on the face, fracture of facial bones, intrusion of foreign material in the ears, or nasal bleeding. However, facial injury can be found concomitantly with traumatic brain injury (Puenprathom, 1998).

The causes of traumatic brain injury are mostly motor vehicle accidents for 50%, falling from high elevation is 21%, assaulted by other person is 12%, and sports and recreation activities is 10% (Hickey, 1997).

Traumatic brain injury occurs due to the impact of external force on head which cause injury to head skin, skull and brain. Patients with traumatic brain injury have decreased level of consciousness, physical impairment, cognitive, and Behavioral impairment (Testani-Dufour et al., 1992), include communication deficit (Acon & Robert, 1992).

Most of traumatic brain injury type is from external impact without laceration on skin which is called close traumatic brain injury. Head impaction causes contusion, swelling, or laceration on head skin. In addition to brain injury, intracranial vascular may be damaged and causes hemorrhage (Pholpesert, 1998). Most of intracranial vascular injuries are often caused by penetration wound by firearm bullet which the size of wound may be small but the injury is deep down from skin laceration, skull fracture, and brain damage along the trajectory of bullet. If the velocity of bullet is high, the brain will be damage in broad area (Bottcher, 1989).

Mechanism of traumatic brain injury is an important knowledge to identify the consequences pathology of brain injury. Primary brain injury occurs immediately on traumatic brain injury (Pholprasert, 1998; Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) which causes contusion, laceration or hemorrhage. The primary brain injury can be categorized into 3 pathological types as follows; local brain damage is the brain injury which is confined within the area of traumatic brain injury, the symptom found is little hemorrhage under pia matter or larger hemorrhage which can compress into corresponding brain area causing brain infarction. The second type is polar brain damage where the impact causes abrupt brain herniation and sudden stop. The pathology can occur in many areas of the brain simultaneously. The third type of brain injury is diffused brain damage from swirling head force which cause lots of axon damage. Patients are usually in deeply comatose state, response to pain stimulation, abnormality of extremities stretching, and vegetative state.

Secondary brain injury is the subsequent injury from brain injury such as intracranial hematoma, brain edema, and brain infarction. In addition, some complication can also cause secondary brain injury such as hypoxia, hypercapnia, and hypotension (Hudak et al., 1998), hypertension (Thelan et al., 1998), and brain herniation (Chipps, Clanin, & Campbell, 1992). These factors causes increased intracranial pressure (Thelan, et al, 1998).

Patients with severe brain injury can recover from the primary stage and then exacerbates on secondary stage which can lead to death without close and attentive care (Teddy & Anslow, 1988). If the diagnosis and treatment can be done in due course, the life taking secondary stage can be prevented (Pholprasert, 1998).

There are many types of traumatic brain injury characteristics which a patient can be suffered from many traumatic brain injury types concomitantly (Gardner, 1986). The types of traumatic brain injury were as follows;

1. Scalp injury which may be laceration, bruise, or scratching (Walleck & Mooney, 1994).

2. Skull fractures can be found often in traumatic brain injured patient. The fracture of skull may be linear, comminuted, or depressed which cause damage to dura mater (Gardner, 1986). Basal skull fracture is mostly found in linear form which most likely to have dura mater laceration due to cut from basal skull which its edge is sharp, rough and hard (Walleck & Mooney, 1994). The fracture of basal skull in anterior fossa can cause raccoon's sign or periorbital ecchymosis, rhinorrhea, and impaired eyes muscle control. The fracture of basal skull in middle fossa can cause battle's sign or bruise above mastoid bone, damage of facial nerve, auditory nerve and body equilibrium nerve, otorrhea can be also found (Gardner, 1986; Walleck & Mooney, 1994).

3. Concussion: is a minor injury which its pathology cannot be visibly noticed (Pholprasert, 1998). Patient may be unconscious shortly for seconds or as long as an hour, patients may experience headache, dizziness, nausea, restlessness, disoriented, forgetfulness, or fatigue. Patient who had more than 5 minutes unconsciousness has to be admitted in hospital to monitor the symptoms for 24 hours (Thelan et al., 1998).

4. Contusion: is characterized by edema and contusion of brain with the spotted hemorrhage (Pholprasert, 1998). This is severe brain injury (Walleck & Mooney, 1994). Contusion is found in coup or countercoup position due to the movement of brain in the skull (Gardner, 1986). The sign and symptoms depend on the position of contusion in the brain. The contusion may be a small spot but can exacerbate in the next 2-3 days due to edema or hemorrhage which cause increased intracranial pressure (Thelan et al., 1998).

5. Hematoma: hematoma in skull result from traumatic brain injury which can be divided into 3 types as follows; epidural hematoma, subdural hematoma (SDH), and intracerebral hematoma. Epidural hematoma often occurs from skull fracture concomitantly with middle meningeal artery laceration (Walleck & Mooney, 1994). The specific symptoms of the epidural hematoma is temporary unconsciousness after traumatic brain injury then undergo lucid interval of consciousness then gradually worse until become unconscious again, the pupil on traumatic brain injury side dilates and no reflex to light, the contralateral extremities are fatigue (Pholprasert, 1998; Thelan et al., 1998). SDH occurs due to laceration of bridging veins between brain tissue and dura (Thelan et al., 1998) which can be classified into 3 types, i.e., acute SDH which exhibits the symptoms within 4-8 hours after injury, subacute SDH which exhibits the sign and symptoms within 2 days-2weeks after injury, chronic SDH which exhibits the sign and symptoms longer than 2 weeks. The chronic SDH often found in elderly or late adult who has a long term alcohol usage history or having anti-thrombosis drugs. The intracerebral hematoma occurs due to skull fracture and collapse, being assaults by hard object or armament, or due to abrupt and strong movement of brain due to sudden impact. This type of injury can occupy the large area of brain and as severe as most patients are death.

The severity of traumatic brain injury can be assessed using Glasgow Coma Scales (GCS) based on Traumatic Coma Data Bank (Hudak et al., 1998), which can be classified into 3 levels; minor, moderate, and severe traumatic brain injury. Minor traumatic brain injury (GCS 13-15 point) has been the most frequently found case which is approximately 55% of total traumatic brain injury cases. Patient may have decreased level of consciousness or amnesia for less than 30 minutes, no skull fracture or cerebral contusion, and no intracranial hematoma. Moderate traumatic brain injury (GCS 9-12 points) has been found in 24% of traumatic brain injury cases. Patient may have decreased level of consciousness or amnesia for more than 30 minutes but not over than 24 hours, skull fracture may be found. Severe traumatic brain injury (GCS 3-8 points) has been found in 21% of traumatic brain injury cases which is the least. Patients have decreased level of consciousness for more than 24 hours together with cerebral contusion or cerebral hematoma. However, it should be kept in mind that patient with minor traumatic brain injury can affect to their cognitive and memory

which can permanently change their life style and adversely affect to their health status in long-term (Walleck & Mooney, 1994).

Treatment of traumatic brain injury patient with brain injury pathology only usually adopts conservative treatment plan (Pholprasert, 1998). The treatment regimen includes maintaining sufficient blood brain circulation and oxygen level, as well as complication treatment such as pneumonia or other infection (Thelan et al., 1998) and the other pharmacotherapy such as intracranial pressure decrease drug such as Mannitol, furosemide (Puenpathom, 1998). Medication for reduce brain edema such as dexamethasone which the brain edema decrease action is reported in brain tumor patient but its action on patient with brain injury is still under controversial (Ladplee, 1999), however, this drug is currently used in case of severe brain injury with vasogenic brain edema (Puenprathom, 1998). The anti-convulsant drug such as phenytoin is also administrated in patient with traumatic brain injury (Pholprasert, 1998). If intracranial hemorrhage is found, surgery is required to remove the hematoma (Pholprasert, 1998). The surgical operation in this case can be done by making a burr holes on skull or open-skull surgery and sucking the accumulated hematoma out (deWit, 1998). Open skull surgery can be divided into 2 types based on the position of tentorium, the first type is supratentorial surgery is the surgery on cerebrum; the second type is infratentorial surgery which is brain stem and cerebellum surgery (Schenk, 1995).

Patients with traumatic brain injury can have physical or cognitive impairment from the injury. In the primary stage after injury, the decreased level of consciousness or memory loss can occur, even in the minor traumatic brain injury case. Moreover, the personality and behavior are also affected. This change, even though a small changes can lead to patient's distress, anxiety and stress (Rice, 1992). Traumatic brain injury does not have effect only to patient but also to patient's family members (Acorn, 1995; Baker, 1990). Family member confronts with situations inducing lots of emotional change, especially during crisis that induce a lot of stress and anxiety to them (Kleiber et al., 1994 cited in Hudak et al., 1998).

Traumatic brain injury pathology is a vulnerable life threatening illness which requires specific medical devices and continuing treatment and care in ICU. Besides, traumatic brain injury causes loss of functionality and impairment as in physical,

psychological, emotional, social, and also behavior. If the severity level of traumatic brain injury can be assessed accurately and fast, the accurate and fast treatment can be given to patient and the homeostasis can be maintained which can reduce mortality and impairment. However, nurse should take into account the effect of patient's health status change to family members. Since the change in illness status can induce stress, fear, and anxiety about patient tendency to be impaired or death.

2. Patient's family members crisis from traumatic brain injury incidence of patient.

As patient is admitted in hospital with critically ill condition, the situation can be viewed as crisis in patients and patient's family members' life. The unstable of disease progress incorporates with fear of death or permanent impairment, altered role performance, worrying in economic status, and unaccustomed to ICU environment. These are important factors which inducing stress (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993). Family members of critically ill patients experiences the emotional accessing such as shock, disbelieving, and anxiety especially in the first 72 hours of admission in hospital (Kleiber et al., 1994 cited in Bijttebier et al., 2001) and in some cases would induce more stress than the patients themselves (Gillis, 1984 cited in Bijttebier et al., 2001).

Changing can occur in family members of traumatic brain injury patient and can be subjected to continuously changing critical condition of patient. The problem which is found most is the lack of understanding of the family about pathological change of patient and undergoing of disease including the trend of death or permanent impairment of patient (Hall et al., 1994, cited in Bond et al., 2003). Since the traumatic brain injury is sudden and unforeseen incorporating with instability of patient's symptoms and death of patient which can occur all the time resulting in more vulnerable in family structure (Landsman et al., 1990 cited in Bond et al., 2003). The experience of patient's family members admitted in ICU can be divided into 4 phases 1) Hovering is the first reaction which patient's family members may confuse, stress, and uncertainty, 2) Information seeking, the patient's family members collect information concerning patient and patient's pathology in order to eliminate their hovering and to acquire information about the progress of patient's symptoms. 3)

Tracking, patient's family members observe, analysis and assess the patient care activity and patient illness status, 4) Garnering resources, the resources which is beneficial for all family members such as recreations, foods, activities, privacies, and the psychological responses such as the support from family members, friends, caregivers, or other patient's family members including other resources such as accessibility to patient visiting, having network of sincerity and hope (Jamerson, et al., 1996) which is in accordance with Aguilera & Messick (1986) who identified the 5 steps of family response to crisis as follows;

1. Precrisis or shock: is the first instance the person face the serious situation they would be in shock, disbelief, numb and stunned, frightened, and panic. This stage may take minutes or hours.

2. Crisis of defensive retreat: is when the person fails to cope with problem and begin to realize the impact of situation to self. In this stage, the person would be in highly anxiety, depression or anger. The behavior exhibited in this stage is restlessness, nausea, anorexia. This stage may take two days or many days.

3. Recoil or beginning of resolution: in this stage the persons start to accept the truth of situation and find the way to solve the remaining problem, the thought is in order and rational, and start to seek for advise from other persons who are more expertise. This stage may take weeks.

4. Resolution, adaptation and changes: the person can adapt to the change of situation properly and can solve the problem successfully, this step may take months.

5. Post crisis: in this stage the maturity and the new acquiring skill of problem coping can be achieved or on the contrary the inappropriate problem coping such as denial or using ineffective problem coping such as alcohol addiction, drug addiction, or an inappropriate eating.

The adaptation to loss process which has been most cited was the end of life patient adaptation process until able to accept their own death of Elizabeth Kubler-Ross (Kubler-Ross, 1969 cited in Trangkasombat, 2001) which comprised of 5 stages as follows 1) shock and denial when coming to know that illness of patient is severe and incurable, family members would be in shock and deny to accept the truth and try to remind themselves that the illness is not so severe and still have some opportunity to cure. This denial may be last long months or years. 2) Anger: patient would feel

injustice, defeated, and become anger and suffering. The family members would point their finger to the other family member or physician to be responsible for patient's illness. These are defense mechanism which holds the family standing together among the heartbreaking situation. 3) Bargaining: family member begin to accept the truth about the illness but still have latent hope that the illness is curable or seeking for advice from other physician and hoping to get the contradictive advice. 4) Depression: depression would follow when family members and patient realize the unavoidable truth about the impairment following traumatic brain injury which increases anxiety and stress to the family member and leading to depression (Watanabe & Taki, 2000). 5) Acceptance: by all means of action, the family members finally accept the truth calmly when the symptoms of patient does not getting better. Some family may take a long time to come to this point even each family member may come into this point in different time.

Adaptability in each stage varies depending on many factors such as whether such illness occurs acutely or gradually, past experience, relationship between patient and family, role and responsibility of patient in family, guilty/liability/anger in family members after illness, and the outcome of illness whether it causes patient's disability or other change (Solursh, 1990 cited in Luewanit, 1997). According to crisis theory of Aguilera (Aguilera, 1994), crisis is an emotional disequilibrium situation which occur when some change or loss heavily impact to the person emotion. As a result person cannot cope with the disequilibrium using the available coping mechanism so that the stress and anxiety increase and the problem remain unsolved. Person may feel desperate and finally give in due to grief and feeling incompetent to resolve that crisis. Person can have response to stress in 4 ways 1) Emotional stress responses: which are emotional change such as fear, and anger 2) Behavioral response such as changes of verbal expression 3) Cognitive stress response such as decrease of thinking ability or memory 4) Physical stress response such as Fight or Flight syndrome which is the reaction of acute anxiety as same as fear is the physical preparation of person to confront with any threatening situation by self such as flee from threatening event. GAS describes human being adaptation to stress response as 1) Alarm response which relates to the regulation of body resources, 2) A stage of resistance which the bodily

resistance to the stress response rise above normal. 3) A stage of exhaustion, during with adaptation response energy is used up or dissipated.

The crisis theory of Aguilera (Aguilera, 1994) explain that whether the members in family or patient's family members of critically ill patients can cope with crisis or not depending on 3 balancing factors as follows;

1. Perception of the event: the perception of the severity and reality of events
2. Available situational supports: having the other person who is dependable and facilitate in problem solving which enhancing confidence and safety.
3. Coping mechanisms: various strategies for coping with situation or stress.

If a person can utilize these 3 factors effectively they can find a way to solve the problem, maintain balancing, and preventing crisis. On the contrary, if one or more of the three factors are missing, person cannot solve the problem causing imbalance and crisis. The crisis can be divided into 2 types, i.e., maturational crisis and situational crisis, as shown in Figure 1

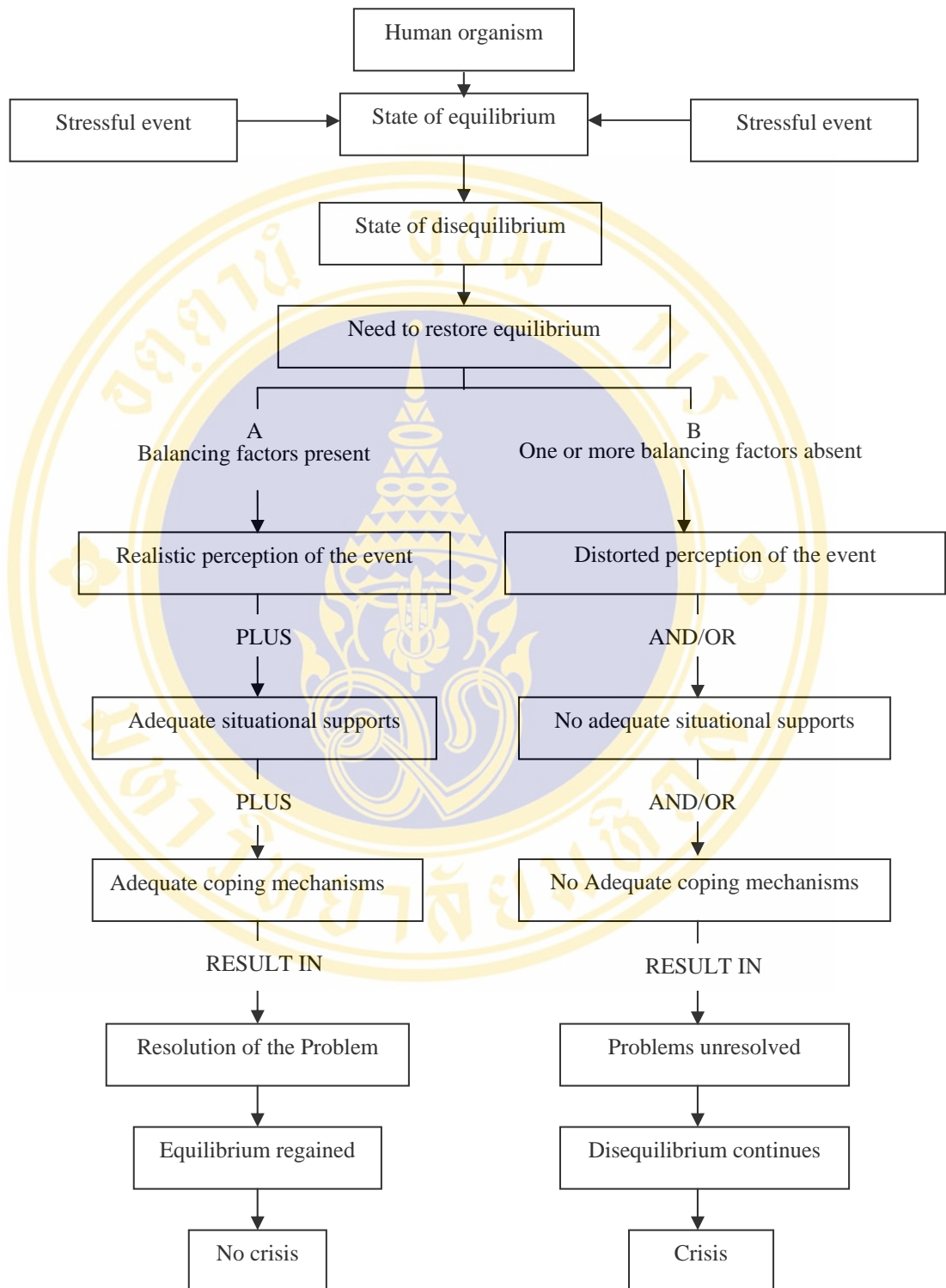


Figure 1. Balancing factors to maintain equilibrium in crisis

The situation that traumatic brain injured patient had to be admitted in ICU has drastically effect to the stress and anxiety of patient's family members which cause change in role and responsibility in family structure which consequently may cause physical and psychological illness of patient's family members.

According to the vision of American Association of Critical-care nurses (AACN) in providing patients and family support by establishing health care system driven by patient and family needs and performed by nurse who do their best to support the needs (American Association of Critical Care Nurse, 2002 cited in Bond et al., 2003). Empathy of nurse toward patient's family members concerning their crisis was found to decrease their anxiety and worrying (Curry, 1995 cited in Bond et al., 2003). In addition, nurses must have an appropriate interaction with patient family which is vitally for provide holistic health support for patient and family (Bond et al., 2003) by concerning patient and family needs as an importance of nursing support either information or emotional to facilitate patient to cope with problem and adapt to stress due to crisis appropriately.

3. The needs of patients's family members of traumatic brain injury patients in ICU

Having a family member becoming traumatic brain injured patient who admitted in ICU is a crisis of the family members, it causes role and responsibility alteration in family structure, and even cause physical and psychological illness to patient's family members. The most severe problem found in patient's family members are lacking of understanding in pathological change, undergoing of disease, and trend to be impaired or death, of a patient. As a result, a patient needs beneficial resources such as information about illness and treatment, social support, and coping mechanism in order to rectify or alleviate such effect and to gain better adaptation and coping ability. According to literature review concerning patient's needs:

Since the critically ill patients condition is severe and unstable, health care personnel in ICU concentrate all their energy and effort to save the patient's life emphasizing on assessing, observing and closely monitoring patient's symptoms in order to prevent complication including managing all related technologies (Freichels, 1991; O'Malley et al., 1991 cited in Bijttebier et al., 2001). There is some support

provided to patient's family but in fact, most of patient's family members needs are ignored (Daley, 1984 cited in Bijttebier et al., 2001) in having continuous interaction with patient and patient's family members. Nurses are in the best role to facilitate patient's family to cope with crisis (Price, Forrester, Murphy, & Monaghan, 1991 cited in Bijttebier et al., 2001).

Health care providers can provide the appropriate support to patient and family only after the patient and family needs has been accurately assessed (Forrester, Murphy, Price, & Monaghan, 1990 cited in Bijttebier et al., 2001). However, most of health care personnel still lack of realization in patient and family's needs (Quinn, Redmond, & Begley, 1996) and the realization in patient and family's needs knowledge from research literature has not been put into practice regularly (Wesson, 1997). Often health care team gives the routine treatment to patient's family, including waste their resources in satisfying minor needs of patient's family (Bijttebier et al., 2001).

According to literature review concerning needs of critically ill patients family on needs and meeting the needs of nurse in the past decade, together with applying modified patient's family needs questionnaire of critically ill patients in ICU of Molter (1979) (Bijttebier et al., 2001; Neabel et al., 2000), the research outcome indicated the importance of response to needs of critically ill patient's family. Molter reported the Critical Care Family Needs Inventory for total amount of 45 items which can be categorized into 5 issues as follows;

1. Needs of support: needs of social support is of the highest demand (Wesson, 1997). Critically ill patient's family needs support to alleviate stress, practice coping skill and enhance the strength to maintain family function (Gavaghan & Carroll, 2002). Response to needs to cope with stress and anxiety, increase family beneficial resource, and maintain strength to support patient (Leske, 1998). Accessibility to expert such as priest, social welfare officer, patient's supporter or other beneficial resource in hospital can also give support to patient and family (Gavaghan & Carroll, 2002).

2. Needs of comfort: many families have to visit patient for a long time in hospital, so, the waiting room should be comfortable (Gavaghan & Carroll, 2002) such as a comfortable couch and clean, quiet and private room with telephone service (Horn & Tesh, 2000). Family requires the waiting room nearby ICU especially when

sometimes some members want to cry out or to burse out their sorrow alone, and some families come from far away and need some rest (Quinn et al., 1996). Comfortable waiting room and accessory can pacify family suffering, restore their energy, and help reduce their anxiety (Leske, 1998; Gavaghan & Carroll, 2002). Hospital should identify the suitable ambient and surrounding condition of waiting room such as noise, light, temperature, privacy, and provide nice and refreshing environment in waiting room as much as possible. The health care personnel in hospital should communicate with patient's family in waiting room effectively to connect the family between waiting room and patient's bed (Gavaghan & Carroll, 2002).

3. Needs of information: needs of information reflects the demand of family to understand the patient's illness status since informational support can facilitate family to understand and have more feeling of control (Gavaghan & Carroll, 2002). Most of study reported that informational support is of the highest needs of critically ill patient's family (Molter, 1979; Testani-Dufour et al., 1992; Serio et al., 1997; Bijttebier et al., 2001) in patient's symptoms (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993; Quin, et al., 1996), disease prognosis (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993; Horn & Tesh, 2000), progress of patient's illness (Leske, 1986; Engli & Kirsivali-Farmer, 1993; Wesson, 1997), expectation (Engli & Kirsivali – Farmer, 1993), the treatment given to patient (Leske, 1986; Engli & Kirsibali-Farmer, 1993), truthful information (Mathis, 1984; Leske, 1986; Price et al., 1991; Engli & Kirsibali-Farmer, 1993; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005), getting understandable explanation (Leske, 1986; Price et al., 1991; Engli & Kirsivali-Farmer, 1993; Verhaeghe, et al., 2005), discussing with physician everyday concerning illness status and prognosis of patient, nurse explaining about critically ill patients care, the details of ICU and some operating instructions of the equipments which family can operate by themselves when visiting patient (Verhaeghe et al., 2005), inform the information by telephone when patient's symptom changed (Leske, 1986; Engli & Kirsivali-Farmer, 1993; Verhaeghe et al., 2005). More frequent meeting with physician (Horn & Tesh, 2000). Information concerning patient illness and treatment in writing such as handout, brochure, for instance (Lindsey, Sherrard, Bickerton, Doucette, Harkness, & Morin, 1997). The response of these needs on the basis of decision making and counseling given to family (Leske, 1998), the informational support or education in group and

writing information, identifying family representative, giving beeper/pager for emergency call, having a member as volunteer in hospital to coordinate with nurses at the bed side (Gavaghan & Carroll, 2002).

