



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล
และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

โดย

นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

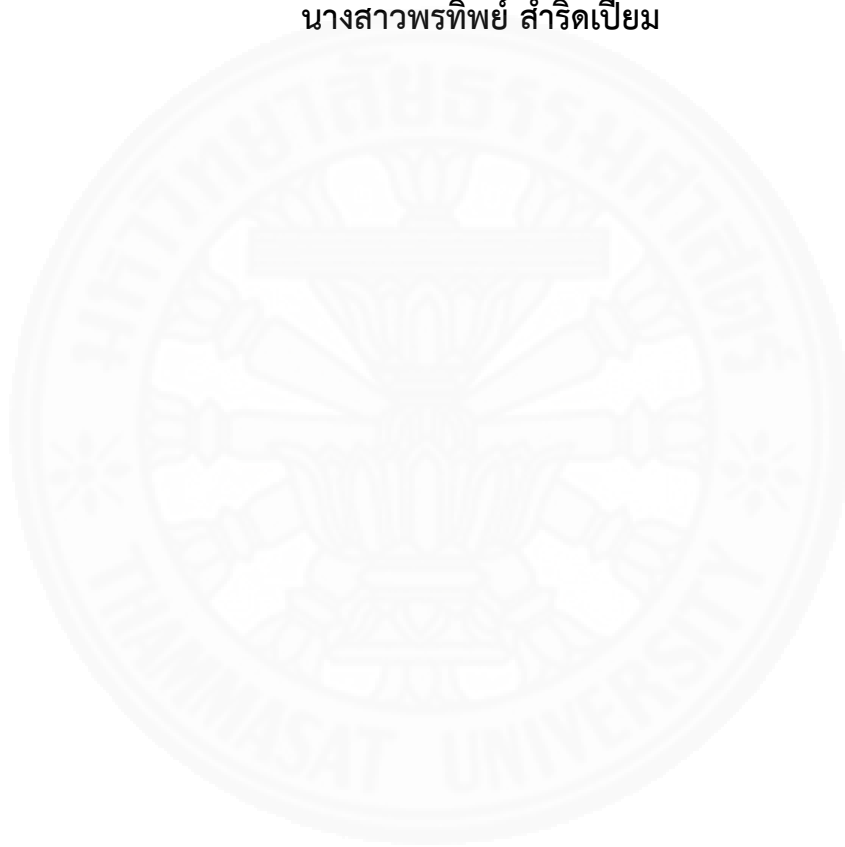
ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล
และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

โดย

นางสาวพรทิพย์ สำนิตเปี่ยม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM
ON THE KNOWLEDGE, BURDEN OF CARE, AND STRESS OF
THE CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

BY

MISS PORNTIP SUMRIDPEAM



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
DEPARTMENT OF ADULT NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2018
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียด
ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นีรัตธราตร)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเซวงวงศ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

คณบดี

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติศัย)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อ ความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
ชื่อผู้เขียน	นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง วัดดูประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง ที่มาตรวจติดตามผลการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง 2) คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 3) วิธีทัศนัยตัวแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จสำหรับผู้ดูแล เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3) แบบสอบถามภาวะการดูแล และ 4) แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ 1, 0.93, และ 1 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง 30 คน วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.84, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ ดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตัวเอง ประกอบด้วย การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การสนับสนุนด้านอารมณ์และความเครียด การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการดูแลการติดตามอาการและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแล

ตามปกติ และประเมินผลโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-Square test, Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแล คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลของโปรแกรมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลและทักษะการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ดีขึ้น ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยและลดความเครียดของผู้ดูแลลงได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล ความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

Thesis Title	THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON THE KNOWLEDGE, BURDEN OF CARE, AND STRESS OF THE CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY
Author	Miss Porntip Sumridpeam
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Department of Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Sunthara Liangchawengwong, Ph.D.
Academic Year	2018

ABSTRACT

This quasi-experimental research was of a two-group, pretest and posttest design. The study's purpose was to examine the effects of a self-management support program on the knowledge, burden of care, and stress of the caregivers of patients with traumatic brain injury.

The sample was caregivers of patients with moderate and severe traumatic brain injury (TBI) and these patients were visiting the neurosurgical department in the outpatient department at Saraburi Hospital for a follow-up appointment. Purposive sampling was used to select 66 caregivers of TBI patients, and then these caregivers were divided into two groups—33 in the experimental group and 33 in the control group—using the random and matching procedure. Data were collected from March, 2018 to April, 2019. The research instruments used for the intervention included: 1) a self-management support program; 2) a knowledge and self-management manual; and 3) the Successfulness TBI-Care Modelling VDO. Data were collected using: 1) socio-demographic data on the TBI patient and a caregiver questionnaire; 2) a questionnaire on the caregiver's knowledge of care for TBI patients (CGK); 3) the caregiver burden

scale (CGB); and 4) the caregiver stress questionnaire (CGS). Content validity was tested by five of experts. The CVI of the CGK, CGB, and CGS was 1, 0.93, and 1, respectively. The reliability was tested by using 30 caregivers that were similar to the study sample. Cronbach's alpha for the CGK, CGB, and CGS was 0.84, 0.80, and 0.80 respectively. In terms of the research method, the experimental group received the self-management support program, which included the essential knowledge and skill in providing care for TBI patients, emotional support and stress management for caregivers of TBI patients, self-management support, and the promotion of the caregivers' self-confidence in their ability to provide care and to monitor the symptoms and treatment of the patients continuously. The control group received conventional treatment. The caregivers completed the CGK, CGB, and CGS at the end of 12 weeks. Data were analyzed using the chi-squared test, Fisher's exact test, independent t-test, and paired t-test.

The results revealed the following:

1. A comparison of the mean score of the experimental group before and after the intervention found that after the treatment the mean score for the caregivers' knowledge increased with a statistical significance of .05 ($p \leq .05$). The mean score for the caregivers' burden of care and the mean score for the caregivers' stress decreased also with a statistical significance ($p < .05$).

2. A comparison of the mean score the caregivers' knowledge and skill, the caregivers' burden, and the caregivers' stress in the control group before and after the experiment showed that there was no statistically-significantly difference in the mean score before and after the treatment ($p > .05$).

3. Regarding the comparison of the mean score between the experimental group and the control group, the results showed that after receiving the program, the mean score for the caregivers' knowledge in the experimental group was statistically significantly higher than that of the control group at .05 ($p < .05$); furthermore, the mean score for the caregivers' burden and stress was statistically significantly less than that of the control group at .05 ($p < .05$).

The results of this study supported the notion of self-management and self-efficacy theory. Therefore, the effects of the program can increase the caregivers'

knowledge base, and increase the self-management skills of caregivers of TBI patients. Consequently, these caregivers will experience fewer burdens and less stress in caring for this group of individuals.

Keywords: self-management support program, caregiver knowledge, caregiver burden, caregiver stress, patients with traumatic brain injury



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้ ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งตลอดการทำวิทยานิพนธ์จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลามาให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้ความรัก ความเอื้ออาทร ในยามที่ศิษย์ท้อถอยคอยสร้างกำลังใจและเป็นพลังใจที่สำคัญขับเคลื่อนให้ผู้วิจัยมีความมานะ อดทน และพยายามทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัทธราทร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าได้เข้าศึกษา และมอบเงินทุนสนับสนุนการวิจัย ประเภททุนวิจัยทั่วไปสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2562 และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณาจารย์ บุคลากร และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณ บุคลากร เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสระบุรีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อสถานที่ในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้เสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรพี่น้องชุมชนบ้าน ง. ที่คอยให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน รวมทั้งให้ความรัก ความเอาใจใส่ ในยามที่ท้อถอยคอยสร้างกำลังใจให้ข้าพเจ้ามาตลอดการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อนๆ ในสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ รุ่น 9 ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา

ในท้ายที่สุดนี้ คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บพกาภิ คณาจารย์ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแลทุกท่าน รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้กล่าวถึงทุกท่านที่มีผลทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย	9
1.4 สมมติฐานการวิจัย	9
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	13
1.7 นิยามศัพท์การวิจัย	13
1.8 ขอบเขตการศึกษา	15
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	16

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
2.1 การบาดเจ็บสมอง	18
2.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	31
2.3 แนวคิดผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	38
2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง	66
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	80
3.1 รูปแบบการทดลอง	80
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	81
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	83
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	94
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	95
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	101
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	102
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	103
4.1 การนำเสนอผลการวิจัย	104
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	122
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	131
5.1 สรุปผลการวิจัย	131
5.2 ข้อจำกัดของการทำวิจัย	135
5.3 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	135

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง	136
ภาคผนวก	147
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	148
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย	149
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	157
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	172
ภาคผนวก จ การคำนวณขนาดอิทธิพล	205
ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ	206
ภาคผนวก ช การวิเคราะห์ผลการกระจายของข้อมูล	207
ประวัติผู้วิจัย	217