4. Needs of proximity: reflect the needs to stay connect with patient and maintain family relationship (Leske, 1998). Family want to take part in patient care and be ready to take a lot of time to support patient (Bond et al., 2003) stay in proximity with patient (Leske, 1986; Lorenz, 1995; Wesson, 1997), having more visiting hours, more flexible visiting hours (Horn & Tesh, 2000). The meeting of this need emphasize on provide proximity between patient and family (Leske, 1998; Gavaghan & Carroll, 2002), improving visiting policy, arranging the rules of visiting for children and pets, encourage family to stay together during completing the procedures and resuscitation, family members handle beeper to stay connect with their beloved during critical illness. This meeting to needs can facilitate family members to remain calm and able to play the role of care and support to patient. Family visitation is beneficial for cardiovascular and neurological responses of patient. Therefore, nurses can change family visiting policies by less-restrictive visiting of the patient's family members. (Gavaghan & Carroll, 2002)

5. Needs of assurance: reflect the needs to maintain hope, having a feeling of safety, and trust in health care service (Leske, 1998; Gavaghan & Carroll, 2002), family needs the feeling of confidence (Lorenz, 1995; Quinn et al., 1996), having a feeling that health care personnel take good care of patient (Molter, 1979; Leske, 1986; Price et al., 1991; Engli & Kirsivali-Farmer, 1993; Wesson, 1997), feeling assured that patient have the best possible care on highest effort from health care team (Leske, 1986; Price et al., 1991; Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) feeling hopeful (Molter, 1979; Leske, 1986; Wesson, 1997; Verhaeghe et al., 2005), the assuring and stabilizing when approaching to end of life of patient, family always prioritize the patients' comfort in family crisis and often ignore their own comfort and self care coincidental with the health care team has poor assessing in patient's family needs therefore cannot respond to the family needs sufficiently (Verhaeghe et al., 2005). Maintaining hope is related to patient outcome. The needs of realistic information and visible hope is important to develop trust in the relationship between health care providers and family. In the meeting to these needs, nurses have to propose effective

communication and paying closely attention to patient's family (Gavaghan & Carroll, 2002), in order to enhance assurance and safety and free the family from suspicious (Leske, 1998).

From many studies concerning family needs, the patient's family members have to cope with severe stress when patient is admitted in ICU and the needs of patient's family members are similar which the need of patient information is. As the ICU has strict rules for patient visit, family can not get the patient information concerning changes of symptoms continuously. For the emotional perception, the modern ICU system has the developed critical care and family care system emphasize on support in patient care, source of payment, coordination, comfort in waiting room and visiting, information advice, provide proximity visit in adequate time and incorporate in some allowable caring activities such as sensory stimulation, rehabilitation support, bed side facilitating, and other simple care. However, from related literature and from investigator's experience, patient's family members mostly express their anxiety and stress from body language. Some family members even verbally express their anxiety either in question or talking with inherent anxiety about the patient symptoms. Some may need help from the nurse during the denial stage which causes lots of stress in themselves.

Obviously needs of informational and emotional support is very important and should be paid attention for in order to improve nursing quality. So, if nursing practice in providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family in ICU is developed, the meeting to the needs of patient's family can be satisfied in high quality. According to most studies, the patient's family members perceived that the best person who can meets to their needs is the nurse. So, in order to provide holistic nursing care, the nurse should provide physical, psychological, spiritual, care to patient including the family. The holistic nursing care provider should understand the effect of critical illness to family and should be able to identify the needs of patient's family in the crisis. Once the needs can be recognized nurse can identify the intervention for family support and provide proximity of patient and family in crisis. The support intervention should include proximity support, informational support, and comfort support.

4. Providing informational and emotional support to traumatic brain injured patients's family members in ICU

Informational and emotional support

Informational and emotional support is a part of social support (Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997). The meaning of Support in this sense is a facilitating format for person in crisis; the more critical of situation- the more support needed (Weiss, 1972 cited in Halm, 1990). Illness is an important stress builder, as the illness occur both patient and family loss their communication with social and other facilitating resource cause remoteness to social network (Hous, Kessler, & Herzog, 1990 cited in Stewart & Tilden, 1995). Social support is the meeting to the need of the client (Stewart & Tilden, 1995) and facilitate patient's family members to be capable for patient caring support. The social support can take part in better recovery from critical illness (Halm, 1990). The nurses play an important role in providing social support and be an important facilitating resource in: maintaining health status of family member, enable patient participation in patient care himself, adapting self to chronic illness, and recovery from acute illness (Stewart, 1993).

Social support can pacify stress induced factors by making the person feel less stress to the situation by enable the person to cope with stress or by alleviate the degree of reaction from the person against the stressful situation.

Social support can be provided directly from person or a group of person in social system which may be in emotional, accessory, manpower, information, suggestion format which motivate person to achieve the desired target hence maintain the person's status in society (Pender, 1996; Caplan, 1967 cited in Tasakulnee, 1999) with the sense of getting love, care, respect, and valued from social members with a sense of partnership in society (Pender, 1996; Cobb, 1976 cited in Samranjit, 1998). In addition, social support is also the functional relationship between person and social in the supportive way such as love, warmth, assurance given in various form such as suggestion, being social partnership, self esteem and be beneficial to others (Brandt & Weinert, 1985 cited in Noisuk, 2002).

According to the above idea, it can be summarized that social support is the relationship between people in society comprising of caring, trust, acceptance, including the other supports such as information, material, and labor. According to

literature review, the definition of social support which is widely accepted is the interrelationship between persons in at least one or more following supportive ways; emotional support, appraisal support, informational support, and instrumental support. The informational support is the providing of information which the person can utilize to cope with personal and/or environmental problem by advice, recommendation, guiding, or giving other related information. Emotional support is the most important support which comprises of mercy, kindness, admiring, or trust. Instrumental support is the service or material support such as equipment, money, labor, time, or environmental adaptation which is materialistic, although these supports are given with love and affection but it need be separated from emotional support. The appraisal support is the communication concerning self-evaluation more than solving problem which comprising of affirmation, feed back and social comparison (House, 1981).

1. Informational support

Informational support for patient's family members, which is specifically related to sign and symptoms of patient, is important for establishing their physical and psychological health status disturbance prevention. In addition, the information should be supported to response to the patient care problem such as physical, emotional, aggressive behavioral, care practice guideline, and drug administration (Fleminger et al., 2003), including giving recommendation concerning post - critical care and providing education covering care, rehabilitation, and patient care beneficial resource to family (Swift & Wilson, 2001), including spending adequate time with family to provide information (Darragh et al., 2001).

On the basis of outcome of early survey studies, many researchers attempted to identify the needs of critically ill patients family. According to the literature concerning needs of critically ill patient's family, the effective communication with patient's family in the early patient visit can decrease level of anxiety (Hodovanic et al., 1984, cited in Leske, 1998). The needs of information in term of patient illness status and progress is one of the highest demand among the surveyed family (Acorn, 1995; Darby & Budway, 1998). Information should be provided based on fact when the families are ready to get (Bridgmann & Carr, 1998). Nurses should provide information concerning patient's illness status and prognosis of traumatic brain injury (Acorn, 1995; Darby & Budway, 1998). Some families need the proximity to patient

such as stay beside the patient's bed or want to take part in patient care but do not confident to take action or do not know what to do. The nurse should instruct the family members the things they need to do when visit and stay beside patient's bed such as touching hand, conversation and assistance nurse turning patient on the bed (Reider, 1994). The study about family supporter who work directly with traumatic patient all the time during patient's hospitalization in order to manage the severe injury or death coping. The supporter should have training in critical care nursing, counseling technique and client service. According to the study outcomes, most of the family had more satisfied than before having the support program (Washington, 2001). According to the studies in diseased patient's family, 17% out of totally 123 persons complaining that the informational support about patient's symptom is unclear and inadequate, and 30% of them dissatisfied with the explanation of patient's cause of death by health care personnel (Malacrida et al., 1998). In addition, the telephone advice about the patient's status when the family has to be at home can also alleviate stress and anxiety (Johnson & Frank, 1995).

2. Emotional support

Emotional support is a very useful technique in early stage of crisis which facilitate family member to manage the crisis (Richmond & Craig, 1986). In the first stage, when the family members heard the news of traumatic brain injury accident occur to patient, they are very anxious (Reider, 1994). Although informational support was reported as the most needed by family members, but their mental ability to process the information may be impaired due to emotional crisis (Hickey, 1990). As a result, in the support in first stage should begin with emotional support (Reider, 1994). This emotional support can enable the family to be more confident to control the crisis (Richmond & Craig, 1986).

From literature review concerning nursing behavior in family support for patient's family member in hospital, it is suggested that the nurse should provide more time to discuss with family members in order to be more relax when meeting with the nurses in casual environment and regularly. Although nurses spend a lot of time in patient care, they should adjust their working plan to spend more time with patient's family. The communication between nurses and family members should be enabled by conversation (Bridgman & Carr, 1998), in relax and serene atmosphere which can

encourage more trust and sympathy (Leske, 1992). The nurses should create the relationship with family members by listening and answering the question frankly with the emphasize that patient and all family members will get the best possible care from health care personnel and having the possible hope. The language used is very important for relationship creating (Mcquay, 1995), and touching the patient's family members during conversation can enhance better relationship (Johnson & Roberts, 1996). There should be a waiting room for family members near by ICU (Hickey, 1990). During waiting in waiting room alone, family members would have higher anxiety and stress (Topp, Walsh, & Sanford, 1998). The nurses should not therefore leave family members alone and should join them making some conversation in the means time noticing the emotional change of family members in which nurses are able to provide appropriate problems coping strategy to the family members (Titler, Cohen, & Craft, 1991). Patient's parents always focus all their attentions to patient and ignore to take care of themselves. So it should be beneficial to have any persons to remind them politely to have some meals, have some drinks, have some rest, or outing from hospital environment temporarily. If these basic needs are fulfilled, family members can have better interaction with health care team and provide better support to patient care (Mangini, confessore, Girard, & Spadola, 1995). On the religious belief, nurses should allow the family members to manage the religious activity but not pushing the family to do (Reider, 1994).

Informational and emotional support can achieve highest effectiveness when doing both altogether since the family members need various information as stated above and in the same time need a lot of emotional support. So, in order to utilize the information received effectively, the family members emotional status should be proper, the emotional tension reduce, and higher emotional stability. The support should start with building positive relationship by introducing herself, create casual atmosphere in conversation using appropriate pronoun in conversation, arrange meeting in a private room, expressing empathic attitude to emotional change of patient's family and accept all behavior of patient, give them opportunity to drain all their feeling with attentive listening, provide emotional support altogether with informational support by using gentle voice, easy language, and touch the patient's family as appropriate, allow them to drain all emotions and assure them that patient

get the best care and treatment although they are not at the bed side. Show them care and good wish by suggesting them restaurants, or hotels nearby the hospital or recommend some sacred places or religious house nearby the hospital according to family's needs.

Roles in giving informational and emotional support aim to eliminate all negative emotions. Nurse and family perceive difference level of importance of patient visit. Motivating family to express their feeling and anxiety and providing continuous informational support can reduce anxiety of family members. For the roles development specifically related to family patient: such as counseling skill, correct recording in family response to informational support, communication arrangement among patient; family and health care personnel, and making telephone call to support information home when family members are not in hospital (Wesson, 1997), as comparing the perception of the needs among families, nurses, and physicians, it was found that nurse are mutually perceived as the key role players. It was also mutually perceived that nurses and physicians are jointly responsible for providing informational and emotional support to meeting to the patient's family members's needs. On the rule of thumb, physician is responsible for specific information and nurse is responsible for general information (Gelling & Provost, 1999). This study indicated that nurse play important roles in facilitating patient's family members in fulfilling their needs.

Conceptual Framework of the Study

In this study of Informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members in ICU adopted Crisis theory (Aguilera, 1994) and Social support theory (House, 1981) as a conceptual framework of study which can be detailed as follows;

Crisis is the emotional imbalance which occur when some change or loss occurs and impact to the equilibrium of person. As a consequent, a person cannot use the problem coping mechanism to solve that problem causing more stress and anxiety and cannot solve the problem effectively. Crisis is an individual experience depending on 3 balancing factors, i.e., perception of the event, available situational support, and coping mechanism (Aguilera, 1994).

The event of which a family member get traumatic brain injury and has to be admitted in ICU as critically ill patients is also considered as situational crisis which occur accidentally and unforeseen. So the event trespass both patient and family feeling which develop to stress and altered behavior and roles resulting in ineffective problem management during this stage

During crisis, patient family need a lot of support such as need of information concerning illness, symptoms, prognosis, progress and possibility to recover in order to know the real situation and to be ready for coping with incoming family crisis. Patient's family members need support from health care personnel to enhance their potential and ability to manage the situation and to enhance coping mechanism and to choose various strategies to prevent stress and to rectify the problem effectively. So the crisis in patient's family can be alleviated or even disappeared. Nurses play major roles to provide social support to patient's family members in crisis.

As a nurse is a health care team member who work closely with critically ill patients and their family members. Nursing intervention to support the needs of patient's family members should cover 5 components of patient's family members's needs, i.e., support, proximity, information, assurance, and comfort (Molter, 1979). According to the concept of Molter (1979), nurse should facilitate patient's family members in crisis by providing informational support and emotional support by building assurance, promoting proximity, and providing comfort to patient's family members. Investigator developed a conceptual framework of this study as shown in Figure 2

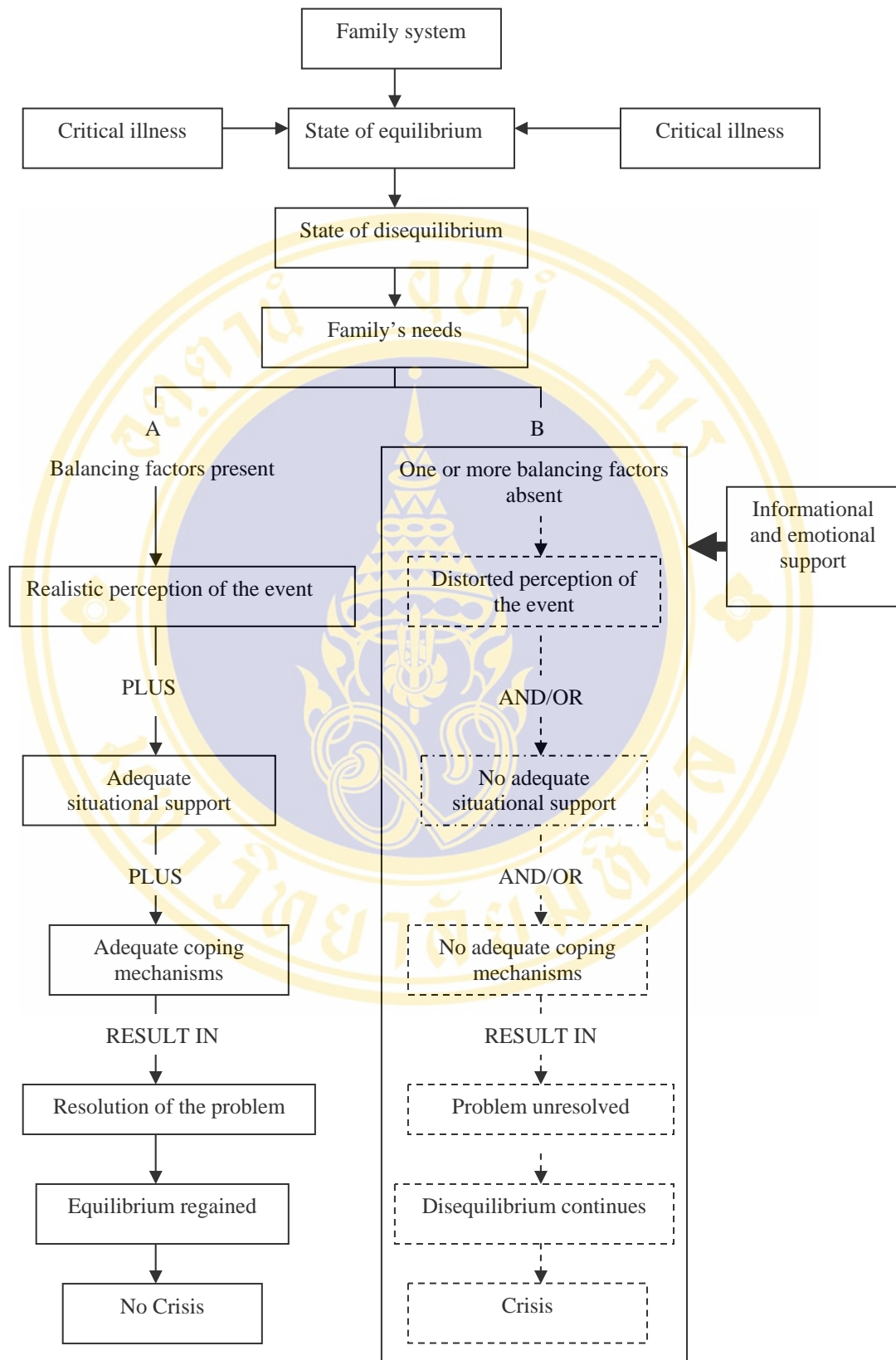


Figure 2. Conceptual framework of informational and emotional support to traumatic brain injured patient’s family members in coping with crisis

Summary of Literature Review

According to literature review, ICU nurses should manage their nursing activities based on patient and family centered nursing care. Since illness or injury of patient who admitted in ICU can create a lot of impact to family members such as stress, anxiety, altered family and occupation role and responsibility, disorder of eating, sleeping, and activities of daily living which have effect to their health status. Ability of critically ill patient's family members to cope with crisis can be effective or not depending on balancing factors which are perception of the event, available situational supports, and coping mechanisms.

Therefore, nurses play an important role in supporting the balance of those factors. The informational and emotional support for patient's family members in order them to realize and understand the situation truthfully, able to choose beneficial resources or social support appropriately, able to choose effective coping mechanism. As a result, patient's family members can cope with crisis from patient's illness and become important beneficial resources for patient's recovery.

CHAPTER III

PLAN OF IMPLEMENTATION

Select Model of Implementation

In the development of informational and emotional support for traumatic brain injured patient to cope with crisis in ICU, the evidence-based practice model was adopted as conceptual framework. This model was developed by Goode, Titler & Stetler and has been widely used due to its effectiveness, wide range of application from the unit to organization level including specific population. The model enable coordination of all involved health care personnel and provide the interrelated and corresponding steps of nursing practice development which each steps is provided with conceptualization, analysis, and synthesis of the empirical evidence to support the practice. The objective of utilizing evidence-based practice model is to develop good CNPG to promote best practice which can facilitate patient to get continuing care. The model has dynamic spiral movement characteristics comprising of 4 subsequent and continuum phases (Soukup, 2000) which can be detailed as follows;

Phase 1 Evidence triggered phase: is the phase of problem identification from two sources of triggers

- Practice triggers: are the triggers from collecting clinical practice problem and data
- Knowledge triggers: are the triggers from collecting knowledge from clinical practice, technological advancement and practice program development.

Phase 2 Evidence-supported phase: is the phase of obtaining reliable literature or empirical evidence related to identified problem to support the innovation development. The source of evidence may be; scientific research report, reliable literature, standard practice manual, CNPG, Instrument and best practice from expert report which then brought into analysis and synthesis the evidences to obtain the best evidence for innovation development till achieving effective practice guideline.

Phase 3 Evidence-observed phase: the developed nursing practice guideline was tried-out to evaluate the implementation feasibility which can be done in many

Ways such as research, clinical study, pilot study, incidence study, outcome assessment, cost and benefit analysis, patient and health care personnel survey, program development and assessment.

Phase 4 Evidence-based phase: is the phase of information collection from evidence-supported phase and the discovered issues from Evidence observed phase. The collected information is then analyzed and synthesized to enable change of practice in organization and then corrected and improved to achieve the best nursing practice guideline which is then integrated into the actual practice and plan for change management in organization.

Modified Framework for the Study and Study Process

The development of informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members for coping with crisis in ICU adopting evidence based practice model was carried out on the following 4 phases;

Phase 1 Evidence-Triggers phase: this is the problem identification phase from the triggers which can be detailed as follows;

1.1 Practice triggers: from working experience in ICU, patient care had to be carried out continuously by the nurses. So, the time and opportunity to talk or giving information to patient's family members is limited. On the other hand, patient's family members require the privacy during visiting patient so that the time for conversation with the nurses is lesser or may be from sadness with the critical condition of patient making patient's family members cannot make proper inquiry with the nurses since they concentrate only on the critical condition of patient which may cause them intolerable to stress. The normal working procedure of ICU prioritized on life safety. When traumatic brain injury patient was admitted in ICU then the nurses assessed of admitted symptoms and general conditions of patient; the medical history was taken from patient's family members then the nurses gave the visiting rules and source of payment of patient to patient's family members (Figure 3) and after that the symptoms and treatment used are given. However, there had been no assessment of needs and no assessment of readiness for getting information which may result in incomplete

informational support, or inappropriate informational support to patient's family member's needs. The important thing that the nurses should be highly aware of, is that the crisis on patient's illness can have effect to patient's family members emotion. The nursing practice in traumatic ICU unit did not have standard practice on informational and emotional support for traumatic brain injured patient's family members to cope with crisis in order to adapt themselves to stress without any problems on their physical and psychological health.

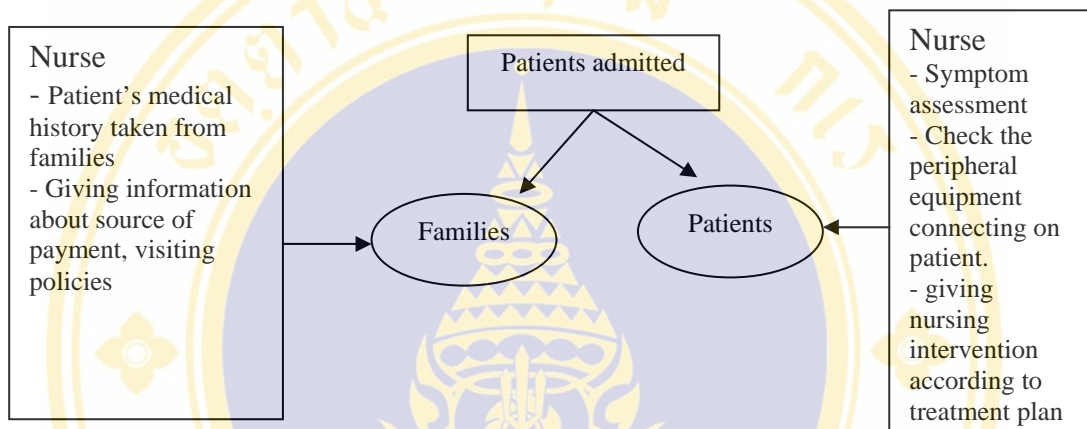


Figure 3. Nursing care given to patients and their families in traumatic intensive care unit

Investigator had made observations in traumatic intensive care unit concerning providing informational support to family members of traumatic brain injured patient by health care personnel, together with the interview with the family members about the effect of illness and problem coping to family members including the information needs of family members and providing information from health care personnel for totally 6 persons.

1. Response to patient's illness of family members were insomnia, anorexia, sadness, worrying and anxiety about the patient's symptom and treatment, avoiding asking about disease prognosis due to fearing of the answers, worried that patient would not be recovered to previous condition, expecting that patient would be curable and pray for him.

2. Patient's family members need the informational support concerning patient's symptoms, the cause of symptoms, disease prognosis, treatment, nursing intervention, and the time patient can move out ICU, advice of patient's symptom

change and able to get information by telephone call when necessary, information about patient transfer from ICU and the discharge plan including home care information. They need to be informed by nurse including need to be in proximity with patient.

3. Nurse provide informational support on bed side and service counter at the first admission and when the family members ask. There is no patient's family assessment which cause the family are not provided the information exactly response for their need. In addition there was no assessment of family readiness prior providing information, for example, providing information while the family overwhelmed with anxiety about patient's symptoms without the opportunity for them to express their feeling and emotion prior providing information, giving inappropriate content of information, for example, nurse provide general information without specific information about the parameter shown on monitors and the knowledge about resuscitating and peripheral equipment in ICU used on patient, and no knowledge providing at all to some patient's family. As a result, patient's family was getting inadequate information which cause persistent stress in treatment and treatment outcome of patient.

4. Nursing shift transferring: the shift transfer record identified the information physician told patient's family but no record identified the information provided by nurse.

According to the above clinical experience and observation the analysis is as follows;

1. The health care unit had no clear guideline in providing informational support in content, method, and duration of informational support which resulting in no unique nursing practice in providing informational support.

2. Nurse did not assess the need of informational support, problem coping, and readiness for getting informational support of patient's family. As a result, the information provided may be not appropriate, the understanding of patient's family after information providing was not assessed.

3. Patient's family members were in need in various aspects which nurse still could not have fulfilled their need adequately and appropriately.

4. Nurse provided information in routine basis about the rules of visiting, source of payment, symptoms, complication, no knowledge or problem coping information provided to family and no emotional support provided extensively to them.

5. There was no follow up by nurse that how effective family can cope with crisis, as a result, nurse cannot realize how severe was the effect of patient's critical illness to family psychological status. The methods of coping with crisis effectively are, for instance, accept the truth of situation, try to solve problem in case by case, learn and seek for advice from the people more expertise than themselves.

1.2 knowledge triggers

In this development of Informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members in ICU, using the conceptual framework of crisis theory of Aguilera (1994) and social support concept (House, 1981) as a conceptual framework of this study as follows;

Crisis is emotional disequilibrium which occurs when something was changed or lost. As a consequent, person cannot utilize their available coping mechanism to solve the problem resulting in increased stress and anxiety including cannot solve the problem effectively (Aguilera, 1994).

When a family member has to be admitted in ICU, it is considered as situational crisis which occur fortuitous and unforeseen. The crisis threatens both patient and the family members. Consequently, family members have to cope with stress and anxiety arisen out of crisis with the altered role and responsibility in the family. So, they cannot manage the problem encountered effectively.

In order to cope with crisis effectively, patient's family members need informational support in various topics such as illness related, symptoms, disease prognosis, progress of disease and chance to recover, in order to know the real situation and to be able to cope with the incoming problem. Patient's family member needs informational support from health care personnel to enhance their potential and capability to manage the crisis and to develop their coping mechanism which enable them to choose appropriate strategy to prevent stress and to solve problem arisen out of crisis effectively. The crisis of family members can thus be alleviated or eliminated.

Nurses play important roles in providing social support, i.e., informational and emotional support to critically ill patient's family members.

Nurse is an important person in health care team to provide social support for critically ill patients and patient's family members. The nursing support provided to patient should cover 5 dimensions of patient's family members needs, i.e., support, proximity, Information, Assurance, Comfort (Molter, 1979). According to Molter, (1979), nurse can facilitate patient's family members in crisis by Informational support, emotional support, strengthen assurance, promoting proximity and provide comfort in order to support them to carry on their life through the crisis.