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	ความสัมพันธ์ของพยาธิสรีรวิทยาการบาดเจ็บสมอง	22
2.2	การประเมินระดับความรู้สีกตัวกลาสโกว์	25
2.3	การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	26
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	105
4.2	ข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	108
4.3	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	110
4.4	ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	113
4.5	ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	115
4.6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังโปรแกรม	117
4.7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังโปรแกรม	119
4.8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแล และหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง	121

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	12
3.1	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	100



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บก่อให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลก สาเหตุหลักมาจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน จำนวน 17.4 ต่อประชากร 100,000 คน โดยส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บสมอง (Traumatic brain injury [TBI]) (World Health Organization [WHO], 2015) จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงถึง 2.21 ล้านคนต่อปี และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 283,630 คน อัตราการเสียชีวิต 52,844 คนต่อปี และเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2015) สำหรับประเทศไทย มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรสูงมากขึ้นเป็นอันดับ 1 ของโลก (WHO, 2018) โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญเกิดอุบัติเหตุสูงถึง 3,724 ครั้ง โดยเป็นการบาดเจ็บสมองมากที่สุด ร้อยละ 83.27 (มูลนิธิไทยโรดส์, หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน, 2560) และจากสถิติสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนในปี พ.ศ. 2557-2559 พบจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเสียชีวิต 2,361 4,725 และ 5,000 คน ตามลำดับ ทำให้ปัจจุบันมีสถิติผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมองของประชากรไทยเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างทวีคูณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมองสูงสุดในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2559 มีสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 8,121 คน เสียชีวิต 721 คน คิดเป็นร้อยละ 8.88 (กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ, 2559) และมีสถิติผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมองของประชากรไทยที่เพิ่มสูงมากขึ้น และส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บชนิดรุนแรง ประชากรที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในวัย 15-29 ปี ซึ่งเป็นวัยเรียนและวัยทำงาน รวมทั้งเป็นกำลังหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ส่งผลกระทบต่อประเทศทำให้สูญเสียประชากรในวัยทำงานภาวะด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งมีคนพิการสะสมในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดผลกระทบด้านภาวะในการดูแลของสังคม (Brain Trauma Foundation, 2014)

การบาดเจ็บสมองเป็นการบาดเจ็บของเซลล์สมอง เกิดจากแรงจากภายนอกสมองมากระทบ ชน ระเบิด เขย่า หรือการแทงทะลุสมอง ส่งผลกระทบต่อสมองและระบบประสาท ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย (สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เผื่อนปฐม และกุลพัฒน์ วีรสาร, 2556; CDC, 2015; Hickey, 2009; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015; The Brain Injury Association of America [BIAA], 2011) ก่อให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงต่อสรีระของสมอง ส่งผลทำให้เซลล์สมองขาดเลือดและเซลล์สมองตาย จนเกิดการสูญเสียสมรรถภาพด้านร่างกายในที่สุด (Ribbers, 2010; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2012) จากสถิติพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระดับเล็กน้อย (Mild TBI) มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 70 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยระดับปานกลางหรือรุนแรง (Moderate or severe TBI) ร้อยละ 30 แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง จะมีจำนวนน้อยแต่กลับพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 56-80 เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสมองค่อนข้างรุนแรงมาก (Finnager, Skandsen, Andersson, Vik, & Indredavik, 2013; Li, Zhao, Yu, & Zhang, 2016; WHO, 2015) โดยพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น คือ ภาวะเลือดคั่งในสมอง สมองบวม เซลล์สมองเกิดการบาดเจ็บและขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาและการฟื้นฟูสภาพสมองอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังจากการบาดเจ็บ (Headway, 2017; Hickey, 2009) สำหรับผลที่เกิดจากการบาดเจ็บสมองทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรืออยู่ในภาวะโคม่า (Vegetable stage) สมองไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ ส่งผลให้ร่างกายเป็นอัมพาต การรับรู้ ความคิด ความจำ ประสาทสัมผัส การรับความรู้สึกและการตัดสินใจบกพร่องไป (Ribbers, 2010) ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงหรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมด

ภายหลังจากการบาดเจ็บสมอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น และอาการของโรคสงบลง แพทย์จะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งในระยะเวลาหลังเกิดการเจ็บป่วยช่วง 1 ปีแรก สมองยังมีพยาธิสภาพของการบาดเจ็บหลงเหลืออยู่ (Hickey, 2009) และสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เซลล์สมองเกิดการบาดเจ็บซ้ำเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ภาวะสมองบวมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีผลทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตภายหลังกลับบ้านได้ (Bayen et al., 2013) หรือมีผลต่อการฟื้นตัวของเซลล์สมองเกิดหยุดชะงักไม่สามารถกลับสู่สภาวะปกติ เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวสมองมีการฟื้นฟูสภาพโดยการจัดโครงสร้างใหม่จากการเชื่อมต่อกันของแอกซอนในส่วนที่สมองไม่มีการบาดเจ็บกับส่วนที่อยู่ใกล้เคียงกัน (Nakamura, Hillary, & Biswal, 2009; Teasell & Hussein, 2014) ดังนั้นภายหลังจากการบาดเจ็บสมองในระยะนี้จึงเป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลและความเข้าใจพยาธิสภาพและกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหรือระบบทางเดินปัสสาวะ มีผลกดทับเนื่องจากการนอนท่าเดียวเป็นเวลานาน ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบเล็ก เป็นต้น (Pangilinan, 2014) ดังนั้นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับบ้าน จึงเป็นช่วงที่มีความสำคัญ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วยที่ดี จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น หรือผู้ป่วยบางรายอาจกลับไปทำงานได้ ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความพิการถาวร คุณภาพชีวิตต่ำและมีอัตราการตายสูงขึ้น

(อุมา จันทวิเศษ, 2552; Li, Zhao, Yu, & Zhang, 2016) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่กลับบ้าน ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสูงสุดสำหรับชีวิตผู้ป่วย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

ผู้ดูแล เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอาจเป็นคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ใช้ทั้งเวลาและแรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยไม่มุ่งหวังค่าตอบแทน (Bayen et. al., 2014) ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแบบการดูแลทั้งหมด (Woodward & Mestecky, 2011) ซึ่งตามบริบทของสังคมไทย ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะเป็นญาติพี่น้องหรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา ญาติ หรือเพื่อน เป็นต้น (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) การเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นการปฏิบัตินอกเหนือจากบทบาทเดิม ผู้ดูแลจึงจำเป็นที่จะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้บาดเจ็บสมอง ใช้ทั้งเวลาและแรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยไม่มุ่งหวังค่าตอบแทน คอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือนขึ้นไป (Bayen et. al., 2014) ซึ่งนับเป็นงานหนัก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยภายหลังเกิดการบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง ผู้ดูแลต้องรับบทบาทดูแลผู้ป่วยแบบการดูแลทั้งหมด (Total care) ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการดูแลช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งการขับถ่ายทั้งปัสสาวะและอุจจาระ (รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, 2559) การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ เช่น การดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับทุก 2 ชั่วโมง การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ศีรษะและลำคออยู่ในแนวเดียวกันไม่นอนคอพับ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การป้องกันการสำลักอาหารและการอุดกั้นทางเดินหายใจ (อุษา พงษ์เลาหพันธ์, ศุภร วงศ์วัฑฒณ, และกฤษมา คุววัฒนาสัมฤทธิ์, 2552) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบฝ่อหรือการกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพของสมอง เป็นต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งใช้เวลา 16-24 ชั่วโมงต่อวัน หรือผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานประจำเพื่อรับหน้าที่ดูแลอย่างเดียว ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลงและประสบปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา (Jung-Won & Zebrack, 2012) จึงนับได้ว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นภาระที่หนักสำหรับผู้ดูแล

ภาระการดูแล เป็นผลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความยากลำบากแก่ผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเศรษฐกิจและสังคม โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในสองลักษณะ คือ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective care burden) เป็นภาระ

การดูแลที่ประเมินจากความรู้สึก ทศนคติ หรือการแสดงออกทางอารมณ์ต่อหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแล ผู้ดูแลบางรายรู้สึกเป็นภาระที่หนักเกินกว่าความสามารถที่จะทำได้ เกิดความไม่มั่นใจในสิ่งของตนเองปฏิบัติ ไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้น (Bayen et al., 2014) เกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) หรือรู้สึกผิดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจขึ้น (Philippe, Ranjit, & Christopher, 2012) ส่วนภาระการดูแลเชิงปรณัย (Objective care burden) เป็นงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบโดยตรง ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง เป็นภารกิจการดูแลที่ซับซ้อนและยาวนาน ผลของภาระการดูแลเชิงปรณัยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเหนื่อยล้า เกิดการเจ็บป่วยและสุขภาพทรุดโทรม (Jung-Won & Zebrack, 2012) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลหนักที่สุดในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปีแรก ภายหลังจากการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Bayen et al., 2013) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและเครียดมากขึ้น มีการปรับตัวทางสังคมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Blake (2013) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้น มีอารมณ์ซึมเศร้า สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง และคุณภาพชีวิตต่ำลง นอกจากนี้จากการศึกษาของ อีรินุช ห่านิรัตติชัย และปริญญา แร่ทอง (2556) พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบมากทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หมดกำลังใจ เครียด สับสน กลัวดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ซึ่งความเครียดและภาระการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล พบว่าเกิดขึ้นจากการขาดความรู้ในการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นความรู้ในการดูแล ความเครียดและภาระการดูแล จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ, 2557)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแล แม้ว่าจะมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งก่อนกลับบ้าน แต่ผู้ดูแลจำนวนมาก ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับบ้าน (วลัยนารี พรหมลา, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเรียนรู้ในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ดูแลอาจเรียนรู้ไม่ได้เต็มที่ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีความเครียดสูง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเกิดความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย (รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, และมาฆะ กิตติธรรกุล, 2554; ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด, 2555) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความต้องการความรู้ในระยะที่กลับบ้านเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Cameron และ Gignac (2008) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยจะเกิดความรู้สึกวุ่นวายใจตั้งแต่วันแรกที่กลับถึงบ้าน เนื่องจากความแตกต่างของสภาพแวดล้อมและข้อจำกัดของสถานที่ อุปกรณ์ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ รู้สึกไม่มีคนคอยให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย เกิดความไม่มั่นใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบการติดตามให้คำปรึกษา