According to the analysis of problem identification from practice triggers and knowledge triggers, the critical illness of patient can have adverse effect to patient's family members in many aspect such as behavior, role and responsibility in family, which consequently decrease cope ability with problem arisen out of patient's crisis. Patient's family members therefore need informational and emotional support to maintain their homeostasis equilibrium. However, the current nursing practice cannot fulfill all the needs of patient's family members completely, it is necessary to develop informational support nursing program for traumatic brain injured patient's family members in ICU in order the patient's family members to be ready for coping with the problem arisen out of patient's crisis effectively.

Phase 2 Evidence supported phase: is the phase of obtaining reliable literature or empirical evidence were brought into analysis and synthesis and innovation development till achieving more effective practice guideline which can be detailed as follows;

2.1 Searching for research literature and other empirical evidence

The evidence searching and selection criteria is specified based on PICO framework as follows;

- Population: the research literature and empirical evidence related to traumatic brain injured patient's family members including the evidence of study conducted on any critically ill patient's family members or family members similar to traumatic brain injured patient.
- Intervention: the research literature and empirical evidence identifies informational and emotional support method to traumatic brain injured patient's

family members including the evidence of study conducted on any critically ill patient's family members or family members similar to traumatic brain injured patient.

- Comparison intervention: not applicable.
- Outcome: the research literature and empirical evidence which measure crisis coping variable, meeting the patient's family members needs, or consequent outcome related to informational and emotional support in ICU.

The criteria of evidence searching research literature and empirical evidence are as follows

1. The studies done on family members of adult patient with traumatic brain injury in ICU on both effect from critical illness and needs of patient's family including informational and emotional support guideline for health care team.
2. All related research literature and empirical evidence
3. Published from 1996-2005 both Thai and English.

2.2 Keyword for evidence searching

- coping and family crisis
- coping and family and critical
- coping and family and brain injury
- coping and family and traumatic brain injury
- family and ICU
- family and critical care
- family and information and ICU
- patient's family members and ICU
- family center care and ICU
- communication and ICU
- informational support and ICU
- emotional support and ICU
- family and brain injury
- family and information and brain injury
- patient's family members and brain injury
- family center care and brain injury
- communication and brain injury
- caregiver and brain injury

- informational support and brain injury
- emotional support and brain injury
- support and brain injury and ICU

2.3 Searching database

2.3.1 Guidelines database searching

- www.guidelines.gov

No guideline was obtained

2.3.2 Searching from systemic review database

- www.joannabriggs.edu.au
- www.Cochrane.org

No systemic review was obtained

2.3.3 Searching from individual research database

- CINAHL
- PubMed
- ScienceDirect
- Blackwell Synergy
- www.google.com

15 research literatures were obtained

2.3.4 Searching from Reference list and Hand searching

8 evidences were obtained

2.4 Searching results

Table 1. Research and empirical evidence searching

Database	Keyword	Numbers of research and empirical evidences matched	Number of research and empirical evidences obtained
CINAHL	family and ICU	52	3
	patient’s family members and ICU	5	

Table 1. Research and empirical evidence searching (continued)

Database	Keyword	Numbers of research and empirical evidences matched	Number of research and empirical evidences obtained
	coping and family crisis coping and family and critical coping and family and brain injury coping and family and traumatic brain injury	8 44 25 4	
PubMed	family and ICU family and critical care family and information and ICU patient's family members and ICU coping and family crisis coping and family and critical coping and family and brain injury coping and family and traumatic brain injury family center care and ICU communication and ICU caregiver and ICU informational support and ICU family and brain injury patient's family members and brain injury family and information and brain injury family center care and brain injury	33 25 14 94 3 42 506 110 37 221 752 90 1 83 698 335	8

Table 1. Research and empirical evidence searching (continued)

Database	Keyword	Numbers of research and empirical evidences matched	Number of research and empirical evidences obtained
	communication and brain injury caregiver and brain injury informational support and brain injury emotional support and brain injury support and brain injury and ICU	44 525 113 - 4	
ScienceDirect	family and ICU	155	2
Blackwell Synergy	family and ICU family and critical care coping and family crisis coping and family and critical coping and family and brain injury coping and family and traumatic brain injury	1,184 515 176 9,696 152 169	2
Reference list and Hand searching	-	-	8

Investigator had succeeded 23 searching topics. Totally 11 evidences were excluded comprising of

- 3 Qualitative study
- 1 Pilot study
- 6 evidences were excluded due to its population and content did not match with identified clinical problem
- 1 evidence was published over 10 years.

Finally, 12 evidences were obtained for further study which can be detailed as follows

1. 2 Randomized Control Trial study evidences

1.1 Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of ICU Patients (Azoulay et al.,2002)

1.2 Reducing family member's anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study (Mitchell & Courtney, 2004)

2. 5 Quasi-experimental study evidences

2.1 Effects of informational support on anxiety among family members of critically ill patients (Aimin, K., 1999)

2.2 Effects of informational and emotional support on anxiety among family members with traumatic brain injured patients (Yooplao, R., 1999).

2.3 Psychological distress in carers of traumatic brain injured individuals: the provision of written information (Morris, 2001)

2.4 Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill patient's family members in an ICU (Chiu, Chien, and Lam, 2004)

2.5 Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors (Adamowski, Dickinson, Weizman, Roessler, & Snell, 1993)

3. 5 Descriptive study evidences

3.1 Perceived and Unmet Needs of Critical Care Family Members (Mendonca and warren,1998)

3.2 Needs of Families With a Patient's family members in a Critical Care Unit in Hong Kong (Lee, Chien, and Mackenzie, 2000)

3.3 Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong (Lee and Lau, 2003)

3.4 The effect of critical care hospitalization on family member: Stress and responses (Horn & Tesh, 2000)

3.5 Family perceptions of support interventions in the ICU (De Jong & Beatty, 2000)

The level classification of evidences adopted classification criteria of Stetler et al., 1998 which classified research evidence into 6 levels as follows

Table 2. Evidence classification using classification criteria of Stetler et al. (1998)

Level and Quality of Evidence	Source of Evidence
Level I	Meta-analysis of multiple controlled studies
Level II	Individual experimental study
Level III	Quasi-experimental study such as nonrandomized controlled single group pre-post test, time series, or matched case- controlled studies
Level IV	Nonexperimental study, such as correlational descriptive research and qualitative or case studies
Level V	Case report or systematically obtained, verifiable quality, or program evaluation data
Level VI	Opinion of respected authorities (e.g. nationally known) base on their clinical experience or the Opinions of an expert committee, including their interpretation of nonresearch-based information. This level also includes regulatory or legal opinions

2.5 Synthesis of research and empirical evidence

According to searching and obtaining research and empirical evidences, the obtained evidences were categorized and synthesized to obtain the recommendation in informational and emotional support in 4 topics as follows;

1. Recommendation about timing in informational and emotional support

1.1 Early phase of patient's admission in ICU: the assessment of the needs of patient's family members should not be performed earlier than 24 hours because in this period family members would not concentrating on the question (Lee & Lau, 2003; Descriptive). The appropriate timing to provide informational and emotional support was from 24-72 hours after patient admission in ICU (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study).

1.2 Resuscitation phase: in case of the patient reached the end of life, the end of life care program for patient's family members should be adopted which can

enable the patient's family members to understand and accept the patient's end of life (Adamowski, Dickinson, Weizman, Roessler, & Snell, 1993: Quasi-experimental study) which comprised of 6 stages as follows;

Stage 1 Patient's family members contact

Stage 2 Patient's family members arriving at hospital

Stage 3 Advising patient's family members the death of patients

Stage 4 Responsive period of family member's bereavement

Stage 5 Patient's family members visits dead patient.

Stage 6 Conclusion

1.3 Discharging phase of patient to general ward: the appropriate in assessing the fulfillment of needs of patient's family members was 36-48 hours after the admission in ICU (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study).

2. Recommendation about informational and emotional support provider and client

2.1 Informational support provider: nurse should be competent in information providing skill and emotional support skill on each phase of providing by means of training or continuous learning.

2.2 Informational support client: should be characterized as follows;

2.2.1 Family members of critically ill patients who was admitted in ICU (Aimin, 1999: Quasi-experimental study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study; Horn & Tesh, 2000: Descriptive study; Lee, Chien, & Mackenzie, 2000: Descriptive study; Azoulay et al., 2002: RCT; Mitchell & Courtney, 2004: RCT; Lee & Lau, 2003: Descriptive study; Chiu, Chien, and Lam, 2004: Quasi-experimental study), or family members of traumatic brain injured patient (Yooplao, 1999: Quasi-experimental study), major family members of patient (Aimin, 1999: Quasi-experimental study), i.e., spouse, parent, sibling or son/daughter (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Chiu et al., 2004: Quasi-experimental study), if more than 2 family members were dominant, choose one with closest relationship with patient (Lee et al., 2000: Descriptive study).

2.2.2 Visiting patient at least 1 times (Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

2.2.3 Aged more than 18 years (Aimin, 1999: Quasi-experimental study; Yooplao, 1999: Quasi-experimental study; Horn & Tesh, 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study; Mitchell & Courtney, 2004: RCT) .

2.2.4 The traumatic brain injured patient is characterized by having less than 12 point (Moderate and severe head injury) of Glasgow Coma Scale (GCS) (Yooplao, 1999: Quasi-experimental study), aged 18-65 years old having or having no trauma brain injury, having or having no seizure, never had history of traumatic brain injury, never have alcohol or narcotic using for a long time (Morris, 2001: Quasi-experimental study).

3. Recommendation about content of information.

The principle of informational support is provide information in response of patient's family members needs (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

Informational support

1. **Early phase of patient's admission in ICU**, The information should contain symptoms, prognosis, treatment, nursing intervention provided to patient with reasoning, fact of patient's symptoms, and convincing the family members about providing best care to patient by health care personnel (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study) , general information of ICU, related medical terms (Azoulay et al., 2002: RCT), improve patient's family member's confident that the patient would get the best possible and having resource to seek for advice, (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Aimin, 1999: Quasi-experimental study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study), present patient's status, specific information for patient's family, information about comfort (Aimin, 1999: Quasi-experimental study), adverse effect of stress to health, suggestion about the coping in present and future, adverse effect of inadequate sleep and eating (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study), promoting patient's family members to perform actual activity and exercise (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study), informational support program should comprise of recommendations, suggestions and guideline for

beneficial information providing about illness status of traumatic brain injured patient, which is traumatic brain injury of patient, diagnosis, treatment regimen, visiting instruction, and milieu information which are general data of neural-surgical intensive care unit, utilized on patient treatment, nursing intervention and visiting policies of neural-surgical intensive care unit (Yooplao, 1999: Quasi-experimental study)

2. **Resuscitation phase:** the information provided contains symptoms and factual information about the progress of patient's symptoms, prognosis (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study), ensure patient's family members that the patient is getting the best possible care (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study (Aimin, 1999 : Quasi-experimental study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

3. **Discharging phase of patient to general ward:** the information provided contains the transfer plan of patient from ICU to Inpatient ward, and continuing care plan (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study).

Emotional support

1. **Early phase of patient's admission in ICU:** nurse should provide emotional support immediately and ensure patient's family members to control the difficult situation in crisis (first 2-3 days in ICU) (Lee et al., 2000: descriptive study), encouraging (Aimin, 1999: Quasi-experimental study), take care of and empathize in patient's family members expression (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study). Nurses should have right attitude and realize the importance of patient's family members needs in order to enhance hope of patient's family members in crisis and to meet to patient's family members needs better (Lee et al., 2000: descriptive study). In assessment and educating patient's family members, nurses should emphasize in psychosocial needs in order to improve relationship between patient and his patient's family members (Lee et al., 2000: descriptive study) by emphasize on the response of the needs in the following orders needs to get the expected outcome information of patient, needs of assurance, proximity, getting informational support, and comfort (Lee

& Lau, 2003: Descriptive study). There should be needs assessment on patient's family members using patient's family members needs assessment form CCFNI of Molter (1979) prior to providing information of patient's family members (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study). Nurses should highlight on patient's family members in early admission stage on change in eating behavior, activity, adequate sleep, including change in family role and responsibility (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study) and assessing the problem coping strategy of patient's family members (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study), providing supporting resource, advise patient's family members to assign the job to other family members or friend to share the work load (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study), transfer the beneficial resource to patient's family members (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study), arrange the meeting between patient's family members and health care team (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study), promote patient's family members centered care ((De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study), emphasizes on patient's family members partnership in nursing intervention to enhance patient's family members satisfaction leading to patient care and rehabilitation (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study).

2. **Resuscitation phase:** in case of patient is at the end of life or dead, let patient's family members to express their true feelings, continuously take care of them, and encourage them, assessing their needs and observe reaction to death continuously (Adamowski et al., 1993: Quasi-experimental study), utilizing end of life care program for patient's family members can facilitate patient to understand the caring purpose and accept the patient's death (Adamowski et al., 1993: Quasi-experimental study) comprising of 6 stages as follows;

Stage 1 Patient's family members contact: in case of sudden death or life threatening, nurses make telephone call, introduce themselves, and tells the patient's family members to come to hospital to make contact without telling them about the patient's death on the telephone.

Stage 2 Patient's family members arrive at hospital, meet with patient's family members in private room advises them about the end of life event, prepare the patient's family members ready to cope with patient's death situation.

Stage 3 Advising the death of patient's coordinate with physician to advise the patient's family members about patient's symptoms, using easy wording and avoiding technical term in communication to avoid misunderstanding, regretfully to say when advising the patient's family members about the death and let the patient's family members asking the question or clarify some suspicious.

Stage 4 Reaction to the loss of patient's family members, support and facilitates patient's family members to get through the loss, reaction to shock, feeling unbelievable, wrath, and reject against the loss.

Stage 5 Visiting the dead body, when patient's family members accept the death of patients, taking patient's family members to visit the dead body, cleaning and keep the dead body tidy and neat.

3. Discharging phase of patient to general inpatient ward: prepare and educating about patient discharging, there should be assessment the problem and need of patient's family members concerning patient discharge (Mitchell & Courtney, 2004: RCT). There should be response to needs assessment after providing information using patient's family members needs meeting assessment modified from NMI of Molter (1979) (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study). There should be a delivery of various beneficial resources to patient's family members (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study).

4. Recommendation of information providing method and media

4.1 Providing information by flipchart can enable patient's family members to understand the disease diagnosis, prognosis, and treatment regimen which can decrease anxiety and depression including increase satisfaction to service of patient's family members.

4.2 Preparing patient's family members about discharging patient from ICU by educating and giving leaflets related to patient discharge can alleviate patient's family members anxiety and uncertainty effectively (Azoulay et al., 2002: RCT).

4.3 Preparing patient's family members for patient's discharging procedure comprises of discharge planning, providing information about personnel and ward of destination, expectation of patient's family members including supporting system for patient's family members, can facilitate patient as the beneficial resource to cope with problem appropriately (Mitchell & Courtney, 2004: RCT).

4.4 The principle of information providing is to meet the needs of patient's family members by providing realistic information, and try to provide information by the same nurse as many as possible, allow patient's family members to make telephone call to asking for patient information when necessary, advise patient's family members when change of patient's symptoms occur, providing information of patient to patient's family members once a day (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study) explain in simple words (Aimin, 1999: Quasi-experimental study).

4.5 Getting informational support program can alleviate anxiety of patient's family members (Yooplao, 1999: Quasi experimental study)

4.6 Written information is benefit for traumatic brain injured patient caregiver at the early stage of injury, this information can alleviate anxiety from uncertain situation (Morris, 2001: Quasi-experimental study). Well planned nursing intervention based on patient's family members needs can alleviate anxiety of patient's family members and increase patient's family members satisfaction on needs fulfillment (Chiu, et al., 2004: Quasi-experimental study).

4.7 Informational support manual contains 4 parts (Morris, 2001: Quasi-experimental study)

4.7.1 Traumatic brain injury: what is Traumatic brain injury, what is consequence, and severity level.

4.7.2 Cognitive disorder: summary of memory, attention, and concentration, speaking from the heart, problem solving, language and fatigue. In this part the content includes the thing caregiver can do to assist traumatic brain injured patient.

4.7.3 Emotional and behavioral change: look at anger, anxiety, depression, irrational, rage, and apathy. In this part the content includes the thing caregiver can do to assist traumatic brain injured patient.

4.7.4 Self care: summary of the impact caregiver expect to occur such as anger, or anxiety and the suggestion to rectify these impact.

2.6 Investigator developed CNPG for providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members in ICU based on 4 topics of recommendation and submitted the developed CNPG to check for validity from 5

experts (see appendix B). The experts committee gave recommendation and suggestion which were brought into correction and improvement of CNPG as follows;

2.6.1 As the CNPG contains a lot of activities in each stages so a checklist should be established to ensure all activities had been accomplished.

2.6.2 The utilization of CNPG should be appropriate for each individual.

2.6.3 Having the same nurse provide the information everyday seems to be impracticable since the shift has to be rotated, as a result, the most senior nurse on that shift should be responsible for providing information.

2.6.4 In the patient's family members follow up assessment after 5 days of patient's death should be carefully considered about the appropriateness and necessity and the telephone interviewer should be identified.

2.6.5 The assessment family member's needs should be considered the actual implementation.

2.6.6 Since the patient's family members assessment in CNPG comprised of many steps and a lot of question, so the stress assessment should be performed prior to provide informational and emotional support to avoid having adverse effect to patient.

2.6.7 In assessment of patient's family members, nurses should reflect the clarity of assessment objective.

2.6.8 Assessment of patient's family members using questionnaire should avoid using repetitive question and difficult to interpret. The question should be concise and compact and discard the similar question.

2.6.9 In the case of the patient's family members visited patient only one time, the CNPG is not applicable but the routine information giving still carry on as well as other critically ill patients in ICU.

When investigator receives the recommendation and suggestion from 5 experts in order to obtain information to improve the CNPG to be appropriated to use.

2.7 Clinical nursing practice guideline (CNPG)

CNPG format proposed by Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) was adopted as a format for documenting CNPG which comprised of the following topics;

2.7.1 Title of CNPG

2.7.2 Reference

2.7.3 Methodology

2.7.5 Recommendation

2.7.6 Supporting evidence for recommendation

2.7.7 Benefit and threat in implementation of recommendation in CNPG

2.7.8 Clinical implementation of CNPG

2.8 Implementation potential consideration (Polit & Hungler, 1999)

2.8.1 Transferability of finding: the CNPG was appropriate to implement health care unit since the health care unit in evidences were similar to the setting which were tertiary hospital. The population of setting and evidences were similar which were patient's family members in ICU adversely affected by critical illness of patient. The direct informational support provider was nurse who was ready to participate in CNPG improvement and practice and was ready for improving health care service quality in order to provide quality health care service to patient and family.

2.8.2 Feasibility of implementation: This CNPG was feasible for implementation since nurses have a professional right to provide informational and emotional support for traumatic brain injured patient. However the nurse who would practice this CNPG should have adequate experience, knowledge, and understanding, including having counseling skill training which can enhance the implementation outcome effectiveness. The tool used for evaluation and providing information to patient's family members can be easy to use but the coordination with multidisciplinary team would be required.

2.8.3 Cost-benefit ration implementation of CNPG did not threaten patient's family members and did not rise up the medical expense of hospital. Informational support can respond to the need of patient's family members and thus reduce their anxiety. As a result, patient's family members were more ready for providing emotional support to patient who then cause patient to recover significantly, reduce hospitalization and decrease the risk of dissatisfaction or complaint from client. The implementation may increase nursing works loaded in the first 3 days of patient visiting by patient's family members.

Phase 3 Evidence observed phase

This is the phase of developed CNPG try out. SWOT to investigate the readiness and feasibility in organization then make a plan to perform pilot implementation of CNPG.

1. Analysis the setting using SWOT analysis, which can be detailed as follows.

Strength

- Personnel were experienced in critical care so capable for providing information and emotional to patient's family members together with emotional support.
- Personnel realized the importance of informational support and emotional support to patient's family members.
- Personnel had the opportunity to be trained and educated continuously.
- Personnel participated in Continuous quality improvement program

Opportunities

- The policy of hospital and health care unit was clear and concise emphasizing in continuous improvement of service quality.
- The executive board and management team visualize the important in providing informational support to patient's family members, promoting quality improvement activity in the topics of effectiveness of information providing to create patient's family members satisfaction.
- Many health care units still lacked of providing informational and emotional support to patient's family members.
- The characteristics of health care unit facilitate the information and emotion support to patient patient's family members.

Weakness

- The ratio of personnel to patient was 11:3, which contained morning shift nurse totally 4 persons, afternoon/night shift nurses 2 persons each shift, responsible for 3 bed which the practice following CNPG may increase work loaded.
- Personnel did not get counseling technique training, so the informational and emotional support skill may be inadequate, resulting in incompetence to achieve the desire objective of CNPG implementation.

- Personnel concentrate in the patient treatment as top priority and sometimes forgot the importance in providing information to patient's family members. In addition, the setting had been put inadequate effort in promoting and stimulating the health care personnel to practice according to CNPG continuously. As a result, the health care providers cannot provide information to patient's family members completely or never did it at all.

Threat

- The implementation and assignment of the Hospital Accreditation work can cause higher work load.

2. Plan to bring the developed CNPG into actual implementation by submitted the CNPG to 5 experts to validate the content of CNPG.

Phase 4 Evidence-based phase

The recommendation from research evidence obtained from evidenced support phase and the finding from evidence-observed phase was summarized and analyzed the feasibility of actual of implementation then would be used to impact change in organization practice and make correction and improvement to get the best practice by merge it with the actual practice and working plan. The working plans for this phase are as follows;

1. Planing to implement the CNPG into the health care unit.

1.1 Arranging personnel meeting to communicate the CNPG for informational and emotional support in crisis of family of traumatic brain injury patient in ICU to all personnel in order them to realize the importance of this CNPG. Presenting the problem which occurred when patient's family members get inadequate information, and lack of emotional support to cope with crisis of patient's family members yielded from previous nursing practice as studied from related literature. The CNPG was then asked for consent to implement the CNPG in real situation in the format of CQI.

1.2 Presenting the project to executive board

1.3 Organizing a project concerning development of this CNPG

1.4 Analyzing the outcome of implementation every 3 months in order to correct and improve the CNPG.

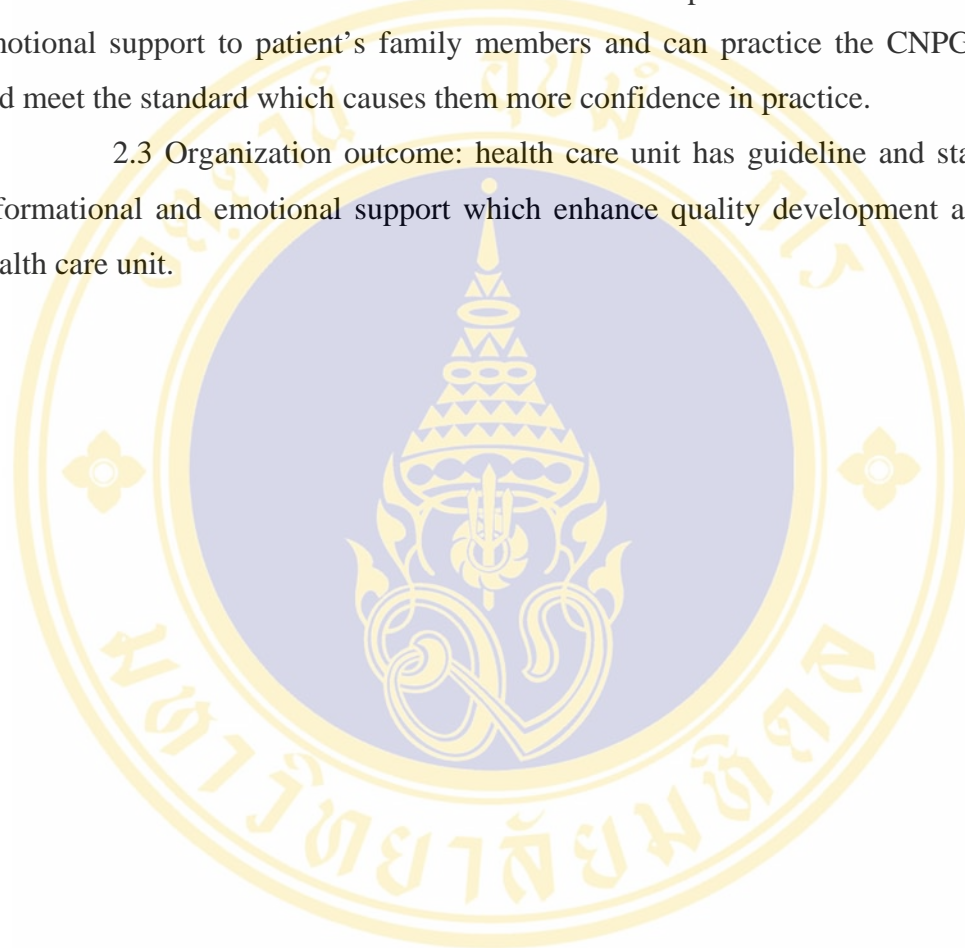
1.5 Specifying the CNPG as standard practice.

2. Planning for outcome assessment

2.1 Client outcome: patient's family with traumatic brain injury attending into ICU has the informational and emotional support in fulfillment of their needs so they can cope with stress effectively, decrease their anxiety, and increase their satisfy.

2.2 Staff outcome: all staff realized the importance of informational and emotional support to patient's family members and can practice the CNPG fluently and meet the standard which causes them more confidence in practice.

2.3 Organization outcome: health care unit has guideline and standard of informational and emotional support which enhance quality development activity in health care unit.