ภายหลังจำหน่าย การบันทึกติดตาม การประเมินผล การให้ความรู้และการฝึกทักษะส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความจำกัดในการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ และผู้ดูแลไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาศูนย์กลางทางสุขภาพตลอดเวลา ตลอดจนไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการผิดปกติได้เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ และทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้และรู้สึกผิด (ขวัญใจ ลือเมือง, ขนิษฐา นาคะ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2556) จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะ 1 ปี มีเพียงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นครั้งๆ ตามปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นและเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน (Bayen et al., 2013)

ความเครียดจากการดูแล เป็นภาวะกีดกันทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหา (กรมสุขภาพจิต, 2555) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลับบ้าน (Blake, 2013) หากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งคุกคาม และไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก็จะเกิดความเครียดขึ้นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์ (Turner, Fleming, Parry, Vromans, Cornwell, & Gordon, 2010) เสียสมดุลบทบาทและหน้าที่ การดำเนินชีวิตประจำวันแปรปรวน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ (Millington & Millington, 2015) บางคนอาจจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ (McAdam, Dracup, White, Fontaine & Puntillo, 2012) ผู้ดูแลบางรายอาจเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ ใจสั่น ความดันโลหิตสูง ผลของการที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงจะส่งผลทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้สุขภาพทรุดลงหรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ (Naomi, 2015) จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ดูแลผ่อนคลายความเครียดลงได้ เนื่องจากผู้ดูแลจะสามารถนำความรู้มาประเมินสถานการณ์และวางแผนจัดการดูแลผู้ป่วยได้ (ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด, 2555; สุมามิตา สวัสดิ์ตินฤนาท, 2556) ดังนั้น การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ดูแลจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยบุคลากรสุขภาพควรสนับสนุนการจัดการด้านการผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ดูแลสามารถฝึกและปฏิบัติได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์สามารถปฏิบัติพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย เช่น วิธีการฝึกการหายใจลึกๆ โดยสูดหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และหายใจออกทางปากช้าๆ ตามแนวทางของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2555)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ระบบการให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ รูปแบบในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการเตรียมความพร้อมก่อน

กลับบ้าน โดยวิธีให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และทักษะต่างๆ ทั้งหมด ในครั้งเดียว (รุ่งนภา เขียวชะอำ, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และ เกศรินทร์ อุทรียะประสิทธิ์, 2555; อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า การติดตามให้คำปรึกษา ภายหลังการจำหน่ายเป็นสอบถามอาการและให้แนะนำเมื่อมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังขาด การบันทึกติดตามต่อเนื่องและส่งต่อที่ชัดเจน เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมากทำให้ไม่สามารถ สอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ดูแลได้รับ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลจึงไม่สามารถ แก้ไขปัญหาได้ ผู้ดูแลไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้อง พึ่งพาศูนย์สุขภาพ การส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง ที่บ้าน จึงควรเป็นระบบที่สามารถพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลร่วมกับการส่งเสริมแรงจูงใจ การ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง และควรเป็น กระบวนการที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม (Prabripoo, Wongvatunyu, & Junhavat, 2013)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นแนวคิดเกี่ยวกับระบบการให้บริการของบุคลากร สุขภาพในการสนับสนุนความรู้และการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย โดยมีแนวคิดหลัก คือ การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแล สุขภาพด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (McGowan, 2006) การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็น กระบวนการร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพที่มีลักษณะที่เป็นพลวัตร 6 ขั้นตอน (Creer, 2000) ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมาย (Goal selection) ในการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่าง ผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) จากการเฝ้าระวัง ตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการติดตามลงบันทึก ข้อมูล (Self-recording ด้วยตนเอง 3) การประมวลผล การประเมินข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ (Information processing and evaluation) การประมวลผลและประเมินข้อมูลด้วยตนเอง และนำมา วิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 4) การตัดสินใจ (Decision making) เลือกวิธีการในการ ดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของข้อมูลที่รวบรวมได้ 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) การจัดการตนเอง และ 6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เกี่ยวกับการปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่และต้อง ปรับปรุงเรื่องใดเพิ่มเติม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และมี พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมต่อเนื่องเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จและเพิ่มผลลัพธ์ในการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Spearing, Eakin & Wilson, 2005) โดยกลยุทธ์การสนับสนุน การจัดการตนเองมีเป้าหมายผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยคือ การควบคุมความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น (ชดช้อย วัฒนนะ,

2558) จากการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองใน ประเทศไทย พบว่า มีการนำไปใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตัวเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา, 2553; ชัชฎากร จันทรวินทร, 2556; ชัญญาภัค ชาญประโคน, 2556; ชดช้อย วัฒนนะ, สุชน พรธิสาร, อนุวรรณ รัชชวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง, 2552; ทศนีย์ ชันทอง, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และพัชรี คมจักรพันธ์, 2556; ธิดารัตน์ หนชัย, ประทุม สร้อยวงค์, และนาตา ลัคหนทัย. 2556; ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า; 2554; ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2557)

สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง มีพยาธิสภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบพึ่งพาในระยะยาวนานหรือเป็นผู้ป่วยที่และต้อง พึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมด ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมอง ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงต้องมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยให้ สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยความ ร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตามแผนรักษา การพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (McGowan, 2006) การศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใน ประเทศไทย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบในกลุ่มผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม ซึ่งประสิทธิผลของ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแล ผู้ป่วย จัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ ทำให้ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Judith, Verkaik, Mistiaen, Meijel, & Francke, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้ความรู้และการพัฒนา ทักษะอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองที่เหมาะสม จึงควรเพิ่มความ มั่นใจในความสามารถของตนเอง หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะทำให้มีความ มุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพสูงขึ้น (Bandura, 1997) จากการศึกษาของ อมรรวรรณ กวีภัทร นนท์ (2554) พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการ ปฏิบัติ เมื่อผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้สามารถปรับตัวได้ มีความรู้สึกที่ดีในการดูแล ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ปฏิบัติหน้าที่การดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์, 2554)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระดับ ปานกลางหรือรุนแรง เป็นภาระการดูแลที่หนักก่อให้เกิดความเครียดสูง มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลร่วมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามแนวคิดการสนับสนุนการ จัดการตนเอง โดยกลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ดูแลร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเองโดยการส่งเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแล ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการ

ดูแลที่ดีในระยะยาวทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะกระบวนการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยและการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล การแก้ปัญหาอุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งหวังผลลัพธ์สุดท้ายคือ ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแลลดลง และความเครียดลดลง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่ารักษาพยาบาลและลดอัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (Within experimental group)

1.2.2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Within control group)

1.2.2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Between group)

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ภาวะการดูแล และระดับความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แตกต่างกันอย่างไรร

1.3.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ ภาวะการดูแล และระดับความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แตกต่างกันอย่างไรร

1.3.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองมีระดับความรู้ ภาวะการดูแล และระดับความเครียดภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไร

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

1.4.2 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลและความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

1.4.3 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

1.4.4 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลและความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

1.4.5 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

1.4.6 ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลและความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

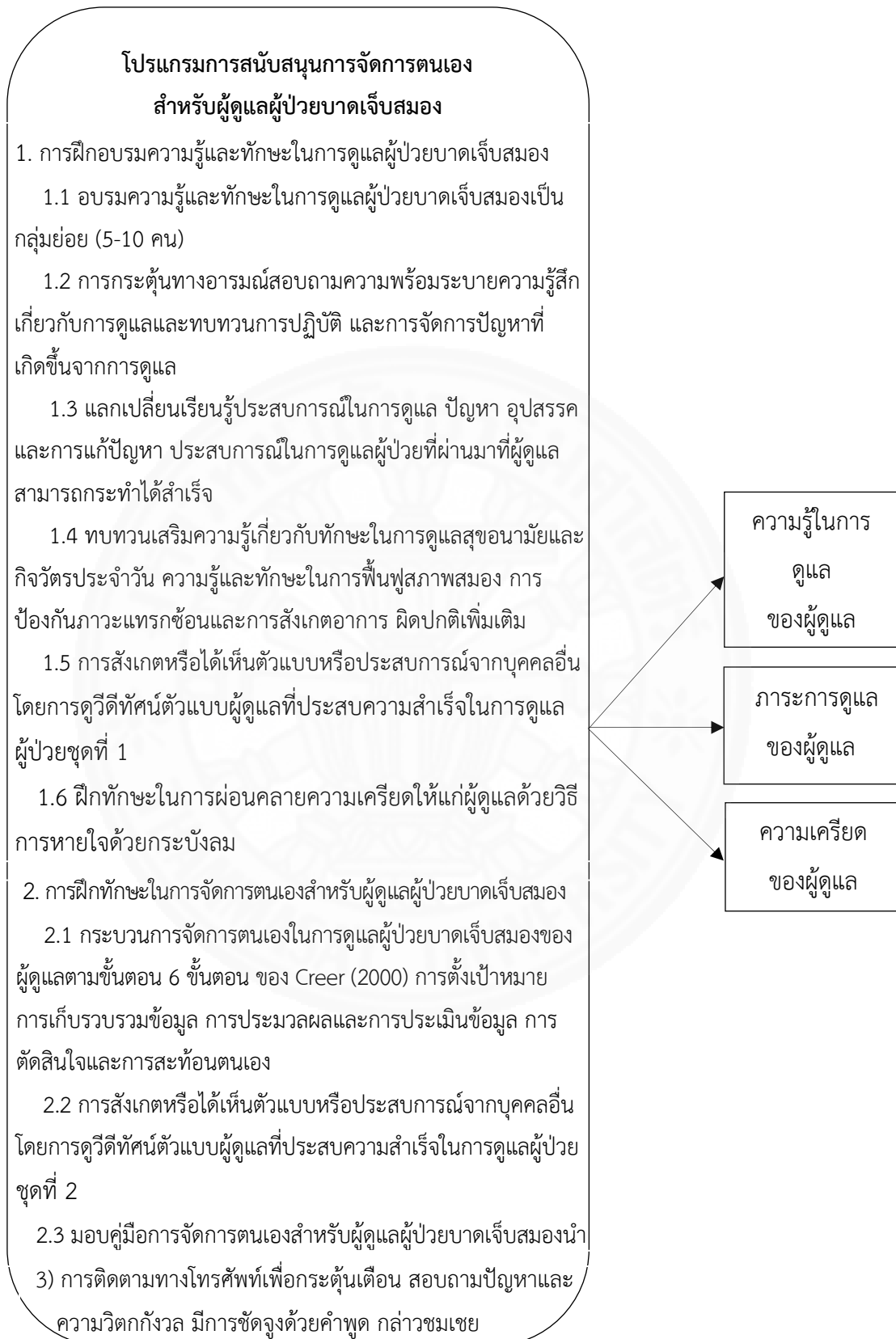
การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง การเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของบุคคลนั้นที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นกลยุทธ์ที่ดีที่สุดในการพัฒนา

ศักยภาพคนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ทั้งปัญหาในภาวะวิกฤติและเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบพึ่งพาในระยะยาวนาน ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงเป็นเทคนิคและเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตามแผนรักษา การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม (McGowan, 2006)

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์หลัก คือ กลยุทธ์ที่ 1 การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Information and skills training support) คือ การระบุและรวบรวมปัญหาจากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล (Caregiver-identified problem) การสนับสนุนความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และสังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ (Modeling) กลยุทธ์ที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์และความเครียด (Stress and emotional support) คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยวิธีกลุ่มย่อย และการฝึกประสบการณ์ผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Caregiver self-management support) 6 ขั้นตอน คือ (Creer, 2000) 1) การกำหนดเป้าหมายโดยผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและติดตามอาการผู้ป่วย (Self-monitoring) ได้แก่ การสังเกตและติดตามอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาคิดพิจารณาปัญหา 4) การตัดสินใจ เป็นการคิดเพื่อแก้ปัญหาที่พบ 5) การลงมือปฏิบัติ เป็นการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีต่างๆ อย่างมีเหตุผล 6) การสะท้อนตนเอง เป็นการย้อนคิด และการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย กลยุทธ์ที่ 4 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง ในการดูแลการติดตามอาการและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Providing regular and sustained follow-up) โดยการโทรศัพท์สอบถามผลการปฏิบัติ การสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพูดชักจูงใจและการให้กำลังใจจากผู้วิจัย โดยโปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจัดทำเป็นคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 1 ฉบับ

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองแก่ผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Bandura (1986; 1997) ซึ่งเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการประเมินความสามารถของตนเองก่อนการทำพฤติกรรม และความคาดหวังผลลัพธ์ของการกระทำ โดยถ้าบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถเพียงพอหรือสูง บุคคลจะมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และจะกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การ

สนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถพัฒนาได้จากการเรียนรู้ 4 วิธี (Bandura, 1986) คือ 1) การสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์ความสำเร็จ (Enactive mastery experience) ซึ่งเป็นประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผู้ดูแลประสบด้วยตนเองและรับรู้ในความสำเร็จ โดยผู้วิจัยร่วมสะท้อนให้เห็นภาพความสำเร็จในการดูแลโดยวิธีกลุ่มย่อย 2) การสังเกตตัวแบบ (Vicarious experience) เป็นการสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและประสบผลลัพธ์ที่ดีผ่านสื่อวีดิทัศน์ 3) การชักจูงใจด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการพูดโน้มน้าวจิตใจให้ปฏิบัติโดยการชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติและโทษของการไม่ปฏิบัติ การพูดชมเชย ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผ่านการพูดโน้มน้าวใจเมื่อเข้ากลุ่มย่อย และการติดตามทางโทรศัพท์ และ 4) การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสบายใจ และมีแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม การบอกเล่าประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมในขณะเข้ากลุ่มและขณะการฝึกทักษะการฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียดในชีวิตประจำวัน โดยการฝึกการหายใจลึก (Deep breathing exercise) และการผ่อนคลายความเครียดทางร่างกาย (Body and muscle relaxation) ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 ตัวแปรต้น (Independent variables)

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

1.6.2 ตัวแปรตาม (Dependent variables)

ความรู้ ภาระการดูแล และความเครียด

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support program)

หมายถึง ระบบการจัดกิจกรรม โดยการใช้ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแล และทักษะในการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกทักษะการจัดการความเครียดและอารมณ์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของ McGowan (2006) ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1986; 1997) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับความรุนแรงปานกลางหรือรุนแรง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทักษะในการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ตามกระบวนการจัดการตนเอง รวมทั้งส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแล การสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย ภารกิจ 4 งาน คือ ภารกิจที่หนึ่ง การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Information and skills training support) ประกอบด้วย การระบุและรวบรวมปัญหาจากการดูแลร่วมกับผู้ดูแล การเสริมความรู้และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การสาธิต สาธิตย้อนกลับ และการสังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ (Modeling) ภารกิจที่สอง การสนับสนุนด้านอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด (Stress and emotional support) ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแลด้วยกันแบบกลุ่มย่อย การบอกเล่าความรู้สึกหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลร่วมกัน ประสบการณ์การจัดการความเครียดและการฝึกประสบการณ์การผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกาย ภารกิจที่สาม การสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Caregiver self-management support) 6 ขั้นตอน คือ (Creer, 2000) 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล การสังเกตและการติดตามอาการผู้ป่วย 3) การประมวลและการประเมินผลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง ตามคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และภารกิจที่สี่ การสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ให้มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง (Providing regular and sustained follow up) โดยการโทรศัพท์ติดตามผลการปฏิบัติ การสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพูดคุยซักถามและการให้กำลังใจจากผู้วิจัย ซึ่งการจัดการโปรแกรมมีลักษณะเป็นกระบวนการเริ่มภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 7 วันขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก ศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์

ความรู้ หมายถึง ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Knowledge of caring) เป็นความรู้ที่ผู้ดูแลเกิดความจำได้หรือการสะสมความเข้าใจ ที่ได้รับมาตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมถึงความรู้ที่ผู้ดูแลได้รับเพิ่มเติมจากคำแนะนำ การสอนหรือการให้ความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น ความรู้ความจำเกี่ยวกับภาวะบาดเจ็บสมอง ผลของพยาธิสภาพ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง วิธีการ ขั้นตอนการปฏิบัติดูแลในแต่ละกิจกรรม เหตุผลการปฏิบัติ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการแก้ไขปัญหา รวมถึงความรู้ที่ผู้ดูแลได้รับเพิ่มเติมจากการให้ความรู้ของบุคลากรทางสุขภาพ การเพิ่มพูนทักษะจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล ประเมินจากแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล 2 ด้าน คือ ความรู้ในการดูแลและทักษะในการดูแล มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับน้อย และแบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีจำนวน 21 ข้อ การวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า