CHAPTER IV

CONCLUSION AND RECOMMENDATION

Conclusion

This study is aimed to develop CNPG for providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members using evidence based practice model as conceptual framework (Soukup, 2000). The model provides detailed methodology of problem analysis, searching of related evidence, evidence analysis and synthesis, and evaluation of implementation feasibility. Totally 12 relevant research and empirical evidences were obtained, 2 of which were randomized control trial, 5 of which were quasi-experimental study, and 5 were descriptive study. The obtained evidences were analyzed, synthesized and categorized into recommendations for providing informational and emotional support to traumatic brain injured patient's family members to cope with crisis. The recommendations were categorized into 4 topics as follows; 1) Recommendation concerning the timing to provide informational and emotional support 2) Recommendation concerning informational and emotional support provider and receiver 3) Recommendation concerning content of information 4) Recommendation concerning information providing technique and communicating media.

Investigator developed CNPG for informational and emotional support in coping for traumatic brain injury patients's families in ICUs based on 4 topics of recommendation and submitted the developed CNPG to check for validity from 5 experts (see appendix B). The experts committee gave recommendation and suggestion which were brought into correction and improvement of CNPG as follows;

1. As the CNPG contains a lot of activities in each stages so a checklist should be established to ensure all activities had been accomplished.
2. The utilization of CNPG should be appropriate for each individual.

3. Having the same nurse provide the information everyday seems to be impracticable since the shift has to be rotated, as a result, the most senior nurse on that shift should be responsible for providing information.

4. In the patient's family members follow up assessment after 5 days of patient's death should be carefully considered about the appropriateness and necessity and the telephone interviewer should be identified.

5. The assessment family member's needs should be considered the actual implementation.

6. Since the patient's family members assessment in CNPG comprised of many steps and a lot of question, so the stress assessment should be performed prior to provide informational and emotional support to avoid having adverse effect to patient.

7. In assessment of patient's family members, nurses should reflect the clarity of assessment objective.

8. Assessment of patient's family members using questionnaire should avoid using repetitive question and difficult to interpret. The question should be concise and compact and discard the similar question.

9. In the case of the patient's family members visited patient only one time, the CNPG is not applicable but the routine information giving still carry on as well as other critically ill patients in ICU.

When investigator receives the recommendation and suggestion from 5 experts in order to obtain information to improve the CNPG to be appropriated to use.

Recommendation

From development of this CNPG, investigator recommended on the CNPG implementation as follows;

1. The effectiveness test of the CNPG should be carried out by trying out a pilot study in order to obtain information to improve the CNPG to be better and easier to use.

2. Apply this CNPG to achieve sustainable improvement in organization by putting this CNPG into actual clinical planning and practice in order to impact change of practice in health care unit to achieve the best practice. One strategy is to allocate this CNPG into CQI team in order to have the continuous quality improvement and

analysis system in order to improve the CNPG continuously and specify as practicing standard for health care unit.

3. The CNPG user should have a specific training and counseling on informational and emotional support for traumatic brain injured patient's family members in ICU to enhance the effectiveness of CNPG implementation.

4. The CNPG as an nursing innovation should be transferred to establish sustainable implementation and continuous development such as published in nursing journal, published in internet website, arrange the training, and work shop. It is to practice CNPG for informational and emotional support in coping for traumatic brain injury patients's families in ICUs in order to create realization in practicing this CNPG which can enhance the nurse's skill in actual implementation, arrange communication among the health care providers from similar units to allow technological and knowledge transfer which can be used to develop the CNPG.

5. There should be future research about the effectiveness of CNPG practicing in order to develop the CNPG continuously.

6. Promote the importance of CNPG on nursing quality development using evidence based practice to health care providers.

REFERENCES

- Acorn, S. (1995). Assisting families of head-injured survivors through a family support programme. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 872-877.
- Acorn, S., & Roberts, E. (1992). Head injury: Impact on the wives. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(6), 324-328.
- Adamowski, K., Dickinson, G., Weizman, B, Roessler, C., & Snell, C. C. (1993). Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *CAN MED ASSOC J* 1993, 149(10), 1445-1451.
- Aquilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology* (7th ed.) St Louis, C. V. Mosby.
- Aquilera, D. C., & Messick, J. M. (1986). *Crisis Intervention : Theory and Methodology* (5th ed.). St Louis, C. V. Mosby.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., & Wernet, A. (2002). Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 165, 438-442.
- Baker, J. E. (1990). Family adaptation when one member has a head injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 22(4), 232-237.
- Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P., & Frans, E. (2001). Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Med*, 27(1), 160-165.
- Bokinskie, J. C. (1992). Family conferences: A method to diminish transfer anxiety. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(3), 129-133.
- Bond, A.E., Draeger, C.R., Mandleco, B., & Donnelly, M. (2003). Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: Implications for evidence-based practice. *Crit Care Nurse*, 23(4), 63-72.
- Botcher, S. A. (1989). Cognitive retraining: A nursing approach to rehabilitation of the brain injured. *Nursing Clinics of North America*, 24(1), 193-208.

- Bridgman, H., & Carr, E. (1998). Providing family care in hospital. *Nursing Times*, 94(1), 44-47.
- Chipps, E. M., Clanin, N. J., & Campbell, V. G. (1992). *Neurologic disorders*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Chiu, Y. L., Chien, W. T., & Lam, L. W. (2004). Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2004, 13, 655-656.
- Craig, J. V. (2002). *The evidence-based practice manual for nurses* (pp. 23-43). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Darby, J. M., & Budway, R. J. (1998). Priorities in the ICU care of the adult trauma patient. In A. B. Peitzman, M. Rhodes, C. W. Schwab, & D. M. Yearly (Eds.). *The trauma manual* (pp. 351-375) Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Darragh, A., Sample, P., & Kriegger, S. (2001), Tears in my eyes 'cause somebody finally understood': Client perceptions of practitioners following brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 191-199.
- De Jong. M. J., & Beatty, D. S. (2000). Family perception of support intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(5), 40-47.
- deWit, S. C. (1998). *Essential of medical-surgical nursing* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Dohert, M. H., Plowfield, L., Ware, C., & West, C. M. (1999). In L. Bucher, & S. Melanda (Eds.) *Critical care nursing* (pp. 51-75). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Dunbar, S. B., & McLain, R. M. (1993). Family care. In Kinney, M. R., Pack, D. R., & Dunbar, S. B. (Eds.), *AACN's clinical reference for critical-care nursing* (pp. 411-425). St. Louis: Mosby.
- Engli, M., & Kirsivali-Farmer, K. (1993). Needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25(2), 78-85.
- Fleminger, S., Greenwood, R. J., & Oliver, D. L. (2003). *Pharmacological management for agitation and aggression in people with acquired brain injury*. The Cochrane Library, Issue 1. Update Software Ltd, Oxford.

- Gardner, D. (1986). Acute management of the head-injured adult. *Nursing Clinics of North America*, 24(1), 555-561.
- Gavaqhan, S. R., & Carroll, D.L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 21(2), 64-71.
- Gelling, L., & Provest, A. T. (1999). The needs of relatives of critically ill patients admitted to a neurosciences critical care unit: A comparison of the perceptions of relatives, nurses and doctors. *Care of the Critically Ill*, 15(2), 53-58.
- Halm, M. (1990). Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart & Lung*, 19(1), 62-71.
- Hickey, J. V. (1997). Craniocerebral injuries. In J. V. Hickey. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (4th ed.) (pp. 385-417). Philadelphia: Lippincott.
- Hickey, M. (1990). Family needs in critical care. *Heart & Lung*, 19(4), 401-415.
- Hickey, M. (1993). Psychosocial needs of families. In J. M. Cloches, C. Breu, S. Cardin, E. B. Rudy, & A. A. Whittaker (Eds.), *Critical Care Nursing* (pp. 91-101). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Horn, E. V., & Tesh, A. (2000). Learn how to help patient's families adapt to the stresses of the ICU. *Nurs Manage*. 31(9), 32F, H.
- Horn, E. V., & Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimensions of critical care nursing*, 19(4), 40-48.
- House, J. S. (1981). Work stress and social support. Realing, M. A.: Addison-Wesley.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). *Critical care nursing: A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Jamerson, P.A., Scheibmeir, M., Botl, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 25(6), 467-474.

- Johnson, L. H., & Roberts, S. L. (1996). Hope facilitating strategies for the family of the head injury patient. *Journal of Neuroscience Nursing*, 28, 259-266.
- Johnson, M. J., & Frank, D. I. (1995). Effectiveness of a telephone intervention in reducing anxiety of families of patients in an intensive care unit. *Apply Nursing Research*, 8(1), 42-43.
- Kneafsey, R., & Gawthorpe, D. (2004). Head injury: Long-term consequences for patients and families and implications for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 601-608.
- Kosco, M. & Warren, N. A. (2000). critical care nurses' perceptions of family needs as met. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(2), 60-72.
- Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Lee, I. Y. M., Chien, W. T., & Mackenzie, A. E. (2000). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Critical Nursing*, 9, 46-54.
- Lee L. Y. K. & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.
- Leske, J. S. (1986). Needs of relatives of critically ill patients: A follow-up. *Heart & Lung*, 15(2), 189-193.
- Leske, J.S. (1992). Needs of adult family members after critical illness: Prescription for interventions. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4(4), 587-596.
- Leske, J.S. (1998). Acute care and adult family interventions. In B. Vaughan-Cole, M.A. Johnson, J. A. Malone, & B. L. Walker (Eds.). *Family nursing practice* (pp. 163-195). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Leske, J. S. (1998). Protocols for practice: Applying research at the bedside. *Critical Care Nurse*, 18(4), 116-122.
- Lindsay, P., Sherrard, H., Bickerton, L., Doucette, P., Harkness, C., & Morin, J. (1997). Educational and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery. *Heart & Lung*, 26(6), 458-465.

- Lorenz, B. T. (1995). Needs of family members of critically ill adults. *Med Surg Nursing, 4*(6), 445-451.
- Malacrida, R., Bettelini, C. M., Degrade, A., Martinez, M., Badia, F., Piazza, J., et al. (1998). Reasons for dissatisfaction: A survey of relatives of intensive care unit patients who died. *Critical Care Medicine, 26*, 1187-1193.
- Mangini, L., Confessore, M. T., Girard, P., & Spacola, T. (1995). Pediatric trauma support program. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 7*(3), 557-567.
- McQuay, J. E. (1995). Support of families who had a loved one suffer a sudden injury, illness, or death. *Critical care Nursing Clinics of North America, 7*(3), 541-547.
- Mendonca, D., & Warren, N. A. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nurse Quality, 21* (1), 58 – 67.
- Mirr, M. P. (1991). Factors affecting decisions made by family members of patients with severe head injury. *Heart & Lung, 20*, 228-235.
- Mitchell, M. L. & Courtney, M. (2005). Improving transfer from the intensive care unit: The development, implementation and evaluation of a brochure based on Knowles' Adult Learning Theory. *International Journal of Nursing Practice, 11*, 257-268.
- Mitchell, M. L. & Courtney, M. (2004). Reducing family member' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing, 20*, 223 – 231.
- Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung, 8*(2), 332-339.
- Morris, K. C. (2001). Psychological distress in carers of head injured individuals: the provision of written information. *Brain Injury 2001, 15*(3), 239-254.
- National Institute of Clinical Excellence. (2003). *Head Injury: Triage, Assessment, Investigation and Early Management of Head Injury*.
<http://www.nice.org.uk/pdf/cg4niceguideline.pdf>, (last accessed July 19th 2003).
- Pittman, D., & Fowler, S. (1997). Acute stress disorder: Application to families of head-injured patients. *Journal of Neuroscience Nursing, 30*(4), 253-256.

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods* (6th ed.). Philadelphia : Lippincott William&Wilkins.
- Prevost, S. S. (1997). Fundamental concepts. In J. C. Hartshom, M. L. Sole, & M. L. Lambom (Eds.), *Introduction to critical care nursing* (pp. 12-19). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Price, D. M., Forrester, A., Murphy, P. A., & Monaghan, J. F. (1991). Critical care family needs in an urban teaching medical center. *Heart & Lung*, 20, 183-188.
- Quinn, S., Redmond, K., & Begley, C. (1996). The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 1. *Intensive Critical Care Nursing*, 12(3), 168-172.
- Reider, J.A. (1994). Anxiety during critical illness of a family member. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13(5), 171-179.
- Rice, M. J. (1992). Minor head injury: Is anybody listening? *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(3), 173-175.
- Richmond, T. S., & Craig, M. (1986). Family-centered care for the neurotrauma patient. *Nursing Clinics of North America*, 21(4), 641-651.
- Rukholm, E., Bailey, P., Coutu-Wakulczyk, G., & Bailey, W. B. (1991). Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 920-928.
- Schenk, E. A. (1995). Management of the brain. In W. J. Phipps, V. L. Cassmeyer, J. K. Sands, & M. K. Lehman (Eds.). *Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice* (pp. 1923-2022). St. Louis: Mosby.
- Serio, C., Kreutzer, J., & Witol, A. (1997). Family needs after traumatic brain injury: A factor analytic study of the Family Needs Questionnaire. *Brain Injury*, 11, 1-9.
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Stetler, C. B., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., et al. (1998). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing Research*, 11 (4), 195-206.

- Swift, T., & Wilson, S. (2001). Misconceptions about brain injury among the general public and non-expert health professionals: an exploratory study. *Brain Injury*, 15, 149-165.
- Stewart, M. J. (1989). Social support instruments created by nurse investigation. *Nursing Research*, 38(5), 268-275.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating social support in nursing*. Newburg Park: SAGE.
- Stewart, M. J., & Tilden, V. P. (1995). What happens after a traumatic brain injury: Four case studies. *Rehabilitation Nursing*, 20(6), 323-327.
- Teddy, P. J., & Anslow, P. (1988). *Head injuries*. London: Gower.
- Testani-Dufour, L., Chappel-Aiken, L., & Gueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: A family experience. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(6), 317-323.
- Thelan, L. A., Urden, L. D., Lough, M, E., & Stacy, K. M. (1998). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- Thornhill, S., Teasdale, G., Murray, G., McEwen, J., Roy, C. W. & Penny, K. I. (2000). Disability in young people and adults one year after head injury: a prospective cohort study. *British Medical Journal*, 320, 1631-1635.
- Titler, M. G., Cohen, M. Z., & Craft, M. J. (1991). Impact of adult critical care hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart & Lung*, 20(2), 174-182.
- Topp, R., Walsh, E., & Sanford, C. (1998). Can providing paging devices relieve waiting room anxiety? *AORN Journal*, 67(4), 852-861.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501-9.
- Walleck, C., & Mooney, K. (1994). Neurotrauma: Head injury. In E. Barker (Ed.), *Neuro Science nursing* (pp. 324-351). St. Louis: Mosby.
- Washington, G.T. (2001). Family advocates: Caring for families in crisis. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(1), 36-40.
- Watanabe, Y., & Taki, K. (2000). An evaluation of neuro-behavioral problems as perceived by family members and levels of family stress 1-3 years following traumatic brain injury in Japan. *Clinical Rehabilitation*, 14, 172-177.

- Wesson, J. S. (1997). Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(2), 111-118.
- แก้ว ไอมิน. (2542). (Aimin, G., 1999). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จเร ผลประเสริฐ. (2541). (Pholpesert, J., 1998). Head injury. ใน *ชาลววิทยุ ดันดีพัฒนา และชนิด วัชรพุกกั. ตำราศัลยศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4).* กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). (Chuprapawan, J., 2000). *สถานะสุขภาพคนไทย.* กรุงเทพมหานคร : อุกษาการพิมพ์.
- ชญานิศ ลือวานิช. (2540). (Luewanit, C., 1997). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลชัย ทศกุลณี. (2542). (Tasakulnee, C., 1999). *การประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการเสพยาสูบของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคชายเขตการศึกษา 6.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นครชัย เผื่อนปฐม. (2541). (Puenpathom, N., 1998). *บาดเจ็บที่ศีรษะ. (พิมพ์ครั้งที่ 2).* กรุงเทพฯ : โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). (Wiengpithak, N., 2003). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มณฑิพย์ ปฎิทัศน์. (2543). (Patithat, M., 2000). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของญาติในผู้ป่วยวิกฤต.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลัย สำราญจิตต์. (2540). (Samranjit, M., 1998). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา อยู่เปลลา. (2542). (Yooplao, R., 1999). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สรินดา น้อยสุข. (2545). (Noisuk, S., 2002). การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถิติยอดผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตำรวจประจำปี (2548). (Patient Statistics in Traumatic Intensive Care Unit, Police General Hospital, 2005). อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประจำปี พ.ศ. 2548.
- อัตราการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประจำปี พ.ศ. 2548. งานสถิติ โรงพยาบาลตำรวจ. (2548). (Statistics Division in Police General Hospital, 2005). อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประจำปี พ.ศ. 2548.
- ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2545). (Health Information Division, Bureau of Health Policy and Plan, 2002). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญพ.ศ. 2541- 2545 [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://service.nso.go.th/nso/data/data23/stat_23/toc_4/4_3-2.xls (10 กันยายน 2548).
- โสภณ ลัดพลี. (2542). (Ladplee, S., 1999). อุบัติเหตุต่อกะโหลกและสมอง : Head injury ในไฟนุคย์ สุทธิวรรณและบรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- อภิชาติ วชิรพันธ์, จำเริญ วัฒนศรีสิน, กิตติศักดิ์ อักษรวงษ์, สราวุธ โจนัวจิรนนท์และกาญจน์ ยวนแหล. (2542). (Wachirapunt, A., Wathanasrisin, J., Auksornvong, K., Rojvachiranonda, S., & Younlae K., 1999). การผ่าตัดรักษาบาดเจ็บที่ศีรษะโดยศัลยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช [ระบบออนไลน์]. *สงขลา นครินทร์เวชสาร*, 17(4), 277-284. แหล่งที่มา <http://medinfo.psu.ac.th/smj2/184/1843.html> (25 มีนาคม 2548)
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). (Trangkasombat, U., 2001). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาคอครบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัทเฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด.



APPENDIX A

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์ ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สารนิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์ ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก; มิถุนายน 2549. 21 หน้า (เอกสารอ้างอิง 17 รายการ)

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 กลุ่มโรค / กลุ่มอาการ:

ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

3.2 กลุ่มบุคคลที่ใช้แนวปฏิบัติ:

พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ:

เพื่อให้ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับข้อมูล และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ที่ตรงกับความต้องการ สามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

3.4 ประชากรเป้าหมาย:

3.4.1 ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนักที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด อาศัยอยู่กับผู้ป่วย และมีอายุมากกว่า 18 ปี

3.4.2 มีการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งครั้ง

3.5 ผลลัพธ์หลักที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ:

3.5.1 หน่วยงานมีแนวทางและมาตรฐานในการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์ แก่ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

3.5.2 ญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้รับข้อมูล และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่ตรงกับความต้องการ สามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปรับตัวต่อภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

4. วิธีดำเนินการ

4.1 รายละเอียดของวิธีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย:

ใช้แนวคิด PICO (Craig, 2002) ตามรายละเอียดดังนี้

P (Population) - ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งงานวิจัยที่ทำในญาติของผู้ป่วยหนักที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

I (Intervention) - การให้ข้อมูลและปรับประคับประคองอารมณ์แก่ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรวมทั้งงานวิจัยที่ทำในญาติของผู้ป่วยหนักที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

C (Comparison Intervention) - ไม่มีการเปรียบเทียบ

O (Outcome) - การเผชิญภาวะวิกฤต การตอบสนองความต้องการของญาติ หรือผลสืบเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลและปรับประคับประคองอารมณ์ในหอผู้ป่วยหนัก

โดยมีข้อกำหนดในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้ คือ

1. เป็นการศึกษาในญาติผู้ป่วยผู้ใหญ่ ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก ทั้งผลกระทบจากการเจ็บป่วยวิกฤตและความต้องการของญาติผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางการให้ข้อมูลและปรับประคับประคองอารมณ์ของทีมสุขภาพ

2. งานวิจัยทุกระดับและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นที่เกี่ยวข้อง

3. ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี ค.ศ. 1996-2005 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 วิธีการที่ใช้ในการค้นหาและการคัดเลือกหลักฐาน:

4.2.1 สืบค้นในฐานข้อมูลที่ให้ Guidelines

- www.guidelines.gov

ไม่ได้ guideline เกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการศึกษา

4.2.2 สืบค้นในฐานข้อมูลที่ให้ systemic review

- www.joannabriggs.edu.au

- www.Cochrane.org

ไม่ได้ systemic review เกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการศึกษา

4.2.3 สืบค้นในงานวิจัยที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว

- CINAHL

- PubMed

- ScienceDirect

- Blackwell Synergy

- www.google.com

ได้งานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง

4.2.4 สืบค้นจาก Reference list และ Hand searching

ได้งานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง

4.3 วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็ง (strength) ของหลักฐาน:

4.3.1 เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐาน ยึดหลักเกณฑ์ของ Stetler et al. (1998) โดยมีการจัดแบ่งระดับของงานวิจัยออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้คือ

ตารางแสดงการแบ่งระดับงานวิจัยยึดหลักเกณฑ์ของ Stetler et al. (1998)

Level and Quality of Evidence	Source of Evidence
ระดับ I	Meta-analysis of multiple controlled studies
ระดับ II	Individual experimental study
ระดับ III	Quasi-experimental study such as nonrandomized controlled single group pre-post test, time series, or matched case-controlled studies
ระดับ IV	Nonexperimental study, such as correlational descriptive research and qualitative or case studies
ระดับ V	Case report or systematically obtained, verifiable quality, or program evaluation data
ระดับ VI	Opinion of respected authorities (e.g. nationally known) base on their clinical experience or the Opinions of an expert committee, including their interpretation of nonresearch-based information. This level also includes regulatory or legal opinions

4.3.2 วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์หลักฐาน

การวิเคราะห์หลักฐานใช้วิธีการทบทวนหลักฐานโดยผู้สร้างแนวปฏิบัติ ในส่วนของงานวิจัยได้วิเคราะห์ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ได้ออกเป็นหมวดหมู่ จากนั้นนำมาพิจารณาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวปฏิบัติ

4.4 วิธีการตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ

การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- | | |
|--|--------|
| 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ | 1 ท่าน |
| 2) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท | 1 ท่าน |
| 3) พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ | 1 ท่าน |
| 4) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในด้านผู้ป่วยอุบัติเหตุ | 1 ท่าน |
| 5) แพทย์เฉพาะทางโรกระบบประสาทสมองและไขสันหลัง | 1 ท่าน |

5. ข้อเสนอแนะ

ผลของการรวบรวมผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ เพื่อนำไปใช้ในการเสนอแนวทางในการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวด มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะเวลาในการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์

1.1 ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย ไม่ควรประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากเป็นช่วงที่ญาติไม่มีสมาธิในการตอบคำถาม (Lee & Lau, 2003: Descriptive study) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยคือ 24 - 72 ชั่วโมง หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

1.2 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต การนำโปรแกรมการดูแลญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตมาใช้ จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจในการให้การดูแล และยอมรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น (Adamowski, Dickinson, Weizman, Roessler, & Snell, 1993: Quasi-experimental study) ประกอบด้วย 6 ระยะดังนี้

- ระยะที่ 1 ระยะติดต่อญาติ
- ระยะที่ 2 ระยะที่ญาติมาถึงโรงพยาบาล
- ระยะที่ 3 ระยะแจ้งให้ทราบถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- ระยะที่ 4 ระยะตอบสนองต่อการสูญเสียของญาติ
- ระยะที่ 5 ระยะเวลาญาติพบศพ
- ระยะที่ 6 กระบวนการสรุป

1.3 ระยะเวลาที่แนะนำผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ระยะเวลาที่เหมาะสม ในการประเมินการรับรู้ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองของญาติผู้ป่วยคือ 36 - 48 ชั่วโมง หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study)

2. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผู้ให้และผู้รับการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์

2.1 ผู้ให้ข้อมูล พยาบาลควรมีความพร้อมในด้านทักษะการให้ข้อมูลตามแต่ละระยะของผู้ป่วยและมีทักษะในการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ญาติโดยได้รับการอบรม หรือมีการค้นคว้าหาความรู้อย่างต่อเนื่อง

2.2 ผู้รับข้อมูล ควรมีคุณลักษณะดังนี้

2.2.1 สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (กัว ไอมิน, 2542: Quasi-experimental study; De Jong & Beatty, 2000:

Descriptive study; Horn & Tesh, 2000: Descriptive study; Lee, Chien, & Mackenzie, 2000: Descriptive study; Azoulay et al., 2002: RCT; Mitchell & Courtney, 2004: RCT; Lee & Lau, 2003: Descriptive study; Chiu, Chien, and Lam, 2004: Quasi-experimental study) หรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (รัตนา อยู่เปล่า, 2542: Quasi-experimental study) เป็นบุคคลในครอบครัวที่สำคัญมากที่สุดของผู้ป่วย (กัว ไอมิน, 2542: Quasi-experimental study) ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา พี่/น้องหรือ บุตร (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Chiu et al., 2004: Quasi-experimental study) โดยถ้ามีญาติมากกว่า 2 คน เลือกคนที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด (Lee et al., 2000: Descriptive study)

2.2.2 มีการเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง (Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

2.2.3 มีอายุมากกว่า 18 ปี (กัว ไอมิน, 2542: Quasi-experimental study; รัตนา อยู่เปล่า, 2542: Quasi-experimental study; Horn & Tesh, 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study; Mitchell & Courtney, 2004: RCT)

2.2.4 คุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ คือ มีคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน (moderate and severe head injury) (รัตนา อยู่เปล่า, 2542: Quasi-experimental study) อายุระหว่าง 18 - 65 ปีเมื่อเกิดการบาดเจ็บ ได้รับหรือไม่ได้รับการผ่าตัด มีหรือไม่มีอาการชัก ไม่เคยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมาก่อน ไม่มีประวัติดื่มเหล้า/ใช้สารเสพติดมาเป็นเวลานาน (Morris, 2001: Quasi-experimental study)

3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหาของข้อมูลที่ให้

สิ่งสำคัญในการให้ข้อมูล คือ การให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงความต้องการของญาติ (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