ภาระการดูแล (Care burden) หมายถึง เป็นผลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความยากลำบากแก่ผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective care burden) เป็นความรู้สึกทัศนคติ หรือการแสดงออกทางอารมณ์ต่องานหรือหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ประเมินจากแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สร้างขึ้นโดย Zarit (1990) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ 2) ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective care burden) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่สร้างความยากลำบากแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องใช้เวลา และความพยายามในการดูแลผู้ป่วย มีผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง เช่น ถูกจำกัดทั้งทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว หน้าที่การงาน หรือเกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) มีข้อคำถามรวม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ

ความเครียด หมายถึง ความเครียดทางร่างกาย (Physiological stress) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านร่างกายที่เกิดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ความตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ หรือรู้สึกคับข้องใจ (กรมสุขภาพจิต, 2555) สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเครียดทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2555) ข้อคำถาม 20 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ประเมินจากแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire [PQS]) พัฒนาโดย Lovonste และคณะ (1993) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า

การบาดเจ็บสมอง (Traumatic brain injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกสมองมากระทบ ชน ระเบิด เขย่า หรือแทงทะลุสมอง ส่งผลกระทบต่อสมอง ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บในส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนึ่งศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง และเส้นประสาท ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของสมอง และเกิดความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว ด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งเกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย

1.8 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลักของผู้บาดเจ็บสมอง (Primary caregiver) อายุ 18-60 ปี ที่พักอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลที่สามารถดูแลและอยู่กับผู้ป่วยตลอด โดยผู้บาดเจ็บสมองมีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางหรือรุนแรง (Moderate or severe TBI) หรือมีระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์ 3-12 คะแนน ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 7 วันขึ้นไป มาติดตามการรักษาที่คลินิก ศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ได้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลในระยะดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้าน ในช่วงภายหลังการเจ็บป่วย 1 ปีแรกที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนความรู้ในการดูแล ลดความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียดจากการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.9.2 ได้แนวทางที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะยาว หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักพิงที่บ้าน

1.9.3 ผลการวิจัยที่ได้สามารถเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพของให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องกับการรักษา และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.9.4 เป็นแนวทางการวิจัยในประเด็นการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั้งในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม และผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรม ตำรา และเอกสารครอบคลุมตามลำดับ ดังนี้

2.1 การบาดเจ็บสมอง

- 2.1.1 ความหมายของการบาดเจ็บสมอง
- 2.1.2 อุบัติการณ์และสาเหตุของการบาดเจ็บสมอง
- 2.1.3 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บสมอง
- 2.1.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง
- 2.1.5 การฟื้นฟูสภาพของสมอง

2.2 ผลกระทบของการบาดเจ็บสมอง

- 2.2.1 ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
- 2.2.2 ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2.3 แนวคิดผู้ดูแล และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

- 2.3.1 ความหมาย แนวคิด และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
- 2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
- 2.3.3 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล
- 2.3.4 ภาระในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล
- 2.3.5 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

2.4 แนวคิดการจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง

- 2.4.1 การส่งเสริมการจัดการตนเองและแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง
- 2.4.2 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การบาดเจ็บสมอง

2.1.1 ความหมายของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมอง เป็นชื่อเรียกการวินิจฉัยการบาดเจ็บชนิดหนึ่งของผู้ป่วย โดยช่วงแรกนิยมใช้ คำว่า Head injury มีความหมายว่า บุคคลที่มีประวัติข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ 1) มีประวัติศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน 2) มีบาดแผลที่บริเวณศีรษะ และ 3) มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว แม้เพียงช่วงเวลาหนึ่ง (Jenett, 1981) ในระยะหลังตำรา บทความวิชาการ หรืองานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ เริ่มเปลี่ยนมาใช้ Traumatic brain injury เนื่องจากมีความหมายที่ชัดเจนบ่งบอกถึงลักษณะของการบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ พยาธิสภาพ การสร้างแนวทางการรักษา และการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการวิจัยและการศึกษาทางระบาดวิทยา โดยมีการสรุปเกี่ยวกับความหมายจากองค์กรและผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบบประสาทว่าการบาดเจ็บสมอง เป็นการบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพภายในสมอง จากแรงภายนอกที่มากกระทบ (The Brain Injury Association of America [BIAA], 2011)

Hickey (2009) กล่าวว่า การบาดเจ็บสมอง เป็นการผลกระทบเกิดขึ้นจากการที่ศีรษะถูกกระทบหรือได้รับบาดเจ็บโดยเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อสมอง 2 ลักษณะ คือ สมองชอกช้ำ ทำให้มีเลือดออก และภาวะเลือดคั่งในสมองจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อหรือการยืดขยายอย่างรุนแรงภายในศีรษะ

Menon และคณะ (2010) ให้ความหมายว่า การบาดเจ็บสมอง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมองหรือการเกิดพยาธิสภาพของสมอง เนื่องจากมีแรงภายนอกมากกระทำ

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2015) อธิบายว่า เป็นการบาดเจ็บสมอง เป็นการหยุดชะงักของการทำงานตามปกติของสมอง มีสาเหตุมาจากการกระทบกระแทก ชน ระเบิด เขย่า หรือการแทงทะลุเนื้อสมอง

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (2549) ให้ความหมายของการบาดเจ็บสมอง หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกมากกระทำบริเวณกะโหลกศีรษะและสมองอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดความผิดปกติของสมองส่วนต่างๆ ความผิดปกติของของารับรู้ สติ อารมณ์ พฤติกรรม และเกิดความพิการทางด้านร่างกาย

จากแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ โดยความร่วมมือของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาทางด้านระบบประสาท ได้แก่ วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กรมแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารอากาศ สถาบันประสาทวิทยา และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา สรุปความหมายของการบาดเจ็บ

สมองไว้ว่า เป็นการบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานหรือพยาธิสภาพภายในสมองอันเนื่องมาจากมีแรงภายนอกมากระทบ โดยมีการอธิบายเพิ่มเติม ดังนี้ (สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เพื่อนปฐม, และกุลพัฒน์ วีรสาร, 2556)

ก. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง (Alteration in brain function) โดยจะต้องมีองค์ประกอบทางคลินิก อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่

1. สูญเสียความรู้สึกตัว หรือความรู้สึกตัวลดลง (Loss of conscious [LOC])
2. ไม่สามารถจำเหตุการณ์ได้ ทั้งเหตุการณ์ก่อนเกิดอุบัติเหตุ (Retrograde amnesia) หรือเหตุการณ์ภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ (Post traumatic amnesia [PTA])
3. ระบบประสาททำงานบกพร่อง เช่น แขนขาอ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว การมองเห็นลดลง รู้สึกชาที่ใบหน้าหรือแขนขา พูดไม่ได้ เป็นต้น
4. การเปลี่ยนแปลงของสภาพด้านจิตใจ (Mental state) เช่น ไม่สามารถจำเวลา สถานที่ หรือบุคคลได้ ความคิดช้าลง และมีอาการสับสน เป็นต้น

ข. มีพยาธิสภาพที่บ่งถึงการบาดเจ็บในสมอง ซึ่งอาจมองด้วยตาเปล่า การตรวจพบจากภาพรังสี หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ค. การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทบภายนอก ทั้งจากวัตถุมากระทบ และจากนั้นศีรษะไปกระทบวัตถุ ทำให้สมองเกิดการเคลื่อนไหวแบบเร่งและเฉื่อย (Acceleration/ deceleration) ถึงแม้ว่าแรงไม่ได้กระทบต่อศีรษะโดยตรงแต่บาดแผลอาจทะลุถึงสมอง เช่น แรงระเบิด เป็นต้น

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การบาดเจ็บสมอง หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกสมองมากระทบ เช่น ระเบิด เขย่า หรือแทงทะลุสมอง ส่งผลกระทบต่อสมอง ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บในส่วนต่างๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง และเส้นประสาท ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และเกิดความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว ด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งเกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย

2.1.2 อุบัติการณ์และสาเหตุของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมอง ถือได้ว่าเป็นการบาดเจ็บชนิดที่มีความรุนแรงมากที่สุดของการบาดเจ็บทั้งหมด เนื่องจากผลการบาดเจ็บก่อให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกตัว ความพิการทุพพลภาพและเสียชีวิต (Li, Zhao, Yu, & Zhang, 2016) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัวและสังคม รวมทั้งระบบเศรษฐกิจของประเทศ (Puvanachandra, & Hyder, 2009; CDC, 2015; รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559) จึงสรุปได้ว่าการบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก

ซึ่งปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Masa, Menon, Lingsma, Pineda, Sandel, & Manley, 2012; สวิง ปันจัยสีห์, นครชัย เพื่อนปฐม และ กุลพัฒน์ วีรสาร, 2556)

สำหรับอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บสมอง จากรายงานมักแตกต่างกันขึ้นอยู่กับค่านิยามและวิธีการเก็บข้อมูล โดยองค์การอนามัยโลกได้มีคาดการณ์ไว้ในปี ค.ศ. 2003 ว่าในช่วงปี ค.ศ. 2020 การบาดเจ็บสมองจะเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก การบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี ซึ่งมีจำนวนสูงถึง 200 คนต่อประชากรแสนคน และส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Li, Zhao, Yu, & Zhang, 2016)

สาเหตุของการบาดเจ็บสมองของประชากรทั่วโลกเกิดขึ้นได้หลากหลายสาเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถ การหกล้มหรือตกจากที่สูง การถูกทำร้ายร่างกาย การเล่นเกม โดยสัดส่วนของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยสาเหตุของการบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากรถสูงถึงร้อยละ 56 พบอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (มูลนิธิไทยโรดส์ หน่วยเฝ้าระวังสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน, 2560) โดยอุบัติเหตุจากรถเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บสมองในวัยทำงาน ทำให้เกิดความเสียหายจากการสูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย เป็นจำนวนสูงถึง 7 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ในประเทศแคนาดา 97 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีในยุโรป และในสหรัฐอเมริกาเกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนสูงถึง 518 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และประเทศไทยสูญเสียเป็นจำนวน 268,207 ล้านบาทคิดเป็นร้อยละ 2.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

2.1.3 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บสมอง

กลไกการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งกลไกการเกิดการบาดเจ็บสมอง 2 ลักษณะ คือ (Menon et al., 2010; NINDS, 2015; ทิพาพร ตั้งอำนาจ, 2541)

การบาดเจ็บสมองโดยตรง (Direct injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับศีรษะของผู้ป่วยโดยตรง มี 2 ชนิด ได้แก่ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในขณะที่ศีรษะอยู่นิ่ง (Static head injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่กระทบศีรษะขณะอยู่นิ่ง เช่น การถูกตี ถูกยิง สิ่งของหล่นใส่ศีรษะ เป็นต้น ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับการบาดเจ็บชนิดนี้จะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับแรงวัตถุที่มากระทบ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเกิดเฉพาะที่ เช่น หัวโน หนังศีรษะฉีกขาด ถ้าเกิดการกระทบที่แรงมากอาจเกิดเยื่อหุ้มสมองฉีกขาด สมองบวมซ้ำ และเลือดออกในสมองได้ ส่วนการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ศีรษะเคลื่อนที่ (Dynamic head injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในขณะที่ศีรษะเคลื่อนที่ไปกระทบกับวัตถุที่กำลังเคลื่อนที่หรืออยู่นิ่ง เช่น ขับรถชนกับรถที่กำลังสวนทาง ขับรถด้วยความเร็วไปชนต้นไม้หรือเสา

ไฟฟ้า เป็นต้น การบาดเจ็บชนิดนี้จะเกิดพยาธิสภาพได้ทั้งการบาดเจ็บบริเวณด้านที่กระทบโดยตรงหรือเกิดแรงกระแทกทำให้ศีรษะมีการเหวี่ยงกลับแล้วเกิดพยาธิสภาพด้านตรงข้ามก็ได้

การบาดเจ็บสมองโดยอ้อม (Indirect injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นๆ ของร่างกายแล้วส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดการบาดเจ็บสมอง เช่น ตกจากที่สูงก้นกระแทกพื้นทำให้ศีรษะลงมากระทบตรงส่วนของกระดูกคอ เป็นต้น การบาดเจ็บลักษณะนี้จะไม่พบบาดแผลบริเวณหนังศีรษะหรือกะโหลกศีรษะ

พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมอง สามารถแบ่งตามพยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บ 2 ประเภท ได้แก่ (ไสว นรสาร และ พิรญา ไสไหม, 2559)

การบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (Primary brain injury) เป็นการบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นทันทีทันใดภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ จากการได้รับแรงกระทำหรือการเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรุนแรงและรวดเร็วทำให้เกิดการชอกช้ำต่อเนื้อสมอง เกิดการฉีกขาดหรือมีเลือดออก อาการแสดงของการบาดเจ็บจะสัมพันธ์กับความรุนแรงโดยตรงกับตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ โดยอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่หนังศีรษะ ได้แก่ การถลอกของชั้นหนังกำพวด เกิดการฟกช้ำ แตก เกิดการฉีกขาดหรือหนังศีรษะขาดหายไป นอกจากนั้นอาจพบการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะ และมีผลต่อการบาดเจ็บของเนื้อสมอง โดยตำแหน่งของการบาดเจ็บสมอง เป็นลักษณะสำคัญที่บ่งบอกถึงตำแหน่งของสมองบริเวณถูกทำลาย 1) การบาดเจ็บของเนื้อสมองทั่วไป (Diffuse brain damage) เป็นการบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุด กลไกการเกิดสามารถบอกพยาธิสภาพที่เพิ่มขึ้นและลดลงของการบาดเจ็บ ได้แก่ ภาวะหมดสติของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจเกิดแค่เพียงการสูญเสียการทำงานของสมองไปชั่วคราว ไม่มีอาการหมดสติหรือความจำผิดปกติ ผู้ป่วยมีเพียงอาการสับสนเกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น ในบางรายมีอาการหมดสติเป็นระยะเวลานานเป็นชั่วโมง ทำให้จำเหตุการณ์ก่อนหรือหลังเกิดการบาดเจ็บไม่ได้ หรืออาจมีอาการอาเจียน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ภายหลังการบาดเจ็บ 2) การบาดเจ็บต่อเนื้อสมองเฉพาะที่ (Focal brain damage) การบาดเจ็บในลักษณะนี้อาจเกิดได้จากการชอกช้ำของเนื้อสมอง หรือการฉีกขาดของหลอดเลือดส่งผลให้มีเลือดออกในสมอง หลากหลายตำแหน่ง ได้แก่ เลือดออกในชั้นระหว่างศีรษะและเยื่อหุ้มสมอง (Epidural hematoma) เลือดออกในชั้นระหว่างเยื่อหุ้มสมองกับผิวสมอง (Subdural hematoma) และการมีเลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หากมีการชีวิตผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลัง ได้แก่ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความจำเสื่อม หรือมีอาการทางจิต เป็นต้น (Woodward & Mestecky, 2011)

การบาดเจ็บสมองทุติยภูมิ (Secondary brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายหลังใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมงหรือเป็นวัน ซึ่งเกิดขึ้นภายในสมอง ได้แก่ ภาวะที่การไหลเวียนของเลือดไปยังบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บลดลงทำให้ขาดกลูโคสและออกซิเจนเกิดการขาดเลือดในสมอง (Brain ischemia) การขยายตัวของก้อนเลือดที่เกิดจากเลือดออกในสมอง ทำให้ปริมาตรในสมองเพิ่มหรือจากน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้นเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure) และภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาตรเนื่องจากการเพิ่มของน้ำทั้งนอกหรือในเซลล์หรือการเพิ่มของน้ำหล่อเลี้ยงสมองหรือก้อนเลือดในเนื้อสมองเกิดภาวะสมองบวม (Brain edema) ซึ่งภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะสมองบวมทำให้เกิดเนื้อสมองเคลื่อน (Brain herniation) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งเสริม ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน และการจัดท่านอนผู้ป่วยไม่เหมาะสมทำให้เลือดดำไม่สามารถไหลกลับได้สะดวก รวมทั้งการเผาผลาญเพิ่มขึ้น เช่น ไข้สูง อุณหภูมิร่างกายต่ำ และสูญเสียสมดุลอิเล็กโตรลัยท์ เป็นต้น (Pangilinan et al., 2014) ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1

ความสัมพันธ์ของพยาธิสรีรวิทยาการบาดเจ็บสมอง

Injury of time of onset	Injury by location	Cellular pathology
Primary brain injury	Focal brain damage	Cellular dysfunction
Skull fracture	Contusions	Receptor dysfunction
Focal injury	Lacerations	Free-radical effect
Diffuse injury	Hematoma	Inflammatory events
Penetrating injury	Epidural	Calcium-mediated
Secondary brain injury	Subdural	damage
Ischemia	Intracerebral	
Edema	Diffuse brain damage	
Increased Intracranial	Concussion	
Pressure	Prolonged coma	
Brain herniation	Diffuse axonal injury	

หมายเหตุ from Neurotrauma and critical care of the brain by Jallo, 2009. Adapted from McIntosh, T. et al. (1996). *Laboratory investigations*, 74, 315-342. and Gennarelli, T. (1993). Mechanism of brain injury. *J Emerg Med*, 11(1), 5-11.