การให้ข้อมูล

1. ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรค การรักษา กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ทำให้กับผู้ป่วย และเหตุผลในการทำกิจกรรม ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study) สภาพทั่วไปของหอผู้ป่วยหนักและคำศัพท์ต่างๆที่ใช้ในทางการแพทย์ (Azoulay et al., 2002: RCT) การให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และแหล่งที่จะถามข้อมูลได้เมื่อมีปัญหา (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; กัว ไอมิน, 2542: Quasi-experimental study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study) สภาพของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลเฉพาะสำหรับ

ครอบครัวของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกสบาย (กัว ไอมิน, 2542: Quasi-experimental study) ผลเสียของความเครียดต่อสุขภาพ คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ผลเสียของการนอนหลับและรับประทานอาหารไม่เพียงพอ (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study) การส่งเสริมให้ญาติได้ทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามปกติ (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study) โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล ควรประกอบด้วย การให้คำแนะนำ เสนอแนะ ให้แนวทางและการให้ข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย ภาวะเจ็บศีรษะ ได้แก่ ภาวะเจ็บศีรษะที่เกิดกับผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย เมื่อมาเยี่ยมและข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท (รัตนา อยู่เปลว, 2542: Quasi-experimental study)

2. **ระยะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตต้องช่วยฟื้นคืนชีพ** ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับ อาการข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study) และการให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; กัว ไอมิน, 2542: Quasi-experimental study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

3. **ระยะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ** ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักและแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study ; Lee & Lau, 2003: Descriptive study)

การประคับประคองอารมณ์

1. **ระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย** พยาบาลควรให้การช่วยเหลือและสนับสนุนด้านจิตใจทันที และให้ความเชื่อมั่นกับญาติผู้ป่วยเพื่อควบคุมสภาพแวดล้อมภายใต้สถานการณ์ที่ควบคุมได้ยากในช่วงวิกฤต (2 - 3 วันแรกของการได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก) Lee et al., 2000: Descriptive study) มีการให้กำลังใจ (กัว ไอมิน, 2542: Quasi-experimental study) เอาใจใส่และเข้าใจพฤติกรรมการแสดงออกของญาติผู้ป่วย (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study) พยาบาลควรมีทัศนคติที่ดีและเห็นความสำคัญของความต้องการของญาติผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความหวังของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และมีการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยเพิ่มขึ้น Lee et al., 2000: Descriptive study) ในการประเมินและการให้ความรู้กับญาติผู้ป่วย พยาบาลควรมุ่งเน้นความต้องการด้านจิตสังคมเพื่อที่จะช่วยสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย Lee et al., 2000: Descriptive study)

โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของญาติตามลำดับดังนี้ ความต้องการที่จะทราบถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังของญาติ ความต้องการด้านการให้ความเชื่อมั่น การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การได้รับข้อมูล การสนับสนุนช่วยเหลือ และความสะดวกสบาย (Lee & Lau, 2003: Descriptive study) ควรมีการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ดัดแปลงจากแบบประเมิน CCFNI ของ Molter (1979) ก่อนให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study) ควรให้ความสำคัญต่อการประเมินญาติในระยะแรก เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม การนอนหลับที่เพียงพอ รวมทั้งบทบาทและความรับผิดชอบในครอบครัว (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study) และประเมินกลวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วย (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study) ควรจัดหาแหล่งสนับสนุน แนะนำให้ญาติแบ่งจ่ายงานให้กับสมาชิกอื่นในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เพื่อลดภาระงาน (Horn & Tesh, 2000: Descriptive study) ควรส่งต่อญาติผู้ป่วยวิกฤตได้พบกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study) ควรจัดให้ญาติได้เข้าร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study) ควรส่งเสริมการดูแลที่มีครอบครัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study) ควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งนำเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ญาติผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและนำไปสู่การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study)

2. **ระยะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตต้องช่วยฟื้นคืนชีพ** ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่แท้จริงออกมา ต้องให้การดูแลญาติผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อน ประเมินความต้องการและสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเสียชีวิตของญาติผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Adamowski et al., 1993: Quasi-experimental study) การนำโปรแกรมการดูแลญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตมาใช้ จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจในการให้การดูแล และยอมรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น (Adamowski et al., 1993: Quasi-experimental study) ประกอบด้วย 6 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะติดต่อญาติ ในรายที่เสียชีวิตอย่างกะทันหันหรือมีภาวะคุกคามถึงชีวิต แนะนำตัว เรียกชื่อผู้ป่วย และบอกญาติให้มาติดต่อก่อนโดยไม่แจ้งการตายทางโทรศัพท์

ระยะที่ 2 ระยะที่ญาติมาถึงโรงพยาบาล พุดคุยกับญาติในห้องที่สงบโดยลำดับเหตุการณ์ และอธิบายให้ญาติทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมญาติในกรณีผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิต

ระยะที่ 3 ระยะแจ้งให้ทราบถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วย ประสานงานให้แพทย์แจ้งถึงอาการของผู้ป่วยและแนวโน้มเสียชีวิต โดยใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่ายและไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการ

สื่อสาร เพื่อไม่ให้เกิดความคลุมเครือ ต้องแสดงความเสียใจเมื่อแจ้งให้ญาติทราบถึงการเสียชีวิตและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย

ระยะที่ 4 ระยะตอบสนองต่อการสูญเสียของญาติ ให้การสนับสนุนและช่วยให้ญาติผ่านพ้นกระบวนการสูญเสีย ตอบสนองต่ออาการช็อก ไม่เชื่อเกี่ยวกับการสูญเสีย โกรธ และปฏิเสธ

ระยะที่ 5 ระยะนำญาติพบศพ เมื่อญาติยอมรับเกี่ยวกับการเสียชีวิต พาญาติไปพบศพ ทำความสะอาดร่างกายและดูแลความเรียบร้อยของศพ

3.ระยะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ การเตรียมความพร้อมและให้ความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย ควรมีการประเมินปัญหาและความต้องการของญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการจำหน่ายผู้ป่วย (Mitchell & Courtney, 2004: RCT) ควรประเมินความต้องการที่ได้รับการตอบสนองของญาติภายหลังการให้ข้อมูล ตามแบบประเมินความต้องการของญาติที่ดัดแปลงจากแบบประเมิน NMI ของ Molter (1979) (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study) การส่งต่อญาติผู้ป่วยวิกฤตได้พบกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ (De Jong & Beatty, 2000: Descriptive study)

4. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการให้และสื่อที่ใช้

4.1 สิ่งสำคัญในการให้ข้อมูล คือ การให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลที่ตรงกับความจริง พยายามให้ข้อมูลจากพยาบาลคนเดิมทุกวันถ้าเป็นไปได้ เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยโทรศัพท์มาสอบถามอาการผู้ป่วยได้เมื่อมีเหตุจำเป็น แจ้งให้ญาติผู้ป่วยทราบเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง (Mendonca & Warren, 1998: Descriptive study; Lee et al., 2000: Descriptive study; Lee & Lau, 2003: Descriptive study) อธิบายด้วยคำที่เข้าใจง่าย (กัว โอมิน, 2542: Quasi-experimental study) การปฏิบัติพยาบาลที่มีแบบแผน บนพื้นฐานความต้องการของญาติผู้ป่วย สำหรับครอบครัวที่มีผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจะมีผลในการลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความพึงพอใจเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย (Chiu, et al., 2004: Quasi-experimental study)

4.2 ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรกของการบาดเจ็บ ข้อมูลนี้จะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (Morris, 2001: Quasi-experimental study) การให้ข้อมูลโดยใช้แผ่นพับจะช่วยให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา ทำให้ลดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น (Azoulay et al., 2002: RCT) คู่มือการให้ข้อมูล แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 หมวด (Morris, 2001: Quasi-experimental study) ได้แก่

1) เนื้อหาเกี่ยวกับบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย คำจำกัดความ พยาธิสภาพ และระดับของความรุนแรงของบาดเจ็บที่ศีรษะ

2) ความผิดปกติของการรับรู้ของผู้ป่วย ประกอบด้วย การสรุปในเรื่องของความจำ ความตั้งใจและสมาธิ การพูด การแก้ไขปัญญา การใช้ภาษาและอาการอ่อนแรง เนื้อหาในหมวดนี้ยังประกอบด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถทำเพื่อช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บที่ศีรษะ

3) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า การหุนหันพลันแล่น การไม่สามารถสะกดกลืนอารมณ์และการไร้อารมณ์ เนื้อหาในหมวดนี้ยังประกอบด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถทำได้

4) การดูแลตัวเองของญาติผู้ป่วย สรุปความถึงสิ่งที่ผู้ดูแลอาจจะประสบด้วยตนเอง เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยเหลือได้

4.3 การเตรียมสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก ด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการแจกแผ่นพับข้อมูลซึ่งเกี่ยวข้องกับการจำหน่าย สามารถลดระดับความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mitchell & Courtney, 2004: RCT) ขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย ควรประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่และหอผู้ป่วยใหม่ สิ่งที่สมาชิกคาดหวัง รวมทั้งระบบการสนับสนุนช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วย สามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Mitchell & Courtney, 2004: RCT)

4.4 การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล จะมีผลในการลดความวิตกกังวล (รัตน อยู่ปลา, 2542: Quasi-experimental study)

6. หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ

งานวิจัยที่ตรงกับประเด็นปัญหามี 12 เรื่อง มีรายละเอียดดังนี้

1. งานวิจัย RCT 2 เรื่อง ได้แก่

1.1 Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients (Azoulay et al.,2002)

1.2 Reducing family member's anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study (Mitchell & Courtney, 2004)

2. งานวิจัย Quasi-experimental study 5 เรื่อง ได้แก่

2.1 ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต (แก้ว ไอมิน, 2542)

2.2 ผลของการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (รัตน อยู่เปล่า, 2542)

2.3 Psychological distress in carers of head injured individuals: the provision of written information (Morris, 2001)

2.4 Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit (Chiu, Chien and Lam, 2004)

2.5 Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors (Adamowski, Dickinson, Weizman, Roessler & Snell, 1993)

3. งานวิจัย Descriptive study 5 เรื่อง ได้แก่

3.1 Perceived and Unmet Needs of Critical Care Family Members (Mendonca and warren,1998)

3.2 Needs of Families With a Relative in a Critical Care Unit in Hong Kong (Lee, Chien and Mackenzie, 2000)

3.3 Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong (Lee and Lau, 2003)

3.4 The effect of critical care hospitalization on family member: Stress and responses (Horn & Tesh, 2000)

3.5 Family perceptions of support interventions in the intensive care unit (De Jong & Beatty, 2000)

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดจากการนำข้อเสนอแนะตามแนวปฏิบัติไปใช้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีแนวทางในการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์แก่ญาติผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนักที่ชัดเจน ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

2. ญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักได้รับข้อมูล และการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่ตรงกับความต้องการ สามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพให้การสนับสนุนผู้ป่วยได้ดีขึ้น

อันตรายที่อาจเกิดขึ้น – ไม่มี

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

เพื่อความชัดเจนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในคลินิก จึงสร้างเป็นรูปแบบการดูแลแบบต่างๆ ได้แก่ 1) ขั้นตอนการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนักและ 2) แผนภาพแสดงรูปแบบการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์ ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก ตามรายละเอียดดังนี้

8.1 ขั้นตอนการให้ข้อมูลและระดับประกันการคุ้มครอง ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

การให้ข้อมูลและระดับประกันการคุ้มครอง หมายถึง

ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก หมายถึง

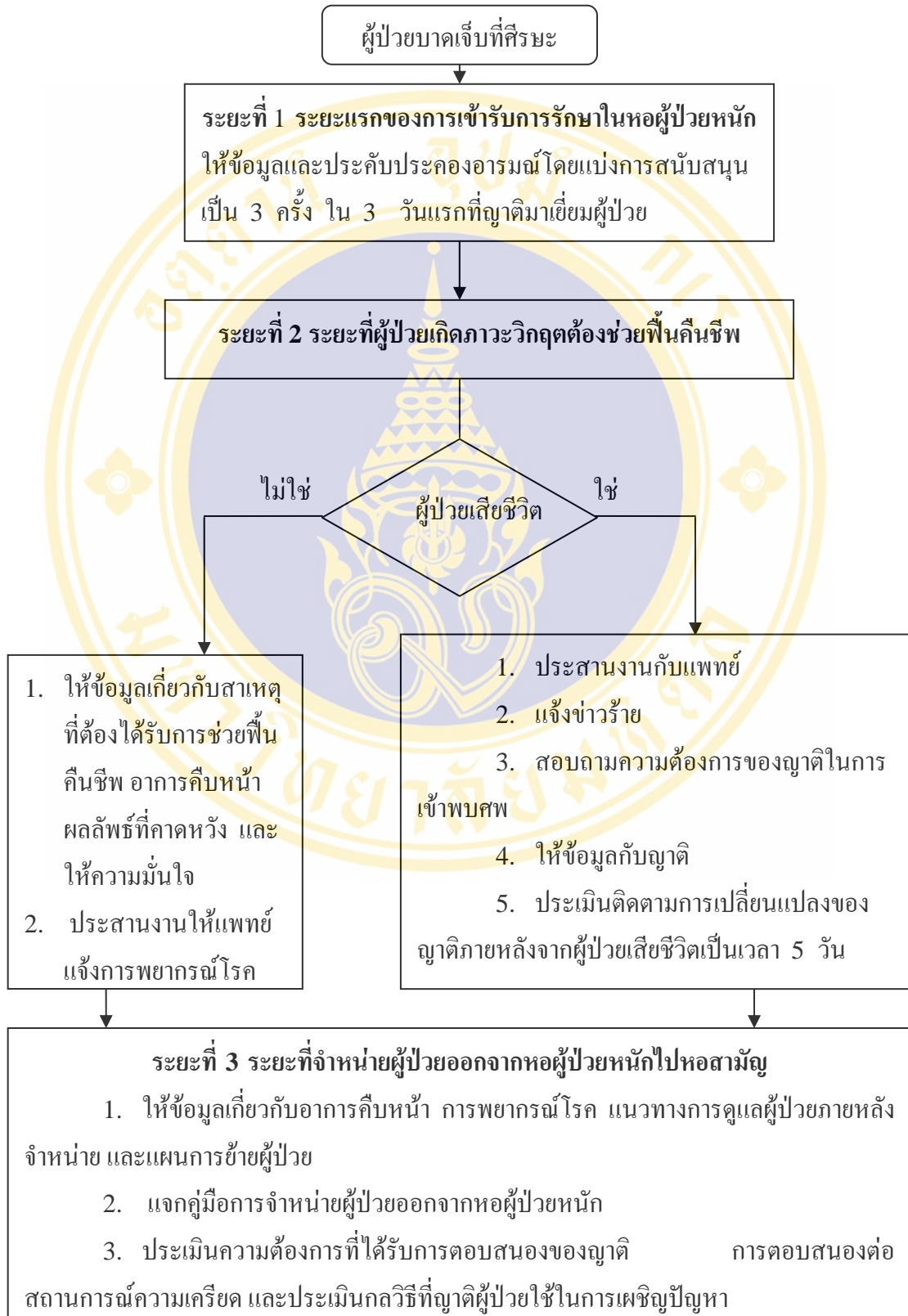
การให้ข้อมูลและระดับประกันการคุ้มครองแก่ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในหอผู้ป่วยหนักแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์แก่ญาติผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยแบ่งการสนับสนุนเป็น 3 ครั้ง ใน 3 วันแรกที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย

.....
.....



8.2 แผนภาพแสดงรูปแบบการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์ ในการเผชิญภาวะวิกฤตของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก



9. ข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

9.1. วัน เดือน ปี ที่สร้างแนวปฏิบัติ:

10 เมษายน 2549

9.2. ผู้สร้าง:

ร้อยตำรวจเอกหญิงสุดหทัย คำทรัพย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

9.3. อาจารย์ที่ปรึกษา:

9.3.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพร ดนัยคุชฎีกุล

9.3.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ โตสิงห์

9.4. ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ:

ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติมีดังนี้

1. พันตำรวจโทหญิงนฤมล เพียรเจริญ

หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท

โรงพยาบาลตำรวจ

2. พันตำรวจโทหญิงเพ็ญพิศ ยะชัยมา

พยาบาล (สบ 2) หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ

โรงพยาบาลตำรวจ

3. นายแพทย์บัญชา ชีวะอิสระกุล

นายแพทย์กลุ่มงานศัลยกรรม หน่วยศัลยกรรมระบบประสาท

โรงพยาบาลตำรวจ

4. นางสาวชุตินา อรุโณทยานนท์

หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ

โรงพยาบาลศิริราช

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร

อาจารย์

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

9.5. แหล่งทุน: ไม่มี

9.6. เอกสารอ้างอิง:

กัว ไอมิน. (2542). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). *ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทัน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา อยู่เปลว. (2542). *ผลของการให้ข้อมูลและปรับประคับประคองอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทัน, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Adamowski, K., Dickinson, G., Weizman, B, Roessler, C., & Snell, C. C. (1993). Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *CAN MED ASSOC J* 1993, 149(10), 1445-1451.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Jourdain, M., Bornstain, C., & Wernet, A. (2002). Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 165, 438-442.
- Chiu, Y. L., Chien, W. T., & Lam, L. W. (2004). Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2004, 13, 655-656.
- De Jong, M. J., & Beatty, D. S. (2000). Family perception of support intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(5), 40-47.
- Horn, E. V., & Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimensions of critical care nursing*, 19(4), 40-48.
- Lee, I. Y. M., Chien, W. T., & Mackenzie, A. E. (2000). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Critical Nursing*, 9, 46-54.
- Lee L. Y. K. & Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.
- Mendonca, D., & Warren, N. A. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nurse Quality*, 21 (1), 58 – 67.
- Mitchell, M. L. & Courtney, M. (2004). Reducing family member' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*.20, 223 – 231.

Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study.

Heart & Lung, 8(2), 332-339.

Morris, K. C. (2001). Psychological distress in carers of head injured individuals: the

provision of written information. *Brain Injury* 2001, 15(3), 239-254.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods*

(6th ed.). Philadelphia : Lippincott William&Wilkins.

Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based

practice model promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.

Stetler, C. B., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., et al.

(1998). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Applied Nursing Research*, 11 (4), 195-206.

APPENDIX B**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลและประทับประคองอารมณ์ ในการเผชิญภาวะวิกฤต แก่ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนักนี้ ได้ตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังมีรายชื่อดังต่อไปนี้

1. พันตำรวจโทหญิงนฤมล เพียรเจริญ พย.ม.
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท
โรงพยาบาลตำรวจ
2. พันตำรวจโทหญิงเพ็ญพิศ ยะชัยมา พย.บ.
พยาบาล (สบ 2) หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ
โรงพยาบาลตำรวจ
3. นายแพทย์บัญชา ชีวะอิสระกุล พ.บ.
นายแพทย์กลุ่มงานศัลยกรรม หน่วยศัลยกรรมระบบประสาท
โรงพยาบาลตำรวจ
4. นางสาวชุติมา อรุโณทยานนท์ พย.ม.
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ
โรงพยาบาลศิริราช
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
อาจารย์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

APPENDIX C

ตัวอย่างแบบเก็บข้อมูล

แบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. อาชีพ

ทำนา ทำไร่ ทำสวน

รับราชการ

ค้าขาย

เอกชนหรือรัฐวิสาหกิจ

รับจ้าง

กำลังศึกษา

อื่น ๆ ระบุ.....

4. รายได้.....บาท/เดือน

5. การศึกษา

ไม่รู้หนังสือ

อาชีวศึกษา

ประถมศึกษา

ปริญญาตรี

มัธยมศึกษา

สูงกว่าปริญญาตรี

6. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ

ระบุ.....

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บิดา มารดา

สามี ภรรยา

บุตร

ผู้ดูแล

8. สมาชิกในครอบครัวเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

ใช่

ไม่ใช่

9. วันที่ตอบแบบสอบถาม

วันที่สองของการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก

วันที่สามของการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก

วันที่สี่ของการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก



ส่วนที่ 2 แบบสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีข้อความแสดงถึงความต้องการของท่านในฐานะญาติจำนวน 38 ข้อ

ไม่ต้องการ หมายถึง ท่านไม่มีความต้องการในเรื่องนั้นเลย

ต้องการเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความต้องการในเรื่องนั้นเล็กน้อย

ต้องการปานกลาง หมายถึง ท่านมีความต้องการในเรื่องนั้นปานกลาง

ต้องการมาก หมายถึง ท่านมีความต้องการในเรื่องนั้นมาก

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ โดยให้เลือกเพียง 1 ช่องต่อ 1 ข้อ

ความต้องการ	ระดับความต้องการ			
	ไม่ ต้องการ	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการ มาก
1. ความต้องการข้อมูล				
1. ได้รับคำอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย ถ้อยคำที่สุภาพและเข้าใจง่าย				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
2. ความต้องการความสะดวกสบาย				
17. สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตรงตามเวลา				
18.				
19.				
20.				

ความต้องการ	ระดับความต้องการ			
	ไม่ ต้องการ	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการ มาก
21.				
22.				
23.				
3. ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ				
24. มีเพื่อนเข้าไปด้วยขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
4. ความต้องการความเชื่อมั่น				
31. รู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย				
32.				
33.				
34.				
35.				
5. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย				
36. สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ				
37.				
38.				

แบบสอบถามการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก
คำชี้แจง แบบสำรวจการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

แบบสอบถามนี้ มีข้อความแสดงถึงความต้องการของท่านในฐานะญาติจำนวน 38 ข้อ

- ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้นเลย
- ได้รับบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้นเป็นบางครั้ง
- ได้รับบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้นบ่อยครั้ง
- ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับการตอบสนองความต้องการในเรื่องนั้นเป็นประจำ

ให้ท่านเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ โดยให้เลือกเพียง 1 ช่องต่อ 1 ข้อ

ความต้องการ	การตอบสนองความต้องการ			
	ไม่ได้รับ	ได้รับบางครั้ง	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับเป็นประจำ
1. ความต้องการข้อมูล				
1. ได้รับคำอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพและเข้าใจง่าย				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
2. ความต้องการความสะดวกสบาย				
17. สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตรงตามเวลา				

ความต้องการ	การตอบสนองความต้องการ			
	ไม่ได้ รับ	ได้รับ บางครั้ง	ได้รับ บ่อยครั้ง	ได้รับ เป็นประจำ
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
22.				
23.				
3. ความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ				
24. มีเพื่อนเข้าไปด้วยขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
4. ความต้องการความเชื่อมั่น				
31. รู้สึกมีความหวังเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย				
32.				
33.				
34.				
35.				
5. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย				
36. สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ				
37.				
38.				

**แบบสอบถามความเครียดและการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ
ในหอผู้ป่วยหนัก**

แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 1 แบบวัดความเครียดของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก

คำชี้แจง แบบวัดนี้ต้องการทราบถึงความเครียดของญาติ ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยข้อคำถาม 44 ข้อ ที่เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆภายในหอผู้ป่วยหนักที่อาจทำให้ท่านเกิดความเครียด ได้แก่สภาพร่างกายของผู้ป่วย สภาพจิตใจของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและสภาพเศรษฐกิจและสังคม ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- ไม่ทำให้เกิดความเครียด หมายถึง สถานการณ์นั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจ
- ทำให้เกิดความเครียดเล็กน้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจเพียงเล็กน้อย
- ทำให้เกิดความเครียดปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจหรือไม่สบายใจเพียงปานกลาง
- ทำให้เกิดความเครียดมาก หมายถึง สถานการณ์นั้นทำให้ท่านรู้สึกกังวลใจ คับข้องใจ ทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจมาก

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียดมาก น้อยเพียงใด	ไม่ทำให้เกิด ความเครียด	ทำให้เกิดความเครียด		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย				
1. ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด เช่น ปวดแผลผ่าตัด ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียดมาก น้อยเพียงใด	ไม่ทำให้เกิด ความเครียด	ทำให้เกิดความเครียด		
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
2. ความเครียดด้านจิตใจ				
17. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
3. ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม				
32. เสียงจากเครื่องมือ/อุปกรณ์ต่างๆ				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
4. ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม				
39. การที่ผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				

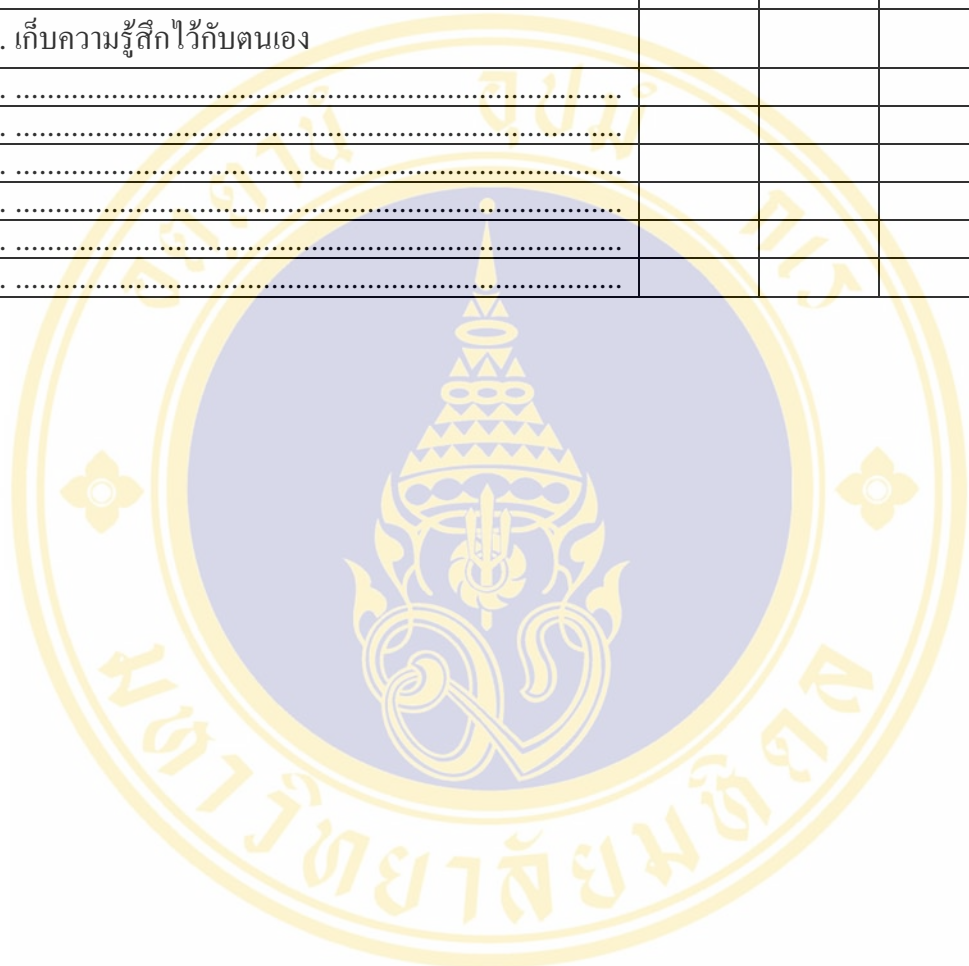
ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนัก
คำชี้แจง แบบวัดนี้ต้องการทราบถึงการเผชิญปัญหาของท่านที่ใช้ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยข้อคำถาม 60 ข้อ เกณฑ์ในการตอบไม่มีคำตอบใดที่ถือว่าถูก หรือผิดให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเลย
- นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านเคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหานาน ๆ ครั้ง
- เป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านเคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเป็นบางครั้ง
- บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบ่อยครั้ง

ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีเหล่านี้บ่อยขนาดไหน ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก	ไม่เคย	เคย		
		นาน ๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง
1. ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา				
1. หาวิธีการเพื่อจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
2. ด้านการมองโลกในแง่ดี				
11. หวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
3. ด้านการยอมรับในโชคชะตา				
20. เตรียมพร้อมที่จะพบกับสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น				
21.				

ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีเหล่านี้บ่อยขนาดไหน ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก	ไม่เคย	เคย		
		นานๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง
22.				
23.				
4. ด้านการหลีกเลี่ยง				
24. พยายามหลีกเลี่ยงจากปัญหาชั่วขณะ				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
5. ด้านการจัดการกับอารมณ์				
37. มัวแต่คิดกังวลถึงปัญหา				
38.				
39.				
40.				
41.				
6. ด้านการบรรเทาความเครียด				
42. รับประทานอาหารมากกว่าปกติ				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
7. ด้านการใช้การสนับสนุน				
49. ปรึกษาปัญหากับครอบครัวหรือเพื่อน				
50.				
51.				
52.				
53.				

ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีเหล่านี้บ่อยขนาดไหน ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก	ไม่เคย	เคย		
		นานๆ ครั้ง	เป็นบาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง
8. ด้านการพึ่งตนเอง				
54. เก็บความรู้สึกไว้กับตนเอง				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				



APPENDIX D

ตัวอย่างคู่มือการให้ข้อมูลและระดับประคองอารมณ์
แก่ญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ



เมื่อญาติของคุณเข้ารับการรักษาในหอ
ผู้ป่วยหนัก

หอผู้ป่วยหนักคืออะไร?

หอผู้ป่วยหนักคือ.....

กฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

เวลาเยี่ยมแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ

อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ

เครื่องช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

การทำความสะอาดร่างกาย

เมื่ออยู่ที่ข้างเตียงผู้ป่วย

ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

สิ่งอำนวยความสะดวก

คุณจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ.....

บาดเจ็บที่ศีรษะคืออะไร ?

บาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดจาก.....

ตัวอย่างคู่มือการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก



การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก

แผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก.....

หอผู้ป่วยสามัญ.....

เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสามัญ.....

สิ่งที่คาดหวังในหอผู้ป่วยสามัญ.....

การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ญาติ.....



APPENDIX E**การสังเคราะห์งานวิจัย**

ชื่อเรื่องงานวิจัย Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients

ผู้แต่ง Elie Azoulay et al.

แหล่งตีพิมพ์ American Journal Respiratory Critical Care Medicine 2002; 165: 438-442

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อตรวจสอบว่า แผ่นพับสำหรับให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานสามารถเพิ่มความพึงพอใจ และความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักได้หรือไม่
Research design	Prospective Randomized Controlled Trial/Level II
Sample	<p>ญาติผู้ป่วยจำนวน 204 รายจากหอผู้ป่วยหนักจำนวน 34 แห่ง แห่งละ 6 ราย (ไม่ได้รับแผ่นพับสำหรับให้ข้อมูลแก่ญาติจำนวน 3 ราย) มีระยะเวลานอนในโรงพยาบาลอย่างน้อย 48 ชั่วโมง นำมาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 102 ราย</p> <p>Exclusion criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 8 ราย - ญาติปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จำนวน 6 ราย - ไม่มีญาติมาเยี่ยมภายใน 5 วันหลังจากเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 15 ราย <p>รวมที่คัดออกจำนวน 29 ราย เหลือผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 175 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 87 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 88 ราย</p>
Research instruments	แผ่นพับสำหรับให้ข้อมูลแก่ญาติ
Research settings	สุ่มเลือกหอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 แห่งจากหอผู้ป่วยหนักทั้งหมดจำนวน 114 แห่ง ที่เป็นสมาชิกของ the French Society for Critical Care แบ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลในเมือง

หัวข้อ	รายละเอียด
Data collection	<p>สุ่มเลือกโดยใช้คอมพิวเตอร์ จำแนกตามตารางตัวเลข แบ่งญาติผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละหอผู้ป่วยหนักจะได้รับซองจดหมายจำนวน 6 ซอง มีแผ่นพับสำหรับให้ข้อมูลแก่ญาติจำนวน 3 ซองและเอกสารเปล่าจำนวน 3 ซอง ญาติในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติตามมาตรฐานการให้ข้อมูล รวมทั้งมีการให้ญาติได้พบแพทย์ 1 ครั้งในสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการรักษา ในการเยี่ยมครั้งแรก ญาติจะได้รับซองที่มีแผ่นพับที่มีหัวข้อในการให้ข้อมูลแก่ญาติ ซองว่างให้ญาติกรอกเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คั่นเอกสารให้เจ้าหน้าที่ภายใน 3 - 5 วันหลังได้รับซอง</p>
Research findings	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะหอผู้ป่วยหนักมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญระหว่างญาติทั้ง 2 กลุ่ม 2. จำนวน 17% ของญาติได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกัน จำนวน 51% ไม่ทราบบทบาทของผู้ดูแล จำนวน 51% ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ จำนวน 39% แสดงความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือจากจิตแพทย์ จำนวน 95% พึงพอใจในการได้รับข้อมูลโดยแพทย์จบใหม่ 3. จำนวน 60% ของญาติมีความวิตกกังวล จำนวน 39% มีภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญระหว่าง 2 กลุ่ม 4. จำนวน 26% ของญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา แบ่งเป็นแต่ละด้านดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน 9% ของญาติไม่เข้าใจการวินิจฉัยโรค และการรักษา - จำนวน 10% ของญาติไม่เข้าใจการพยากรณ์โรค - จำนวน 21% ของญาติไม่เข้าใจการรักษา 5. ระดับคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจเท่ากับ 22 (19-26.5) ผู้ป่วยที่เข้าใจการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและการรักษา และมีระดับคะแนนความต้องการตาม CCFNI ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ มีข้อบ่งชี้ว่าระดับคะแนนความพึงพอใจดีขึ้น (21 ต่อ 25 ที่ระดับ $p = .04$) 6. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ไม่สัมพันธ์กับทั้งความรู้ความเข้าใจและความพึงพอใจ

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>7. ระดับความรู้ความเข้าใจที่ดีมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลจากแผ่นพับ (11.5 ต่อ 41 % ของญาติที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ระดับ $p < .001$)</p> <p>8. ระดับความพึงพอใจทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนค่าเฉลี่ย 21 ต่อ 23 ที่ระดับ $p = .08$) ญาติที่มีความรู้ความเข้าใจที่ดีและได้รับความรู้จากแผ่นพับ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (21 ต่อ 27 ที่ระดับ $p = .01$)</p> <p>9. ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับแผ่นพับมีน้อยกว่าอย่างไม่มีนัยสำคัญ</p>
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<p>1. การให้ข้อมูลโดยใช้แผ่นพับ จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น</p> <p>2. การให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพทั่วไปของหอผู้ป่วยหนักและคำศัพท์ต่างๆ ที่ใช้ในทางการแพทย์จะทำให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจได้มากกว่าการให้ข้อมูลเฉพาะ</p>
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ II วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้และสอดคล้องกับสิ่งที่ศึกษา ศึกษาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้โดยตรง มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีสิทธิชอบธรรมในการให้ข้อมูลโดยใช้แผ่นพับ แต่ต้องคำนึงถึงเนื้อหาในแผ่นพับ รวมทั้งวิธีการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลโดยใช้แผ่นพับ ช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจต่อข้อมูลที่ได้รับเพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย Reducing family member's anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study

ผู้แต่ง Mitchell & Courtney

แหล่งตีพิมพ์ Intensive and Critical Care Nursing 2004; 20: 223-231

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความไม่แน่นอน และความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการย้ายจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยอื่น ต่อวิธีการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก
Research design	pre-test, post-test control group design/ Level II
Sample	ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายนจำนวน 162 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการแจกแผ่นพับ และเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักจำนวน 82 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 80 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลามากกว่า 10 ชั่วโมง 2. ญาติผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 18 ปี 3. ญาติผู้ป่วยสามารถเข้าใจและเขียนภาษาอังกฤษได้ 4. ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไม่ใช่เพื่อการดูแลในระยะสุดท้าย
Research instruments	แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ <p>กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ได้รับการแจกแผ่นพับและเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก โดยญาติผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย พร้อมทั้งสอบถามปัญหาและความต้องการเชิงรุกของญาติผู้ป่วย และแจกแผ่นพับเกี่ยวกับระยะเวลาในการวางแผนจำหน่าย ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วยใหม่ แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบในหอผู้ป่วยใหม่ ซึ่งเนื้อหาในแผ่นพับประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่าย ข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ ความคาดหวังในหอผู้ป่วยทั่วไป และระบบบริการการสนับสนุนช่วยเหลือสำหรับญาติผู้ป่วย</p> <p>กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุม ได้รับการเตรียมข้อมูลตามปกติของหอผู้ป่วยหนัก</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
Research settings	หอผู้ป่วยหนักที่รับผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท เส้นเลือดและอุบัติเหตุในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 24 เตียงในประเทศออสเตรเลีย
Data collection	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสอบถามวัดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนของญาติผู้ป่วย (Mishel's PPUS-FM) 2. แบบสอบถามวัดระดับความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์ก (1983) (state anxiety inventory-SAI) 3. แบบสอบถามวัดการสนับสนุนทางสังคม (the rand and medical outcomes study, social support scale-MOS SSS) 4. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> - ข้อมูลของญาติที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอน ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยระดับการศึกษาและประวัติ - การเข้าเยี่ยมหรือเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก - ข้อมูลของผู้ป่วยประกอบด้วย อายุ เหตุผลในการเข้ารับการรักษา เพศ ระยะเวลาอนินในหอผู้ป่วยหนักและแบบวัดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (APACHE III)
Research findings	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความรู้สึกไม่แน่นอนของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ($p < 0.000$) ความสัมพันธ์ของญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วย ($p = 0.022$) และการไม่สามารถคาดหวังเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ($p < 0.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นร่วมกับการลดลงของการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) 3. ระดับความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มลดลงภายหลังการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) 4. ระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มที่ได้รับการแจกแผ่นพับและเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักลดลงภายหลังการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)
การสกัดเพื่อนำไปใช้	1. การเตรียมญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการแจกแผ่นพับข้อมูล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจำหน่าย สามารถลดระดับความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนของญาติผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>2. การเตรียมความพร้อมและให้ความรู้เกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย ควร มีการประเมินปัญหาและความต้องการของญาติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและ การจำหน่ายผู้ป่วย</p> <p>3. ขั้นตอนในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการจำหน่ายผู้ป่วย ควร ประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่าย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ และหอผู้ป่วยใหม่ สิ่งที่สามารถคาดหวัง รวมทั้งระบบการสนับสนุน ช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วย สามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยใช้เป็นแหล่งประโยชน์ ในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม</p>
<p>การประเมินความ เป็นไปได้ในการ นำไปใช้</p>	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน งานวิจัยมีความ น่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ II วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการ ออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการ นำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ พยาบาลมีสิทธิโดย ชอบธรรมในการให้ข้อมูล โดยแจกแผ่นพับและเตรียมข้อมูลในระยะที่ จำหน่ายผู้ป่วย สะดวกในการนำมาใช้ ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลลดลง และไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ผู้แต่ง ก้าว ไอมิน

แหล่งตีพิมพ์ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูล ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต
Research design	A quasi-experimental pretest-posttest control group design/ Level III
Sample	ญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมของโรงพยาบาลป๋กักังยูเนียนเมตคอลลคอลล ในกรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีนระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2541 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2542 จำนวน 30 ราย เป็นบุคคลในครอบครัวที่สำคัญมากที่สุดของผู้ป่วย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาจีนและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
Research instruments	<ol style="list-style-type: none"> แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ <ul style="list-style-type: none"> อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว การศึกษาของญาติผู้ป่วย อายุ การวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย แนวทางการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล พัฒนาระบบพื้นฐานของกรอบแนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย ของกอร์เอ็นส์ ประกอบด้วยการอธิบายด้วยคำที่เข้าใจง่าย การแนะนำข้อมูล แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ สภาวะของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลเฉพาะสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกสบาย การให้กำลังใจ และการให้ความมั่นใจ แบบวัดความวิตกกังวล (STAI-Form Y-1) ของสปีลเบิร์กเกอร์ (1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาจีนโดยชู เหลียง (1988) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง ระดับที่ใช้ประเมินความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ มีจำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยให้

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>คะแนน 1 ถึง 4 จากไม่มีความวิตกกังวลเลยถึงมีความวิตกกังวลมากที่สุด คะแนนรวมของแต่ละแบบประเมินจะอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนดิบได้มาโดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อ ระดับคะแนนเฉลี่ยได้มาโดยใช้คะแนนดิบทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อ ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78</p>
Research settings	<p>โรงพยาบาลปักษีภุชเียนเมดิคอลคอลเลจ ในกรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน</p>
Data collection	<p>จัดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 รายเข้ากลุ่มควบคุม โดยได้รับการดูแลจากพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีกจำนวน 15 รายจัดเข้ากลุ่มทดลอง และได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 (วันที่ 1)</p> <p>แนะนำตัว (10 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำตนเองกับญาติผู้ป่วย 2. เตรียมญาติก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยหนักและกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนัก <p>เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (15 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับญาติผู้ป่วย 2. อธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย <p>ส่วนที่ 2 (วันที่ 2)</p> <p>เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (10 นาที)</p> <p>เข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับญาติผู้ป่วยและตอบคำถามโดยคำนึงถึงความต้องการของญาติ กระตุ้นให้ญาติสัมผัส จับมือและพูดคุยกับผู้ป่วย</p> <p>ให้ข้อมูลญาติผู้ป่วย (5 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคและอาการของผู้ป่วย 2. รับฟังและตอบข้อซักถามของญาติผู้ป่วย <p>ส่วนที่ 3 (วันที่ 3)</p> <p>พูดคุยกับญาติและตอบคำถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามรถช่วยเหลือได้</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
Research findings	ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลควรประกอบด้วย การอธิบายด้วยคำที่เข้าใจง่าย การแนะนำข้อมูล แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ สถานะของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลเฉพาะสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความสะดวกสบาย การให้กำลังใจ และการให้ความมั่นใจ 2. การนำโปรแกรมการให้ข้อมูลไปใช้ทำให้ระดับความวิตกกังวลของญาติลดลง
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ III วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการให้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล ปฏิบัติได้ง่าย ช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง

ชื่อเรื่องงานวิจัย ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะ

ผู้แต่ง รัตนา อยู่เปลว

แหล่งตีพิมพ์ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ

ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	<ol style="list-style-type: none"> 1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ 2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
Research design	Quasi-experimental research/Level III
Sample	ญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2543 จำนวน 20 ราย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน พูดและเข้าใจ ภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ คือ มีคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน (moderate and severe head injury)
Research instruments	<ol style="list-style-type: none"> 1. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House,1981) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลประกอบด้วยการให้ คำแนะนำ เสนอแนะ ให้แนวทางและการให้ข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์ เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ บาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดกับผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยมและ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประสาท อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ ผู้ป่วยได้รับ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท สำหรับการ สนับสนุนด้านอารมณ์ประกอบด้วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การสนับสนุนด้าน

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>อารมณ์นี้จะกระทำตลอดระยะเวลาการสนับสนุนร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูล</p> <p>2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วยอายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของครอบครัว ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย อายุ ชนิดของบาดเจ็บที่ศีรษะและคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS)</p> <p>3. แบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของสปิลเบอร์เกอร์ ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความคงที่ภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.9 ลักษณะของแบบวัด STAI เป็นเครื่องมือที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองจำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ STAI form Y-1 เป็นแบบประเมิน A-State หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ เป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น มีจำนวน 20 ข้อ ระดับที่ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลมี 4 ระดับ โดยให้คะแนนดังนี้ 1 = ไม่มีเลย 2 = มีบ้าง 3 = มีค่อนข้างมาก 4 = มีมากที่สุด ส่วน STAI form Y-2 เป็นแบบประเมิน A-Trait หรือความวิตกกังวลแฝง เป็นความวิตกกังวลของตนเองโดยทั่วไป มีจำนวน 20 ข้อ ระดับที่ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลมี 4 ระดับ โดยให้คะแนนดังนี้ 1 = ไม่มีเลย 2 = มีบ้าง 3 = มีค่อนข้างมาก 4 = มีมากที่สุด คะแนนรวมของแต่ละแบบประเมินจะอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำแสดงถึงความวิตกกังวลต่ำ และคะแนนรวมสูงแสดงถึงความวิตกกังวลสูง</p>
Research settings	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
Data collection	<p>1. กลุ่มควบคุม 10 ราย</p> <p>ครั้งที่ 1 รวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และแบบวัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย ในวันแรกที่ญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท หลังจากนั้นนัดหมายญาติผู้ป่วยในการมาเยี่ยมในวันที่ 3</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ครั้งที่2 วัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล และวัด Glasgow Coma Scale ของผู้ป่วยอีกครั้งในวันที่ 3 ที่ญาติผู้ป่วย มาเยี่ยมผู้ป่วย</p> <p>2. กลุ่มทดลอง 10 ราย</p> <p>วัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในวันแรกที่ญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท นำคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้มาจับคู่ โดยให้คะแนนความวิตกกังวลมีค่าใกล้เคียงกัน แตกต่างกับค่าที่ได้จากการวัดครั้งแรกของกลุ่มควบคุมไม่เกิน 5 คะแนน ถ้าพบว่าสามารถจับคู่ได้แล้ว ดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับญาติผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยแบ่งการสนับสนุนเป็น 3 ครั้งใน 3 วันแรกที่ญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย มีวิธีการดังต่อไปนี้</p> <p>ผู้วิจัยสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันที่ 1 ให้กับญาติผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นรายบุคคล ในวันแรกที่ญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โดยผู้วิจัยดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพบญาติผู้ป่วยในบริเวณที่จัดเป็นสัดส่วน สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ป่วย สร้างบรรยากาศการพูดคุยแบบเป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสมสำหรับญาติผู้ป่วย แสดงความเข้าใจในพฤติกรรมของญาติผู้ป่วยที่แสดงถึงความวิตกกังวล เตรียมญาติผู้ป่วยก่อนการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยบอกสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น อธิบายเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การตรวจวินิจฉัย การรักษา ลักษณะของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท กฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้อ่านทบทวนภายหลัง และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกหรือซักถาม</p> <p>ขั้นตอนที่2 พาญาติผู้ป่วยของผู้ป่วยเข้าเยี่ยมที่ข้างเตียง แล้วอธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมการไหลของสารละลาย เครื่องช่วยลดไข้ สายให้อาหารทางจมูก ท่อระบายที่ต่อออกจากตัวผู้ป่วย แนะนำวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ข้าง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>เตียง อธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผล การประเมินทางระบบประสาท และการประเมินสัญญาณชีพ การให้ยา การพลิกตัว และการป้องกันอุบัติเหตุ และตอบคำถามที่ญาติผู้ป่วยซักถามขณะเยี่ยม</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังการพาญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ตอบคำถามที่ญาติผู้ป่วยซักถาม</p> <p>ผู้วิจัยดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันที่ 2 ที่ญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 พบกับญาติผู้ป่วยของผู้ป่วยในบริเวณที่จัดไว้อย่างเป็นสัดส่วน กล่าวทักทายญาติผู้ป่วยของผู้ป่วย บอกความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้กับญาติผู้ป่วย</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 พาญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งให้ญาติผู้ป่วยเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือที่ผู้ป่วยได้รับ อธิบายกิจกรรมพยาบาลกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง และตอบคำถามตามที่ญาติผู้ป่วยซักถาม</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังการพาญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รับฟังการระบายความรู้สึกของญาติผู้ป่วย และตอบคำถามที่ญาติผู้ป่วยซักถาม ย้ำให้ญาติผู้ป่วยมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ขณะที่ญาติผู้ป่วยไม่ได้อยู่ที่ข้างเตียงผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันที่ 3 ให้กับญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1 พบกับญาติผู้ป่วยในบริเวณที่จัดไว้ กล่าวทักทายญาติผู้ป่วย บอกความก้าวหน้าของผู้ป่วยให้กับญาติผู้ป่วย</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 พาญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และตอบคำถามขณะเยี่ยมผู้ป่วย</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 ภายหลังการพาญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จะตอบคำถามที่ญาติผู้ป่วยซักถาม</p> <p>ภายหลังเสร็จสิ้นการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังจากนั้นดำเนินการสนับสนุนด้าน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ข้อมูลและอารมณ์ให้กับญาติผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจนครบจำนวน 10 ราย ตามแผนกสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หลังจากนั้น วัดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยอีกครั้งในวันที่ 3 หลังการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล STAI form Y และวัด Glasgow Coma Scale ของผู้ป่วยอีกครั้ง</p>
Research findings	<ol style="list-style-type: none"> 1. คะแนน Glasgow Coma Scale ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 เท่ากับ 3-11 คะแนน ($x = 7.80$, $S.D. = 0.89$) และวันที่ 3 เท่ากับ 3-15 คะแนน ($x = 9.20$, $S.D. = 1.42$) ส่วนกลุ่มทดลองวันที่ 1 เท่ากับ 4-11 คะแนน ($x = 8.40$, $S.D. = 0.85$) วันที่ 3 เท่ากับ 4-15 คะแนน ($x = 9.80$, $S.D. = 1.22$) 2. คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 39 สูงสุดเท่ากับ 69 (mean rank 9.65) ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 44 สูงสุดเท่ากับ 70 (mean rank 11.35) 3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลรวมอันดับที่ของคะแนนความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. ความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 5. ความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<p>โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล ควรประกอบด้วยกรให้คำแนะนำ เสนอแนะ ให้แนวทางและการให้ข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่บาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดกับผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยมและข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ลักษณะของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงานอย่างมาก เนื่องจากเป็นการศึกษาในประเทศไทย มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ III วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลสร้างชิ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย ปฏิบัติได้สะดวก ช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย Psychological distress in carers of head injured individuals: the provision of written information

ผู้แต่ง K.C. Morris

แหล่งตีพิมพ์ Brain Injury 2001; 15(3): 239 – 254

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อทดสอบความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และเพื่อสำรวจผลของการให้ข้อมูลต่อความทุกข์ทรมาน ในการศึกษาครั้งนี้มีสมมติฐาน 2 ข้อ ได้แก่ 1. ระดับความวิตกกังวลจะลดลงโดยการให้ข้อมูล และ 2. การลดลงของระดับความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาหลัง การได้รับบาดเจ็บต่ำ
Research design	A longitudinal, mixed variable, within – and between – subject design /Level III
Sample	ผู้ดูแลเบื้องต้นของผู้ป่วยที่มีได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 33 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 2-9 เดือนมาแล้ว (จำนวน 11 ราย) และกลุ่มหลัง ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมาเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป (จำนวน 22 ราย) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ ผู้ป่วย - Glasgow Coma Scale 3-14 - อายุระหว่าง 16-65 ปีเมื่อเกิดการบาดเจ็บ - ได้รับหรือไม่ได้รับการผ่าตัด - มีหรือไม่มีอาการชัก ผู้เข้าร่วมวิจัย - อาศัยอยู่กับบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บเป็นเวลามากกว่า 1 เดือน ภายหลังได้รับบาดเจ็บ - อายุระหว่าง 16-65 ปี - ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแรก เกณฑ์ที่คัดออกมีดังนี้ - เคยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมาก่อน - คัมहेล้า/ใช้สารเสพติดมาเป็นเวลานาน