นอกจากนั้นภาวะที่สมองมีความเสียหายอย่างรุนแรง คือ ส่วนสมองใหญ่แต่ก้านสมองยังทำงานได้บางส่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพียงบางส่วนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งหมดจึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งทางแพทย์เรียกว่าสภาพผัก ซึ่งเป็นภาวะที่สมองสูญเสียความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจ การตอบ สนองต่อสิ่งเร้า แต่ยังคงสามารถหลับตาหรือลืมตาได้เองโดยอาจไม่รับรู้และไม่มี ความหมาย อาจหัวเราะ ร้องไห้ แต่ไม่มี ความหมายโดยตรงกับการแสดงออกเหล่านั้น (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2012)

สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่พบบ่อย คือ สภาพผัก เป็นภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ คือ การติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ การติดเชื้อที่ปอด เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้จากสำลักน้ำลายตนเอง และจากสำลักอาหารจากให้อาหารไม่ถูกวิธี จากการขย้อนอาหารขึ้นมาแล้วสำลัก การติดเชื้ออื่นๆ ที่พบได้ คือ แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อเข้าอนรรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้นานมากกว่า 10 ปี ถ้าไม่มีการติดเชื้อหรือมีภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

สภาพผัก (Vegetative state) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์แรกของภาวะผิดปกติ

สภาพผักเรื้อรัง (Persistent vegetative state) เป็นระยะเวลาอยู่ในสภาพผักนาน 4 สัปดาห์ถึง 1 ปี

สภาพผักถาวร (Permanent vegetative state) หมายถึง ระยะเวลาอยู่ในสภาพผักนานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ทั้งนี้ การแบ่งระยะจะมีประโยชน์ต่อการประเมินสภาพผู้ป่วยจะมีโอกาสฟื้นตัวหรือไม่ สมองจะมีการฟื้นตัวซึ่งพบว่า ร้อยละ 50 สมองฟื้นตัวภายใน 3 เดือน ร้อยละ 75 สมองฟื้นตัวภายใน 6 เดือน และร้อยละ 100 สมองฟื้นตัวภายใน 12 เดือน ดังนั้นถ้าพ้น 12 เดือนขึ้นไปแล้ว ผู้ป่วยยังอยู่ในสภาพผัก ผู้ป่วยก็ไม่สามารถที่จะมีการฟื้นตัวได้อีกหรือถ้ามีก็น้อยมาก จึงใช้คำว่าสภาพผักถาวร (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2012)

2.1.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง

ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค ซึ่งการแบ่งความรุนแรง และการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บได้ตั้งแต่วิธีแรกๆ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงสำหรับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งการบาดเจ็บสมองมีวิธีแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองได้หลายวิธี ในปัจจุบันมีวิธีที่นิยมใช้อยู่ 3 วิธี

1. การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองโดยใช้การสูญเสียความจำหลังจากได้รับบาดเจ็บสมอง โดยประเมินจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มสูญเสียความจำหลังจากได้รับบาดเจ็บสมองจนถึงเวลาที่สามารถจำเหตุการณ์ (Smith & Greenwald, 2003) ดังนี้

การบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บสมองน้อยกว่า 30 นาที

การบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บสมองนาน 30 นาทีถึง 24 ชั่วโมง

2. การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองโดยใช้ระยะเวลาของการหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมอง (Pangillinan, 2014) ดังนี้

การบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที

การบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมองนานกว่า 30 นาที ถึง 6 ชั่วโมง

การบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมองนานกว่า 6 ชั่วโมง

3. การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง โดยใช้ผลรวมคะแนนความรู้สึกตัวกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score) ที่สร้างโดย Jeneet และ Teasdale (1974) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการรักษา การพยากรณ์โรค และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับระดับการตื่นตัว และการรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่มากระตุ้นหรือความรุนแรงของการหมดความรู้สึกของผู้บาดเจ็บสมองในระยะแรกหลังการได้รับบาดเจ็บ โดยประเมินจากพฤติกรรมการตอบสนองที่ดีที่สุดของผู้บาดเจ็บสมอง 3 ด้านประกอบด้วย 1) การลืมตา (Eye opening) 2) การพูดที่ดีที่สุด (Best verbal response) และ 3) การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response) มีรายละเอียดของการประเมินดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2

การประเมินระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์

การลืมตา	การพูดที่ดีที่สุด	การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด
ลืมตาตัวเอง	4 ตอบคำถามได้ถูกต้อง	5 เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง
ลืมตาเมื่อเรียก	3 พูดเป็นประโยคแต่สับสน	4 ไม่ทำตามคำสั่ง แต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2 พูดเป็นคำๆ	3 ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด
ไม่ลืมตาเลย	1 ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2 งอแขนเมื่อเจ็บ
	ไม่ส่งเสียงเลย	1 เหยียดแขนเมื่อเจ็บ
		ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

ที่มาจาก Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. โดย Jenett, B., & Teasdale, G., 1974, *Lancet*, 2, 81-84.

ผลของการประเมินระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์ สามารถนำมาจำแนกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองเป็น 3 ระดับ (Hickey, 2009) ดังนี้

การบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) มีระดับของความรู้สึกตัวกลาสโกว์ 13-15 คะแนน พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยได้จากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปกติ และมีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 48 ชั่วโมง รวมทั้งภายหลังได้รับการบาดเจ็บสมองเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่ามีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา ร้อยละ 79 ความจำลดลง ร้อยละ 59 นอกจากนั้นมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการลดระดับความสนใจสมาธิ ซึ่งพบได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย

การบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง (Moderate traumatic brain injury) มีระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์ 9-12 คะแนน พบได้ ร้อยละ 24 โดยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือสับสน และหลับเกือบตลอดเวลาจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานกว่า 48 ชั่วโมง ถึง 7 วัน หรือได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจมีการบกพร่องทางระบบประสาท ภายหลังจากเกิดการบาดเจ็บสมอง 3 เดือน หรือบางรายอาจพบว่ามีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา และความจำลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 70 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่สังคมและอาชีพเดิมได้

การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe traumatic brain injury) มีระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์ 3-8 คะแนน พบได้น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21 ผู้ป่วยมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีการทำลายโครงสร้างของสมองเป็นบริเวณกว้าง มักพบแผลฉีกขาด มีเลือดคั่ง และเกิดเนื้อสมองตาย โดยมักจะเกิดร่วมกับภาวะกะโหลกศีรษะแตก ส่งผลให้สมองมีการทำหน้าที่เปลี่ยนไปเป็นอัมพาต ในระยะแรกผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสุขภาพที่มีความชำนาญในหอผู้ป่วยหนัก จนอาการพ้นจากระยะวิกฤต แต่ผู้ที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้พบอัตราการตาย ร้อยละ 50 และจากการติดตามผู้ที่รอดชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บสมอง พบว่าผู้ป่วยมีความพิการรุนแรง ร้อยละ 20 มีความพิการระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 และหายเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 40

การจำแนกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง โดยสามารถเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของสมองตามเกณฑ์การประเมิน 3 ระดับ ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3

การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

Criteria	Mild	Moderate	Severe
Structural imaging	Normal	Normal or Abnormal	Normal or Abnormal
Loss of Consciousness	< 30 min	> 30 min - < 24 hr.	> 24 hr.
Mental State	A moment - 24 hr.	> 24 hr.	> 24 hr.
Post traumatic amnesia	0-1 day	> 1 - < 7 day	> 7 day
Glasgow coma score	13-15	9-12	3-8
Abbreviated injury	1-2	3	4-6

หมายเหตุ ดัดแปลงมาจาก Classification of injury severity include the duration of post-traumatic amnesia (PTA), and loss of consciousness (LOC) by Ribber, G. M., 2010, *Brain Injury: Long term outcome after traumatic brain injury*. Copyright by The center for international rehabilitation research information and exchange.

นอกจากการประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแล้ว ยังมีการประเมินความพิการที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลกลาสโกว์ (Glasgow outcome scale) ของ Jennett และ Bond (1975) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 1) ตาย (เสียชีวิต)
- 2) ภาวะไม่มีการตอบสนอง อยู่ในสภาพผักเริ่ด ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองและการพูดเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยอาจหายจากการบาดเจ็บแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การทำหน้าที่ในการรับรู้ความเข้าใจเสียไปโดยสมบูรณ์ ไม่มีการทำงานของสมองส่วน Cortex แต่ก้านสมองยังทำหน้าที่ได้ตามปกติ
- 3) ระดับความพิการรุนแรง (Severe disability) ผู้ป่วยรู้สติ แต่มีความพิการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการทางร่างกายและสติปัญญา
- 4) ระดับความพิการปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสั้น ไม่รู้วัน เวลา บุคคล สถานที่ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางอย่าง ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสังคมได้เช่นเดิม
- 5) มีการฟื้นตัวดี (Good recovery) ไม่มีความพิการ มีผลลัพธ์ดีหรือหายเป็นปกติ ผู้ป่วยอาจหายสนิทหรือหลงเหลือความพิการเพียงเล็กน้อย แต่สามารถดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งกลับไปทำงานได้

สำหรับการที่เน้นการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิด ซึ่งสามารถประเมินได้จากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น โดยใช้แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิด (Rancho Los Amigo scale of cognitive levels [RLA]) แบ่งออกเป็น 8 ระดับ ดังนี้ (Malkmus, Booth, & Kodimer, 1980)