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>- อาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่บ้านน้อยกว่า 1 เดือนภายหลังได้รับบาดเจ็บ</p>
Research instruments	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป 2. แบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากการอยู่โรงพยาบาล 3. รายชื่ออาการแสดง 4. แบบสอบถามเกี่ยวกับคู่มือการให้ข้อมูล 5. คู่มือการให้ข้อมูลที่พัฒนาผ่านการอ่านทั้งหนังสือและแผ่นพับที่เขียนสำหรับผู้ดูแลผู้ที่มีบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างครอบคลุม และจากรายงานทางวรรณกรรมที่มีการพัฒนาขึ้น ในคู่มือแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) เกี่ยวกับบาดเจ็บที่ศีรษะ: ประกอบด้วย คำจำกัดความ พยาธิสภาพ และระดับความรุนแรงของบาดเจ็บที่ศีรษะ 2) ความผิดปกติของการรับรู้: ประกอบด้วย การสรุปในเรื่องของความจำ ความตั้งใจและสมาธิ การพูด การแก้ไขปัญหา ภาษาและอาการอ่อนแรง ในหมวดนี้ยังประกอบด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถทำเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีบาดเจ็บที่ศีรษะ 3) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม: ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การหุนหันพลันแล่น การไม่สามารถสะกดกลืนอารมณ์และการไร้อารมณ์ ในหมวดนี้ยังประกอบด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ 4) การดูแลตัวเอง: สรุปความถึงสิ่งที่ผู้ดูแลอาจจะประสบกับตนเอง ยกตัวอย่างเช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยเหลือได้
Research settings	<p>สำรวจหาผู้เข้าร่วมวิจัยจากแหล่งต่างๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ส่งต่อหน่วยบริการทางจิตวิทยา - สมุดจำหน่ายผู้ป่วยของตึกผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท - การจำหน่ายจากหน่วยฟื้นฟูทางระบบประสาท - ฐานข้อมูลที่สร้างขึ้นโดยที่ปรึกษาด้านจิตประสาทและที่ปรึกษาในหน่วยฟื้นฟูทางระบบประสาท
Data collection	<p>สำรวจหาผู้เข้าร่วมวิจัย โดยหาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการบาดเจ็บของผู้ป่วย (เช่น เกิดอะไรขึ้น เกิดขึ้นเมื่อไร และเกิดขึ้นอย่างไร) ทันทีภายหลัง</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ได้รับบาดเจ็บ และคะแนน GCS ที่มีคะแนนต่ำที่สุดช่วงเวลาที่สูญเสียความทรงจำภายหลังการได้รับบาดเจ็บ เมื่อได้ผู้ป่วยที่ต้องการ ผู้วิจัยส่งจดหมายเพื่อขอความยินยอมในการเขียนไปหาญาติ หรือผู้ปกครองของผู้ป่วย ถ้าตอบตกลง ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจดหมายแนะนำตัว ข้อมูลที่เริ่มต้นด้วยการประเมิน อธิบายเกี่ยวกับการวิจัยและคำถามต่างๆ และแบบฟอร์มให้ตอบกลับ</p> <p>หลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคู่มือข้อมูล จะมีการโทรศัพท์ไปอีก 1 สัปดาห์เพื่อตอบข้อสงสัยต่างๆและกำหนดเวลาที่เหมาะสมสำหรับการนัดครั้งที่ 2 ในอีก 3-4 สัปดาห์</p> <p>ในการนัดครั้งที่ 2 เหมือนกับครั้งแรก ประกอบด้วยการตอบคำถามที่มีอยู่ในเวลานั้น แบบสอบถามเกี่ยวกับคู่มือ ซึ่งประกอบอยู่ในซองของแบบสอบถามของการนัดครั้งที่ 2</p> <p>หลังจากการนัดครั้งที่ 2 มีการตกลงกับคณะกรรมการจริยธรรม GPs ให้ติดต่อกับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคะแนนความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่มีนัยสำคัญ</p>
Research findings	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ภายหลังจากได้รับข้อมูล แต่คาดว่าคู่มืออาจจะมีประโยชน์มากกว่า ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่ญาติประสบกับบาดเจ็บที่ศีรษะได้ไม่นาน 2. ในกลุ่มแรกผู้เข้าร่วมวิจัยบางส่วนมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง ทั้ง GHQ scores (อาการทางกาย ความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความผิดปกติของการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านสังคม 82%) และ HADS Anxiety Scores (73%) อย่างไม่มีนัยสำคัญ มีการลดลงของความผิดปกติของการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญ 3. ในกลุ่มหลังมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงทั้ง GHQ scores (56%) และ HADS Anxiety Scores (50%) อย่างไม่มีนัยสำคัญ รวมทั้งมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญในทุกรายชื่อของ GHQ 4. ในกลุ่มแรกมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มหลัง 5. ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคู่มืออ่านง่ายมาก ติดตามได้ง่าย 6. น่าสนใจและช่วยเหลือได้มาก เนื้อหาในหมวดเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ศิรัษะมีประโยชน์มากที่สุดและต้องการได้รับคู่มือเมื่อเวลาที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รายที่เลือกทางเลือกรอื่นทั้งหมดกล่าวว่าคู่มือในการให้ข้อมูลจะมีประโยชน์มากที่สุดเมื่อผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล</p>
<p>การสกัดเพื่อนำไปใช้</p>	<p>1. ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศิรัษะในระยะแรกของการบาดเจ็บ ข้อมูลนี้จะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน</p> <p>2. คู่มือการให้ข้อมูล แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 หมวด ได้แก่</p> <p>เกี่ยวกับบาดเจ็บที่ศิรัษะ: ประกอบด้วย คำจำกัดความ พยาธิสภาพ และระดับของความรุนแรงของบาดเจ็บที่ศิรัษะ</p> <p>ความผิดปกติของการรับรู้: ประกอบด้วยการสรุปในเรื่องของความจำ ความตั้งใจและสมาธิ การพูด การแก้ไขปัญญา ภาษาและอาการอ่อนแรง ในหมวดนี้ยังประกอบด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถทำ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บที่ศิรัษะ</p> <p>การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม: ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การหุนหันพลันแล่น การไม่สามารถสะกดกลิ่นอารมณ์และการไร้อารมณ์ ในหมวดนี้ยังประกอบด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถทำได้</p> <p>การดูแลตัวเอง: สรุปความถึงสิ่งที่ผู้ดูแลอาจจะประสบกับตนเอง ยกตัวอย่าง เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยเหลือได้</p>
<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้</p>	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ III วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ ถึงแม้จะเป็นการสำรวจผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านแต่ผลจากการสำรวจพบว่าญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ได้ข้อเสนอแนะว่าคู่มือจะมีประโยชน์มากในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไม่นาน และยังอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะใช้ พยาบาลมีสิทธิโดย</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	ขอขรรมในการให้ข้อมูลโดยใช้คู่มือ ซึ่งอ่านง่าย สะดวกในการนำมาใช้ ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง



ชื่อเรื่องงานวิจัย Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit

ผู้แต่ง Yeung-Lin Chiu, Wai-Tong Chien and Lai-Wah Lam

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Clinical Nursing 2004; 13: 655-656

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อประเมินผลของแบบแผนโปรแกรมการให้ความรู้ สำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต ดำเนินการใน 2 วันแรกของการเข้าอยู่ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยในประเทศฮ่องกง บนพื้นฐานของผลจากการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต
Research design	A pre- and post-test, untreated group design/Level III
Sample	ญาติผู้ป่วย ที่มีญาติเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศฮ่องกง ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรสและพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างในเดือนแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นกลุ่มควบคุม และในเดือนที่ 2 ของการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นกลุ่มทดลอง
Research instruments	1. แบบแผนโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤต บนพื้นฐานของผลจากการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต 2. แบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต C-CCFNI, แบบสอบถามความพึงพอใจ C-TAI และแบบสอบถามความวิตกกังวล C-SAI และแบบกรอกข้อมูลทั่วไป
Research settings	หอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศฮ่องกง
Data collection	ใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน ใน 2 วันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วย กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้ 2 แบบแผน ได้แก่ บทเรียนการให้ข้อมูลจากผู้วิจัยเป็นเวลา 1 ชั่วโมง เป็นบทเรียนที่สร้างขึ้น จากผลของการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบประเมินความต้องการ CCFNI ภาคภาษาจีนของ Lee และคณะ (2000) จำนวน 45 ข้อ ความต้องการที่มีระดับความสำคัญที่ 4 หรือ 5 ได้รับการระบุอยู่ในบทเรียนที่ 2 กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำและคำอธิบายตามปกติ จากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วยการแนะนำเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกในหอผู้ป่วยหนัก การปฏิบัติประจำวัน และเวลาเยี่ยม รวมทั้งการอธิบายเกี่ยวกับอาการของ

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ผู้ป่วยและการวางแผนการรักษาอย่างคร่าวๆ</p> <p>ในระหว่างการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มได้รับแบบสอบถามก่อนทดสอบ ประกอบด้วยแบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต C-CCFNI, แบบสอบถามความพึงพอใจ C-TAI, แบบสอบถามความวิตกกังวล C-SAI และแบบกรอกข้อมูลทั่วไป บนพื้นฐานของผลการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพบนพื้นฐานของแต่ละราย ใช้เวลา 2 วันติดต่อกัน หลังจากนั้นทั้งสองกลุ่มได้รับแบบสอบถามภายหลังการทดสอบ ประกอบด้วยแบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามความวิตกกังวล</p>
Research findings	<ol style="list-style-type: none"> จากความต้องการที่มีระดับความสำคัญที่ 4 และ 5 จำนวน 10 ข้อ ความต้องการที่สำคัญที่สุดจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย - ทราบผลลัพธ์ที่คาดหวัง - พูดยุติเกี่ยวกับความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกผิดและโกรธ - ทราบเหตุผลในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย - ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย กลุ่มทดลองระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .0001$) และมีความพึงพอใจเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .00001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> ความจำเป็นในการประเมินความต้องการ และวางแผนเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ โดยมีพื้นฐานอยู่บนความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตควรจะได้รับพิจารณา เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูงขึ้นและมีผลในการลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความพึงพอใจ ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยเห็นว่าสำคัญที่สุดจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย - ทราบผลลัพธ์ที่คาดหวัง - พูดยุติเกี่ยวกับความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกผิดและโกรธ - ทราบเหตุผลในการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
	- ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นการจัดอบรมให้ความรู้บนพื้นฐานความต้องการของญาติ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ III วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติ ทำให้ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและพึงพอใจเพิ่มขึ้น การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสียหาย</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors

ผู้แต่ง Kazimiera Adamowski, Garth Dickinson, Brian Weizman, Carin Roessler and CathyCarter - Snell

แหล่งตีพิมพ์ CAN MED ASSOC J 1993; 149 (10): 1445-1451

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ใช้ในการดูแลญาติผู้เสียชีวิต ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
Research design	Quasi-experimental research/Level III
Sample	แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม 1. กลุ่มที่ 1 คือญาติผู้เสียชีวิตในช่วง 6 เดือน ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งมีจำนวน 49 รายแต่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 26 ราย 2. กลุ่มที่ 2 คือญาติผู้เสียชีวิตในช่วง 6 เดือน ในปี ค.ศ. 1990 ซึ่งมีจำนวน 57 รายแต่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 40 ราย
Research instruments	1. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ 2. เอกสารที่ให้กับญาติผู้เสียชีวิต 3. แนวปฏิบัติของสหสาขาในการดูแลญาติผู้เสียชีวิตซึ่งประกอบด้วย 6 ระยะดังนี้ คือ 1) ระยะที่ 1 ระยะติดต่อญาติ ในรายที่เสียชีวิตอย่างกะทันหันหรือมีภาวะคุกคามถึงชีวิต แนะนำตัว เรียกชื่อผู้ป่วย และบอกญาติให้มาติดต่อโดยไม่แจ้งการตายทางโทรศัพท์ 2) ระยะที่ 2 ระยะที่ญาติมาถึงโรงพยาบาล พูดคุยกับญาติในห้องที่สงบ โดยลำดับเหตุการณ์และอธิบายให้ญาติทราบ เพื่อเตรียมความพร้อมญาติในกรณีผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต 3) ระยะที่ 3 ระยะแจ้งให้ทราบถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วย ประสานงานให้แพทย์แจ้งถึงอาการของผู้ป่วยและแนวโน้มเสียชีวิต โดยใช้คำอธิบายที่เข้าใจง่ายและไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการสื่อสาร เพื่อไม่ให้เกิดความคลุมเครือ ต้องแสดงความเสียใจเมื่อแจ้งให้ญาติทราบถึงการเสียชีวิตและเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย 4) ระยะที่ 4 ระยะตอบสนองต่อการสูญเสียของญาติ ให้การสนับสนุนและช่วยให้ญาติผ่านพ้นกระบวนการสูญเสีย ตอบสนองต่อ

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>อาการช็อก ไม่เชื่อเกี่ยวกับการสูญเสีย โภชนา และปฏิเสธ</p> <p>5) ระยะที่ 5 ระยะนำญาติพบศพ เมื่อญาติยอมรับเกี่ยวกับการเสียชีวิต พยาญาติไปพบศพ ทำความสะอาดร่างกายและดูแลความเรียบร้อยของศพ</p> <p>6) ระยะที่ 6 กระบวนการสรุป นำญาติกลับไปห้อง พุดคุยเกี่ยวกับ เอกสารการเสียชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา นักสังคมสงเคราะห์ ติดตามประเมินความต้องการของญาติผ่านทางโทรศัพท์ ภายหลังจากเสียชีวิต 5 วัน</p>
Research settings	Emergency Department of Ottawa General Hospital
Data collection	การตอบแบบสอบถามทาง mail ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
Research findings	<ol style="list-style-type: none"> 1. ในปี 1987 พบปัญหาทางการแพทย์เกี่ยวกับรายงานการเสียชีวิต ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับเหตุการณ์ ก่อนการแจ้งการเสียชีวิตจำนวน 32% - ได้รับรายงานล่าช้าเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์จำนวน 60% - ได้รับรายงานข้อมูลทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ภายหลังจากการแจ้งการเสียชีวิตจำนวน 53% - ในด้านการแจ้งเกี่ยวกับการทำหัตถการ ภายหลังจากเสียชีวิตจำนวน 33% 2. ใช้เวลาในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมงภายหลังได้รับโปรแกรม (81%) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม (50%) ($p < 0.05$) 3. การช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภายหลังได้รับโปรแกรม (79%) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม (40%) ($p < 0.01$) 4. ความถี่ของเจ้าหน้าที่ในการพบญาติในปี 1990 (66%) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 1987 (26%) ($p < 0.05$) 5. ญาติต้องการเข้าดูการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างใกล้ชิด ภายหลังจากได้รับโปรแกรม (11%) น้อยลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม (95%) ($p < 0.001$)
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<p>สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาทางการแพทย์ระหว่างทีมสุขภาพกับญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินมีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับเหตุการณ์ก่อนการแจ้งการเสียชีวิต 2. ได้รับรายงานล่าช้าเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>3. ได้รับรายงานข้อมูลทางการแพทย์ไม่เพียงพอภายหลังการแจ้งการเสียชีวิต</p> <p>4. ในด้านการแจ้งเกี่ยวกับการทำหัตถการภายหลังการเสียชีวิต</p> <p>5. การนำโปรแกรมการดูแลญาติผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินมาใช้ จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจในการให้การดูแลและยอมรับการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น</p>
<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้</p>	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ III วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ เพราะหน่วยงานมีลักษณะคล้ายคลึงกันเนื่องจากเป็นหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติ มีการทำงานเป็นทีม การนำไปใช้ต้องได้ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพอื่น การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย Perceived and unmet needs of critical care family members

ผู้แต่ง Dorris Mendonca and Nancy A. Warren

แหล่งตีพิมพ์ Critical Care Nurse Quality 1998; 21 (1) 58 - 67

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้ถึงความสำคัญ ของความต้องการของญาติ ผู้ป่วยในระหว่าง 18-24 ชั่วโมง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้แบบประเมิน CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory) 2. เพื่อจำแนกว่าความต้องการใดได้รับการรับรู้/ไม่รับรู้จากญาติผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ NMI (Needs Met Inventory) ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 36-48 ชั่วโมง 3. เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วยและการตอบสนองต่อแบบประเมินการค้นพบความต้องการ
Research design	Descriptive study/level IV
Sample	<p>ญาติผู้ป่วยจำนวน 52 ราย ถูกเลือกจากห้องรอเยี่ยม ตามเกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุระหว่าง 18-80 ปี มีความสัมพันธ์เป็น คู่สมรส พ่อแม่ พี่/น้องหรือบุตร 2. ญาติผู้ป่วยสมัครใจที่จะพบกับผู้วิจัยอย่างน้อย 30 นาที เป็นเวลา 2 วันติดต่อกัน 3. อ่านและเขียนภาษาอังกฤษได้ 4. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้เกิดหรืออาจเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต
Research instruments	<p>แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลทั่วไป มี 8 ข้อ คือ เพศของผู้ป่วยและญาติ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพการรับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะของผู้ป่วย 2. แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วย (CCFNI) มีจำนวน 45 ข้อ กล่าวถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยจำนวน 5 เรื่องคือความต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ ความสะดวกสบาย การได้รับข้อมูล การอยู่ใกล้ชิด

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ผู้ป่วยและการให้ ความเชื่อมั่น โดยมี 4 ระดับของ Likert scale คือ 1 = ไม่สำคัญ 2 = ความสำคัญเล็กน้อย 3 = สำคัญ 4 = สำคัญมาก และยังมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ เพื่อให้ญาติเขียนข้อมูลเพิ่มเติม ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .96</p> <p>3. แบบประเมินการตอบสนองความต้องการ (NMI) เป็นแบบสอบถามที่ทำด้วยตนเอง มีจำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่เหมือนกับแบบประเมินความต้องการของญาติ (CCFNI) โดยมี 4 ระดับของ Likert scale คือ 1 = ไม่เคยได้รับการตอบสนองความต้องการ (never) 2 = ตอบสนองความต้องการ เป็นบางครั้ง (sometimes) 3 = ตอบสนองความต้องการบ่อย (usually) 4 = ตอบสนองความต้องการเป็นประจำ (always) โดยมีความแตกต่างในส่วนที่ผู้วิจัยถามญาติผู้ป่วยถึงการรับรู้ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่า</p>
Research settings	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก 10 เตียง และมีอัตราการรับผู้ป่วย 60 รายต่อเดือน ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทุกชนิด
Data collection	<p>1. ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ติดต่อกับผู้วิจัยในห้องรอเยี่ยม รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ปัจจัยเสี่ยง ประโยชน์ เวลาที่ใช้ วิธีการในการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อ สถานะของอาสาสมัคร และเซ็นบิยินยอม</p> <p>2. เริ่มต้นด้วยญาติผู้ป่วยกรอกข้อมูลทั่วไปในแบบสอบถาม จากนั้นจะได้รับการอธิบายการใช้ CCFNI ระหว่าง 18-24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยจะพบญาติผู้ป่วยรายเดิมอีกครั้งเมื่อ 36-48 ชั่วโมงภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อตอบแบบสอบถาม NMI การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 2 เดือน</p>
Research findings	<p>1. การวิเคราะห์ความสำคัญของความต้องการ 10 อันดับแรกในระหว่าง 36-48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งแบ่งเป็นความต้องการด้านการให้ความเชื่อมั่น การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการได้รับข้อมูล มีแนวโน้มของความสำคัญเหล่านี้สูง แต่ในด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและความสะดวกสบายมีระดับต่ำ</p> <p>- การรับรู้ถึงความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมีเพียง 4 ข้อใน</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ความต้องการของญาติผู้ป่วย 10 อันดับแรก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้ง ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย - ทราบเกี่ยวกับข้อมูลการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย - ทราบเหตุผลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย <p>2. ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนที่วัดโดยใช้แบบประเมิน CCFNI และ NMI พบว่าด้านการให้ความเชื่อมั่นมีความสำคัญมากที่สุด ด้านความสะดวกสบายมีความสำคัญน้อยที่สุด มีการรับรู้ว่ามี การตอบสนองความต้องการด้านการให้ความเชื่อมั่น ส่วนในด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและความสะดวกสบายไม่มีการรับรู้ว่ามี การตอบสนองความต้องการ</p> <p>3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนความช่วยเหลือ จากการวัดโดยใช้แบบประเมิน CCFNI และระดับความสะดวกสบายโดยใช้แบบประเมิน NMI มีแนวโน้มในทางบวกที่ระดับ $p = .04$</p> <p>4. ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาและการสนับสนุนช่วยเหลือมีแนวโน้มในทางลบที่ระดับ $p = .06$</p>
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<p>1. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วย คือ 18-24 ชั่วโมง หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก</p> <p>2. มีการตอบสนองความต้องการเพียง 4 ข้อจากความต้องการของญาติผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้ง - ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย - ทราบเกี่ยวกับข้อมูลการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย - ทราบเหตุผลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย <p>สิ่งสำคัญในการให้ข้อมูล คือการให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงความต้องการของญาติ</p> <p>3. ระยะเวลาที่เหมาะสม ในการประเมินการรับรู้ความต้องการที่ได้รับ การตอบสนองของญาติผู้ป่วยคือ 36-48 ชั่วโมง หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับปานกลางเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ IV วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ สอดคล้องกับสิ่งที่ศึกษา ศึกษาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้โดยตรง มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีสิทธิชอบธรรมในการให้ข้อมูลและสอบถามความต้องการของญาติ การให้ข้อมูลโดยมีการตอบสนองความต้องการของญาติ ช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong

ผู้แต่ง Isabella Y. M. Lee, W. T. Chien and Ann E. Mackenzie

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Critical Nursing 2000; 9: 46-54

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อประเมินความสำคัญและความต้องการของญาติผู้ป่วย ที่มีญาติในหอผู้ป่วยหนักในประเทศฮ่องกง และสำรวจความเข้าใจเหตุผลที่ครอบครัวมีต่อความต้องการนี้และการตอบสนองด้านจิตสังคมต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันในระบบครอบครัว
Research design	Descriptive study / level IV
Sample	ญาติผู้ป่วยจำนวน 30 รายโดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1. สมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยเซ็นใบยินยอม 2. สามารถอ่าน พูด และเข้าใจในภาษาจีน 3. สามารถให้สัมภาษณ์ในช่วง 96 ชั่วโมงแรกของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย 4. ถ้ามีญาติมากกว่า 2 ราย เลือกรายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด
Research instruments	1. แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วย (CCFNI) ดัดแปลงจากของ Leske (1991) เป็นการรายงานตนเองโดยวัดการเปรียบเทียบความสำคัญของความต้องการของญาติผู้ป่วยจำนวน 45 ข้อ โดยมีกระบวนการ 3 ระยะประกอบด้วย การแปล การแปลกลับ และทดสอบความสอดคล้องทางด้านภาษาจีน ระดับความเชื่อมั่นที่ .90 และสัมประสิทธิ์ครอนบาชอัลฟาเท่ากับ .87 ได้รับการยอมรับและทำความเข้าใจได้ง่าย 2. ข้อมูลทั่วไป ออกแบบโดยผู้วิจัยและแนบไว้ในตอนท้ายของแบบประเมิน ประกอบด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การมีญาติรักษาตัวในโรงพยาบาลและอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ และญาติอาศัยอยู่กับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลหรือไม่ และเพิ่มข้อมูลในเรื่องเพศและอายุของผู้ป่วย 3. แนวทางสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยหลังจากทำแบบสอบถามเสร็จ ได้นำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปศึกษานำร่องในญาติผู้ป่วยจำนวน 8 ราย เพื่อค้นหาความเหมาะสม และความเป็นไปได้ หลังจากคัดลอกและแปลเทป

หัวข้อ	รายละเอียด
	สัมภาษณ์ มีการวิเคราะห์เนื้อหา วิธีการและผลโดยผู้ให้คำปรึกษาในด้านงานวิจัย
Research settings	Acute care general hospital ในประเทศฮ่องกง
Data collection	<p>1. แบบสอบถามรายงานตนเอง ใช้ทดสอบการรับรู้ของญาติผู้ป่วยต่อความต้องการของตนเอง ความสำคัญของการรับรู้ความต้องการและความต้องการได้รับการตอบสนองหรือไม่ การสัมภาษณ์เพื่อสำรวจความต้องการของญาติแต่ละรายเพิ่มเติมจากรายการในแบบสอบถาม</p> <p>2. ระบุบุคคลที่เหมาะสมที่สุด ที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย และทดสอบความรู้สึกระหว่างระยะเวลาวิกฤตนี้</p> <p>3. ผู้วิจัยใช้เวลา 6 เดือนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วย เอกสารข้อมูลทั่วไป และแนวทางในการสัมภาษณ์ กิ่งโครงสร้างถูกแปลเป็นภาษาจีน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการศึกษานำร่อง</p>
Research findings	<p>1. ค่าเฉลี่ยของความต้องการ 45 ข้อจากแบบ CCFNI มีช่วงระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 1.23-3.90 คะแนนเฉลี่ยของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ในช่วง 1.18-4.98 มีอยู่ในระดับสูง ความสำคัญของความต้องการมีมากและมีการตอบสนองความต้องการน้อย</p> <p>2. คะแนนเฉลี่ยของความต้องการหลัก 5 อย่างในด้านการให้ความเชื่อมั่นและการได้รับข้อมูลเป็นความต้องการที่สำคัญที่สุด</p> <p>3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศของญาติผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วย และการเห็นความสำคัญของความต้องการมีความสัมพันธ์กันอย่างน้อยที่สำคัญที่ระดับ $p < .01$ และ $p < .05$</p> <p>4. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศของญาติผู้ป่วย และระดับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .01$ ญาติผู้หญิงแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของความคงที่ของคะแนน การเห็นความสำคัญด้านความต้องการ 10 อันดับแรก และการตอบสนองความต้องการ 10 อันดับแรกมีอยู่ในระดับสูง แต่ไม่มีนัยสำคัญในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และระดับข้อมูลทั่วไป</p> <p>5. แพทย์และพยาบาลเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุด ในการตอบสนองความต้องการ มากกว่า 80 % ของญาติผู้ป่วยรับรู้การตอบสนองความต้องการ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ของประชากร</p> <p>6. โดยแพทย์และพยาบาลหรือทั้งคู่</p> <p>7. ทีมสุขภาพอื่นๆ ญาติและเพื่อนมีส่วนร่วมรับรู้เกี่ยวกับความต้องการเพียงเล็กน้อย</p> <p>8. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองโดยแพทย์มากที่สุด 5 อย่าง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องการที่จะทราบผลลัพธ์ที่คาดหวัง 2) ต้องการที่จะพบแพทย์ทุกวัน 3) ต้องการความเชื่อมั่นเกี่ยวกับว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด 4) ต้องการคำอธิบายที่เข้าใจง่าย 5) ต้องการทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย <p>8. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองโดยพยาบาลมากที่สุด 5 อย่าง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องการพูดคุยกับพยาบาลรายเดิมทุกวัน 2) ต้องการให้โทรศัพท์ที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 3) ต้องการรับข้อมูลของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 4) ต้องการคำแนะนำว่าสามารถทำอะไรได้บ้างเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 5) ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการดูแลด้านร่างกาย <p>9. ผลจากการสัมภาษณ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bouman ในการระบุความต้องการแบ่งเป็น 3 ด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความต้องการด้านการรับรู้: ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการทราบสถานะผู้ป่วยทั่วไปทั้งหมด ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคจากบุคคลเดียวกัน บุคลากรอธิบายด้วยข้อความที่เข้าใจง่ายโดยไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกได้รับการยอมรับและตอบสนองความสัมพันธ์ทางด้านความต้องการ 2) ความต้องการทางด้านอารมณ์: ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะวิตกกังวลและแสดงออกด้วยอารมณ์โกรธ เมื่อได้รับข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ซึ่งความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลสามารถควบคุมได้เพียงเล็กน้อยจากการทราบแนวทางการรักษา และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย แต่สิ่งที่

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>เกิดขึ้นอย่างไม่คาดหวัง เช่น การเสียชีวิตหรือสภาพของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ต้องการให้ทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนรับรู้ เกี่ยวกับการสูญเสีย เศร้าโศกและ ต้องการการสนับสนุนและให้กำลังใจจากพยาบาล</p> <p>3) ความต้องการทางด้านร่างกาย: 1 ใน 3 ของญาติต้องการดูแลตัวเองให้มีสุขภาพดีเพื่อเตรียมการดูแลผู้ป่วยต่อไป หวังว่าจะได้รับการดูแลในการคงสถานะสุขภาพที่ดี คู่สมรสและญาติส่วนใหญ่ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา</p>
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลควรให้การช่วยเหลือและสนับสนุนด้านจิตใจทันที และให้ความเชื่อมั่นกับญาติผู้ป่วย เพื่อควบคุมสภาพแวดล้อมภายใต้สถานการณ์ที่ควบคุมได้ยากในช่วงวิกฤต (2-3 วันแรกของการได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล) 2. การประเมินและการให้ความรู้กับญาติผู้ป่วย โดยพยาบาลควรมุ่งเน้นความต้องการด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อที่จะช่วยสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย 3. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต ควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งนำเอาครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ญาติผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และนำไปสู่การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4. ทีมสุขภาพควรมีทัศนคติที่ดีในเชิงบวก ในด้านการเล็งเห็นถึงความหวังและการได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความหวังของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต 5. พยาบาลควรเห็นความสำคัญของความต้องการของญาติผู้ป่วย และมีการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ IV วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ สอดคล้องกับสิ่งที่ศึกษา ศึกษาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้โดยตรง มีการเผยแพร่ในวารสาร</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีสิทธิชอบธรรมในการให้ข้อมูลและสอบถามความต้องการของญาติ การให้ข้อมูลโดยมีการตอบสนองความต้องการของญาติ ช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย</p>



ชื่อเรื่องงานวิจัย Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong

ผู้แต่ง Linda Yin King Lee and Yee Ling Lau

แหล่งตีพิมพ์ Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 490 – 500

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อประเมินระดับความสำคัญของความต้องการของญาติผู้ป่วย 2. เพื่อสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยสามอันดับแรก ในระดับ “สำคัญมาก” 3. เพื่อประเมินขอบเขตของความต้องการของญาติผู้ป่วย ที่ได้รับการตอบสนอง 4. เพื่อระบุบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย 5. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของญาติผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย
Research design	Descriptive cross-sectional design / Level IV
Sample	<p>ญาติผู้ป่วยจำนวน 40 รายที่เข้าเกณฑ์ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชาวจีน อายุ 18 ปีขึ้นไป 2. เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด การแต่งงานหรือรับเป็นบุตร 3. สามารถอ่านและเขียนภาษาจีน และพูดภาษาจีนกลาง 4. เยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงระยะเวลาระหว่าง 24 และ 72 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยหนัก
Research instruments	<p>แบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วย 45 ข้อ (CCFNI) ฉบับภาษาจีนของ Wong (1995) แปลจาก Leske (1986) มี 2 หมวด หมวดแรกประกอบด้วยความต้องการ 45 หัวข้อ ประกอบด้วย การให้ความเชื่อมั่น ความสะดวกสบาย การได้รับข้อมูล การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและการสนับสนุนช่วยเหลือ ความต้องการทั้งหมดมี 4 ระดับ 1) ไม่สำคัญ 2) สำคัญเล็กน้อย 3) สำคัญ และ 4) สำคัญมาก ความต้องการได้รับการตอบสนองหรือไม่ โดยใคร คำถามที่ให้เลือกระดับความต้องการที่สำคัญมาก 3 ข้อ และคำถามปลายเปิดสำหรับเพิ่มความต้องการที่ไม่มีในรายการที่ให้มา หมวดที่ 2 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และเหตุผลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แบบ CCFNI ได้รับการแปลเป็นภาษาจีน และ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 นำไปทดสอบนาร่องโดยให้ตอบแบบสอบถามภายใน 15-20 นาที
Research settings	หอผู้ป่วยหนักจำนวน 18 เตียงจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1,285 เตียงในประเทศฮ่องกง รับผิดชอบผู้ป่วยวิกฤตอายุมากกว่า 18 ปี จากแผนกต่างๆในโรงพยาบาล
Data collection	ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักคือ 72-96 ชั่วโมง ไม่ควรสัมภาษณ์ก่อน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากเป็นช่วงที่ยากสำหรับญาติที่จะติดตามคำแนะนำและมีสมาธิกับคำถาม ให้เก็บรวบรวมข้อมูลภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
Research findings	<p>1. มากกว่าครึ่งหนึ่ง (55.5%) ของการตอบแบบสอบถามจำนวน 45 ข้อ ให้ระดับคะแนนอยู่ในช่วงที่มีความสำคัญหรือสำคัญมาก (mean ≥ 3) คะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามความต้องการมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1.6-3.9 แต่ละข้อให้ระดับความสำคัญมากอย่างน้อยหนึ่งราย คะแนนเฉลี่ยในด้านความต้องการ 5 ด้าน มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 2.5-3.7 ด้านการให้ความเชื่อมั่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสำคัญมากที่สุด (mean = 3.7) ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (mean = 3.3) ด้านการได้รับข้อมูล (mean = 3.3) ความสะดวกสบาย (mean = 2.6) การสนับสนุนช่วยเหลือ (mean = 2.5) ไม่มีความต้องการเพิ่มเติมในคำถามปลายเปิด</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 20 รายส่วนใหญ่มองว่าความต้องการเกี่ยวกับการรับรู้ผลลัพธ์ที่คาดหวังเป็นความต้องการที่สำคัญ ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 5 รายเลือกการพบแพทย์ทุกวันเป็นความต้องการที่สำคัญที่สุด ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 4 รายมองว่าความเชื่อมั่นในการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยและสามารถโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ มีจำนวน 23 ข้อที่ได้รับการระบุว่าเป็นความต้องการที่สำคัญมาก 3 อันดับแรก 58.4% ของกลุ่มตัวอย่างได้รับ การตอบสนองความต้องการ มีค่าเฉลี่ยของความ ต้องการ 81.5% (60-95%) ซึ่งได้รับการตอบสนองโดยพยาบาลและ แพทย์ ความต้องการด้านการให้ความเชื่อมั่นได้รับการตอบสนองมากที่สุด (86.7%) ตามด้วยการอยู่ใกล้ชิด (61.6%) การได้รับข้อมูล (56.8%)</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>การสนับสนุนช่วยเหลือ (54.7%) และความสะดอกสบาย (35.4%)</p> <p>3. ความต้องการ 16 ข้อ มีนัยสำคัญในด้านความแตกต่าง ($p < .05$) ระหว่างข้อมูลทั่วไป โดยความต้องการบอกความรู้สึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีนัยสำคัญในด้านความแตกต่างมากที่สุด ในด้านระดับคะแนนเฉลี่ยระหว่างผู้ร่วมวิจัยกับการมีและไม่มีประสบการณ์การเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก ($p = .01$)</p>
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ควรประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยก่อน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากเป็นช่วงที่ญาติไม่มีสมาธิในการตอบคำถาม ควรประเมินภายใน 24-72 หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 2. พยาบาลควรเห็นความสำคัญของการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับปานกลางเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ IV วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออก แบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ สอดคล้องกับสิ่งที่ศึกษา สอดคล้องกับสิ่งที่ศึกษา ศึกษาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้โดยตรง มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีสิทธิชอบธรรมในการให้ข้อมูลและสอบถามความต้องการของญาติ การให้ข้อมูลโดยมีการตอบสนองความต้องการของญาติ ช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย The effect of critical care hospitalization on family member: Stress and responses

ผู้แต่ง Horn & Tesh

แหล่งตีพิมพ์ Dimensions of Critical Care Nursing 2000; 19 (4): 40 – 49

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	เพื่อสำรวจการตอบสนองด้านพฤติกรรมของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ต่อการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย และเพื่อสำรวจเหตุการณ์ในชีวิตด้านอื่นที่อาจจะเป็นสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นร่วมกัน
Research design	Descriptive study / level IV
Sample	ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในบริเวณห้องรอเยี่ยม ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/อุบัติเหตุระดับ 1 และหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและทรวงอกจำนวน 50 ราย จากจำนวน 28 ครอบครัว โดยมีคุณสมบัติดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุ 18 ปีขึ้นไป 2. สามารถอ่านภาษาอังกฤษได้ <p>เป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก</p>
Research instruments	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. IOWA ICU Family Scale (IIFS) ใช้สำรวจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรนอนหลับ การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม บทบาทในครอบครัวและระบบสนับสนุนต่างๆ โดยเปรียบเทียบกับเวลาก่อนที่ญาติผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 3. Social Readjustment Rating Scale (SRRS) ประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตทั้งที่วางแผนและไม่ได้อา่วางแผนไว้ซึ่งพิจารณาว่าเป็นความเครียดที่เกิดร่วมกับระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย
Research settings	หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/อุบัติเหตุระดับ 1 จำนวน 16 เตียงและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและทรวงอกจำนวน 20 เตียง ในศูนย์การวิจัยทางการแพทย์ที่ให้บริการเทียบเท่ากับศูนย์ส่งต่อระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของอเมริกา
Data collection	เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
Research findings	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้เข้าร่วมวิจัยนอนหลับที่บ้าน 56% โรงแรม 24% ห้องรอเยี่ยม 10% โดยมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมกรนอนหลับที่หลากหลาย พบมาก

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ที่สุดคือ การนอนหลับไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพในการนอนหลับ ประมาณครึ่งหนึ่งได้งีบหลับในช่วงเวลาสั้นๆ ในจำนวน 26 รายที่นอนในห้องรอเยี่ยมจำนวน 13 รายตื่นจากเสียงดัง โดยเฉลี่ยจะ 3.8 ครั้งในเวลา กลางคืน</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการรับประทานอาหารและ ชนิดของอาหาร โดย รับประทานอาหารเช้าปริมาณมาก (42%) และ รับประทานอาหารกลางวัน (44%) อาหารเย็น (48%) รวมทั้งอาหารว่าง (44%) ได้น้อย จำนวน 30% มีการเปลี่ยนแปลงอาหารที่รับประทาน โดย รับประทานขนมปัง อาหารเช้าทั่วไป อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ (junk food) อาหารจานด่วน ผลไม้และไอศกรีมเพิ่มขึ้น และไม่ รับประทานอาหารหลักและผักต่างๆ จำนวน 1 รายอดอาหารเป็นเวลา 4 วัน จำนวนครึ่งหนึ่งมีความอยากอาหารลดลงและจำนวนมากพบว่า ภาวะอาหารทำงานมากกว่าปกติ</p> <p>3. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมต่างๆ มีการรอคอยและ การใช้ความคิด (78%) การสวดมนต์และการนั่งสมาธิ (66%) การพูดคุย กับเพื่อน (58%) และการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย (58%) เพิ่มมากขึ้น มีการดู รายการโทรทัศน์ (64%) วิ่งออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายที่ต้องออก แรงต่างๆ (26%) และการเดินเล่น (26%) ลดน้อยลง ญาติผู้ป่วยใช้เวลา ส่วนมากในการขับจี้รถยนต์ โทรศัพท์หาครอบครัวและเพื่อน และใช้เวลา กับลูกที่บ้านหรือทำงานเพียงเล็กน้อย ในญาติผู้ป่วยที่เป็นโสดจะมีการกั ดเลียบ เยี่ยมผู้ป่วยอื่น ใช้เวลาที่โรงแรม วัดกัังวล และนัดหมายครอบครัวมา รวมกัน มีการทำกิจกรรมนอกรบ้าน (เช่น ทำสวน) ไปโบสถ์และเลี้ยงสัตว์ ลดลง</p> <p>4. ระดับพลังงานของญาติผู้ป่วยพบว่าเหนื่อยมาก (58 %) ตามด้วยหมด แรง (26 %) มีเพียงเล็กน้อยที่พบว่าไม่แตกต่างจากปกติ (4 %) หรือมี พลังงานเพิ่มมากขึ้น (4 %) จากคะแนนปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ด้านกิจกรรม พบว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมหรือสวดมนต์จะมีคะแนนสูงกว่า ญาติที่ไม่ได้เข้าเยี่ยมหรือสวดมนต์</p> <p>5. ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ (56 %) มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และ ความรับผิดชอบ จำนวน 11 รายมีครอบครัวและเพื่อนช่วยเหลือในความ</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>รับผิดชอบที่บ้านรวมทั้งการดูแลบุตร ญาติผู้ป่วยรายอื่นพบว่ารู้สึกเครียดในปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวขยาย ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การออกจากงานหรือทำงานได้น้อยลง มีการแบกรับภาระในครอบครัว รู้สึกมีความรับผิดชอบอย่างหนักหรือมีการตัดสินใจที่ยากลำบาก</p> <p>6. การเปลี่ยนแปลงในด้านบวกประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การคงไว้ซึ่งทัศนคติในด้านบวก การเข้าโบสถ์และการสวดมนต์ รวมทั้งมีการอยู่ร่วมกันของญาติผู้ป่วยมากขึ้น สำหรับปัจจัยที่อาจจะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ความตึงเครียดทางอารมณ์ (74%) ระยะเวลาจากบ้าน (68%) การงาน (48%) และการเงิน (44%) ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การไม่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่และความรู้สึกโดดเดี่ยว</p> <p>7. ญาติได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและญาติผู้ป่วย (84%) มากที่สุด ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลจำนวน 44% ญาติผู้ป่วยรายอื่นจำนวน 33% แพทย์จำนวน 38% บาทหลวงหรือพระจำนวน 38% และเพื่อนบ้านจำนวน 32%</p> <p>8. สำหรับการสนับสนุนจากผู้อื่น ได้แก่การให้ข้อมูล (9 ราย) การสวดมนต์ (5 ราย) การเยี่ยม (4 ราย) การอยู่ร่วมกันและสนทนากัน (3 ราย) สำหรับรายอื่นๆ ประกอบด้วย การคุยอย่างเปิดเผย การเสนอความช่วยเหลือ ความกรุณา การดูแลเอาใจใส่ ความเข้าใจ และความรู้สึกถึงความถูกต้อง</p> <p>9. สิ่งที่ควรจะให้การสนับสนุน ได้แก่ การเพิ่มเวลาเยี่ยมและการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม การให้ข้อมูลและผลลัพธ์ที่คาดหวังที่ชัดเจน และการมีเวลาอยู่กับแพทย์มากขึ้น สำหรับห้องรอเยี่ยมประกอบด้วย เก้าอี้ที่สะดวกสบาย ห้องที่มีขนาดใหญ่ สะอาด มีสถานที่ส่วนตัว มีผ้าห่ม มีการติดต่อสื่อสารที่ดีทางระบบการติดต่อสื่อสารภายใน (intercom system) และสายโทรศัพท์สำหรับต่ออินเทอร์เน็ต มีเพียง 4 รายที่รายงานว่าไม่มีสิ่งควรจะให้การสนับสนุน</p> <p>10. คะแนน SRS ในญาติที่คาดแผนการผ่าตัดไว้ล่วงหน้า (SRS = 23, SD = 10.8) มีคะแนนน้อยกว่าญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยที่ไม่ได้คิด</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>ล่วงหน้ามาก่อน(SRS = 24.6, SD = 7.2) คะแนนเฉลี่ยของ SRS จะเพิ่มตามระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มากขึ้น คะแนนเฉลี่ย SRS จะลดลงในผู้ป่วยที่เพิ่งมาถึงหรือมากกว่า 20 วัน</p> <p>11. ปฏิกริยาตอบสนองต่อ SRS scores ที่พบมากที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ และเหตุการณ์ที่พบบ่อยประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในสุขนิสัยการนอนหลับ การรับประทานอาหาร หน้าที่รับผิดชอบในที่ทำงานและชั่วโมงในการทำงานรวมทั้งสภาวะการเงิน การบาดเจ็บและเจ็บป่วย และความตายของญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด</p> <p>12. สามารถแยกตามระดับวิกฤต (life change units = LCU) ได้ดังนี้ ไม่เกิดภาวะวิกฤตจำนวน 15 ราย เกิดภาวะวิกฤตเล็กน้อยจำนวน 8 ราย เกิดภาวะวิกฤตปานกลางจำนวน 13 ราย เกิดภาวะวิกฤตอย่างมากจำนวน 14 ราย</p> <p>13. ปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นตามระดับของภาวะวิกฤตในชีวิต</p> <p>14. อายุและ LCU scores สัมพันธ์กันในเชิงลบ SRS และ LCU สัมพันธ์กันในด้านบวก</p> <p>15. เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ย SRS (SRS = 24.6, SD = 9: SRS = 20.3, SD = 9) และ LCU (LCU = 255.4, SD = 163.7: LCU = 217.9, SD = 153.4) สูงกว่าเพศชาย</p>
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<p>การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดแสดงออกโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การนอนหลับ การรับประทานอาหาร รูปแบบของกิจกรรม บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบในครอบครัว พยาบาล ควรจะปฏิบัติดังนี้</p> <p>1. ให้ความสำคัญต่อการประเมินญาติในระยะแรก เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การทำกิจกรรม บทบาทและความรับผิดชอบ รวมทั้งการนอนหลับที่เพียงพอ</p> <p>2. ให้ความรู้แก่ญาติหรือญาติผู้ป่วย เกี่ยวกับผลเสียของการนอนหลับและรับประทานอาหารไม่เพียงพอ</p> <p>3. ส่งเสริมให้ญาติได้ทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามปกติ</p> <p>4. เอาใจใส่และเข้าใจพฤติกรรมการแสดงออกของญาติผู้ป่วย</p>

หัวข้อ	รายละเอียด
	<p>5. จัดหาแหล่งสนับสนุน แนะนำให้ญาติแบ่งจ่ายงานให้กับสมาชิกอื่นในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เพื่อลดภาระงาน</p> <p>6. อธิบายให้เข้าใจถึงผลเสียของความเครียดต่อสุขภาพ และแนะนำการเผชิญปัญหาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต</p>
<p>การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้</p>	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ IV วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรมีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติ มีการสำรวจปฏิกิริยาของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งให้แนวทางในการปฏิบัติพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลลดลง การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง</p>

ชื่อเรื่องงานวิจัย Family perceptions of support interventions in the intensive care unit

ผู้แต่ง De Jong & Beatty

แหล่งตีพิมพ์ Dimensions of Critical Care Nursing 2000; 19 (5): 40 – 47

หัวข้อ	รายละเอียด
Research objective	<p>เพื่อทดสอบการปฏิบัติพยาบาลที่พยาบาลในหน่วยวิกฤตใช้ในการสนับสนุนคู่สมรสและบุตรของผู้ป่วยวิกฤต โดยให้ความสำคัญกับคำถาม 5 ข้อดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การปฏิบัติพยาบาลสนับสนุนชนิดไหนที่มีความสำคัญมากที่สุด 2. ประเภทของการปฏิบัติพยาบาลสนับสนุนที่ญาติใช้บ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยหนัก 3. ความสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลสนับสนุน มีความหลากหลายเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคู่สมรสและบุตรใช่หรือไม่ 4. ความสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลสนับสนุน มีความหลากหลายเมื่อเปรียบเทียบระหว่างครอบครัวทหารและครอบครัวประชาชนใช่หรือไม่ 5. ความสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลสนับสนุน มีความหลากหลายเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่คาดไว้ล่วงหน้าและไม่ได้คาดไว้ล่วงหน้า
Research design	Descriptive study / level IV
Sample	ญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 84 ราย ที่เข้ารับการรักษาหนึ่งในสามของหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรคปอด ระบบทางเดินอาหาร อุบัติเหตุ ระบบประสาท หรือศัลยกรรม ในศูนย์การแพทย์ทหารภาคตะวันออกเฉียงใต้
Research instruments	แบบสอบถาม Nurse Family Support Tool ประเมินการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลสนับสนุน รวมทั้งความถี่ในการได้รับการสนับสนุน
Research settings	หนึ่งในสามของหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรคปอด ระบบทางเดินอาหาร อุบัติเหตุ ระบบประสาท หรือศัลยกรรม ในศูนย์การแพทย์ทหารภาคตะวันออกเฉียงใต้
Data collection	ให้ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมงตอบแบบสอบถาม

หัวข้อ	รายละเอียด
Research findings	<p>1. การสนับสนุนด้านข้อมูลและการติดต่อสื่อสาร มีความสำคัญและใช้บ่อยที่สุด คะแนนเฉลี่ยของความสำคัญของการสนับสนุนด้านข้อมูล 4.74 (N = 80, SD = 0.36) การแจ้งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย ความพึงพอใจในการตอบคำถามและอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยของความถี่ของการสนับสนุนด้านข้อมูล 4.49 (N = 77, SD = 0.73)</p> <p>2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มีความสำคัญรองลงมา คะแนนเฉลี่ยของความสำคัญของการสนับสนุนด้านการประเมินค่า 4.42 (N = 80, SD = 0.70) ได้แก่การเยี่ยมผู้ป่วยได้เท่าที่ต้องการ คะแนนเฉลี่ยของความถี่ของการสนับสนุนด้านการประเมินค่า 4.29 (N = 77, SD = 0.81)</p> <p>3. การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสำคัญเป็นอันดับที่สาม คะแนนเฉลี่ยของความสำคัญของการสนับสนุนด้านอารมณ์ 4.41 (N = 79, SD = 0.72) ได้แก่การเยี่ยมผู้ป่วยได้เท่าที่ต้องการ คะแนนเฉลี่ยของความถี่ของการสนับสนุนด้านอารมณ์ 4.19 (N = 75, SD = 1.07)</p> <p>4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ มีความสำคัญและใช้น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ยของความสำคัญของการสนับสนุนด้านอารมณ์ 3.81 (N = 71, SD = 1.18) ได้แก่การเยี่ยมผู้ป่วยได้เท่าที่ต้องการ คะแนนเฉลี่ยของความถี่ของการสนับสนุนด้านอารมณ์ 3.66 (N = 68, SD = 1.41)</p>
การสกัดเพื่อนำไปใช้	<p>ญาติผู้ป่วยวิกฤตเห็นว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และการเข้าเยี่ยมของญาติส่งผลดีต่อผู้ป่วย พยาบาลในหน่วยวิกฤตควรจะให้ การสนับสนุนญาติผู้ป่วยวิกฤตดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 2. ให้ญาติรับรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้าและอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง จัดให้ญาติได้เข้าร่วมประชุมกับทีมสุขภาพ 3. ส่งเสริมการดูแลที่มีญาติผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 4. ประเมินกลวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วย 5. ส่งต่อญาติผู้ป่วยวิกฤตได้พบกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	<p>มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของหน่วยงาน งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ IV วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด มีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ มีการเผยแพร่ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ พยาบาลมีสิทธิโดยชอบธรรมในการปฏิบัติ มีการสำรวจการสนับสนุนที่สำคัญและใช้บ่อย ซึ่งให้แนวทางในการให้การสนับสนุนแก่ญาติผู้ป่วย ทำให้ญาติมีความวิตกกังวลลดลง การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง</p>

BIOGRAPHY



NAME Pol.Capt. Suthathai Kamsap

DATE OF BIRTH 25 September 1972

PLACE OF BIRTH Bangkok, Thailand

INSTITUTIONS ATTENDED Police Nursing College, 1995:
Bachelor of Nursing
Mahidol University, 2006:
Master of Nursing Science
(Adult Nursing)

POSITION AND OFFICE Police General Hospital,
Bangkok, Thailand
Position : Nurse
Tel. 02-2528167
E-mail: sutha_aom@yahoo.com

HOME ADDRESS 887 Dindaeng Rd. Dindaeng
Bangkok, Thailand
Tel. 01-3411067