- ระดับที่ 1 ไม่มีการตอบสนอง (No response)
- ระดับที่ 2 มีการตอบสนองทั่วไป (Generalized response)
- ระดับที่ 3 มีการตอบสนองเฉพาะที่ (Localized response) ผู้ป่วยอาจทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ เช่น บีบมือ เป็นต้น
- ระดับที่ 4 มีการตอบสนองแบบสับสน (Confused agitated) ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาจากการสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- ระดับที่ 5 มีการตอบสนองสับสนและไม่เหมาะสม (Confused inappropriate) ผู้ป่วยต้องการการชี้แนะในทิศทางที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง มีความยากลำบากในการเรียนรู้ใหม่ๆ พูดได้แต่สับสน

ระดับที่ 6 การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม (Confused appropriate) ผู้ป่วยยังสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำระยะสั้น ความจำลดลง ทำตามคำสั่งอย่างง่ายได้ การตอบสนองอาจไม่ถูกต้อง แต่เหมาะสมตามสถานการณ์ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องความจำ

ระดับที่ 7 การตอบสนองเป็นไปอย่างอัตโนมัติแต่เหมาะสม (Automatic appropriate) ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เองไม่สับสน แต่ไม่ทราบเหตุผลหรือวัตถุประสงค์ในการทำ ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ยังต้องการคำชี้แนะในการเรียนรู้การปฏิบัติ

ระดับที่ 8 การตอบสนองอย่างมีจุดมุ่งหมายและเหมาะสม (Purposeful appropriate) ผู้ป่วยรู้สึกตัว รู้วัน เวลา สถานที่ สามารถตัดสินใจในการกระทำได้และมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ ยอมรับบทบาทของตนเอง

2.1.5 การฟื้นฟูสภาพของสมอง

การฟื้นฟูสภาพของสมอง เป็นการที่ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ หรือใกล้เคียงภาวะก่อนการบาดเจ็บ ซึ่งการที่ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาวะปกติหลังการบาดเจ็บที่สมองหรือมีระดับความรู้สึกเป็นปกตินั้น จะพิจารณาจากลักษณะสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ประการแรก คือ Level of consciousness เป็นการตื่นตัว (Alertness) ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น สัมผัส กลิ่น รส เสียง เป็นต้น ประการที่สอง Content of consciousness เป็นการแสดงออกในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ บุคลิกภาพ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ ความจำ ตลอดจนความคิดอ่านต่างๆ และความสามารถในการติดต่อกับโรคนอก

สำหรับสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพมี 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ สมองใหญ่ (Cerebral hemispheres) และ Reticular formation ของก้านสมอง เป็นส่วนของสมองตั้งแต่ Medulla ถึง Diencephalon โดยบริเวณนี้จะมีเซลล์ประสาทรับความรู้สึก และเซลล์ประสาทเคลื่อนไหว มีการทำงานเชื่อมโยงระหว่างระบบประสาทสมองส่วน Reticular activating และเปลือกสมอง เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นประสาทรับความรู้สึกซึ่งอยู่ทั่วร่างกาย และประสาทรับความรู้สึกเฉพาะ เช่น หู ตา จมูก สิ่งเร้าจะถูกส่งผ่านมายัง Reticular formation โดยการส่งผ่านทางระบบ Reticulo-cortical เพื่อส่งต่อไปยังสมองใหญ่เป็นบริเวณกว้างทำให้สมองมีการตื่นตัว รับผิดชอบต่อสิ่งกระตุ้น

Reticular formation ประกอบด้วยเซลล์ประสาทรูปร่างและขนาดแตกต่างกัน อยู่กระจัดกระจายในแกนกลางของก้านสมองตั้งแต่ Medulla Pons และสมองส่วนกลาง จนถึงสมองส่วน Diencephalon ซึ่งกลุ่มเซลล์ประสาทเหล่านี้จะควบคุมการเคลื่อนไหว ระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาทอัตโนมัติ โดยส่งผ่านสัญญาณประสาทความรู้สึกปวด การสัมผัสการได้ยิน การเห็นภาพ และการรับรสไปสู่สมองใหญ่ ระบบ Reticular activating มีผลต่อการกระตุ้นสมองให้มีการสร้างใหม่ เมื่อมีการบาดเจ็บสมอง ซึ่งระบบ Reticular activating ทำหน้าที่ 3 ประการ คือ 1) ควบคุมระบบ

ดับความรู้สึกตัวโดยการส่งสัญญาณประสาทจาก Reticular formation ซึ่งได้รับความรู้สึกต่างๆ ในสภาพแวดล้อมแล้วส่งต่อไปยังสมองใหญ่ เพื่อกระตุ้นให้สภาวะร่างกายอยู่ในสภาพตื่นตัว

2) ควบคุมการเคลื่อนไหว จากการควบคุมการดึงตัวของกล้ามเนื้อและท่าทางของร่างกาย โดยการควบคุมเซลล์ประสาทสั่งการ (Motor neurons) ของไขสันหลังผ่านทาง Pontine และ Medullary reticulo-spinal tracts ควบคุมประสาทอัตโนมัติเกี่ยวกับอุณหภูมิ การหายใจ การเต้นของหัวใจ และการอาเจียน

ส่วนความรู้สึกตัว เกิดจากการส่งกระแสประสาทจากอวัยวะที่ได้รับความรู้สึก เดินทางมายังกระแสประสาท 2 ทาง คือ กระแสประสาททางตรง จากอวัยวะประสาทรับความรู้สึก ผ่านไปสู่สมองส่วนกลาง แล้วส่งไปยังสมองที่ได้รับความรู้สึกเฉพาะในส่วนเปลือกสมอง กระแสประสาทที่ 2 เป็นเส้นทางของกระแสประสาทที่แยกออกจากอวัยวะรับความรู้สึกไปยังสมองส่วนกลาง และส่งไปยัง Reticular activating และ Thalamus การกระตุ้นประสาทระบบ Reticular activating จะเป็นการกระตุ้นเซลล์ประสาทของสมองส่วน Cortical ทำให้มีการตื่นตัว การกระตุ้นสมองในส่วนเปลือกจะกระตุ้นสมองในส่วนเปลือกสมอง จะเพิ่มกระแสประสาทผ่านไปสู่อ Reticular formation แล้วเริ่มการกระตุ้นส่วนเปลือกสมองต่อ ซึ่งเป็นวงจรของการคงไว้ซึ่งการตื่นตัว ดังนั้นการที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวเกิดจากการไปขัดจังหวะการส่งกระแสประสาทจากระบบ Reticular activating ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามคำสั่ง เปล่งเสียง พูด หรือลืมตาได้

สรีรวิทยาของการฟื้นสภาพจากการบาดเจ็บสมอง

Resolution of temporary factors เมื่อสมองถูกกระทบกระแทกจะเกิดความชอกช้ำของเนื้อเยื่อสมองส่วนสีขาว (White matter) หรือเกิดทำลายแอกซอน (Axonal disruption) หากไม่เกิดภาวะความก้าวหน้าของรอยโรคในขั้นที่สอง บริเวณสมองที่ช้ำเหล่านี้ก็จะไม่ถูกทำลายและทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพได้ แต่ถ้าเกิดภาวะความก้าวหน้าของรอยโรคในขั้นที่สองก็จะทำให้เนื้อสมองปกติที่อยู่ใกล้เคียงเกิดการขาดเลือด ทำให้สูญเสียการทำงานของสมองเพิ่มมากขึ้น

Neuronal regeneration ในระบบประสาทส่วนกลางสามารถมีการงอกใหม่ของเส้นใยประสาทของ Dendrite และ Axon ได้ภายหลังเกิดการบาดเจ็บสมอง ทำให้เกิดการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาททำให้เกิดการฟื้นสภาพเกิดขึ้น

Synaptic alterations เชื่อว่าเมื่อสมองได้รับการบาดเจ็บเซลล์ประสาทส่วนที่ทำหน้าที่เชื่อมต่อหรือประสานต่างๆ ในสมองจะมีความผิดปกติตามไปด้วย ถ้าหากมีการกระตุ้นการเชื่อมต่อให้มีความไวและติดต่อกับเซลล์ประสาทมากขึ้นก็จะทำให้เกิดการฟื้นสภาพของสมองเกิดขึ้น

Functional substitution เมื่อสมองได้รับบาดเจ็บส่วนของเซลล์ประสาทที่เสียไปก็จะทำให้สมองส่วนนั้นทำงานไม่ได้ การฟื้นสภาพสามารถเกิดขึ้นได้จากเหตุผลดังนี้ คือ 1) มีการใช้

ระบบประสาทส่วนอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงมาทำหน้าที่แทน 2) มีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านต่างๆ โดยการใช้สิ่งเร้าที่เป็น Verbal material มาเป็น Visual images หรือเปลี่ยนจาก non verbal material มาเป็น Verbal statements 3) การนำ Motor synergy และ Reflex patterns มาทำการเคลื่อนไหวได้

นอกจากนี้การบาดเจ็บของเซลล์ประสาท จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ตัวเซลล์ ของเซลล์ประสาททั้งปลายที่อยู่ใกล้ตัวเซลล์ (Proximal stump) และปลายที่อยู่ไกลตัวประสาท (Distal stump) จากบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณตัวเซลล์และส่วนใกล้ตัวเซลล์ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า Retrogradation เกิดการสลายตัวส่วนปลายที่อยู่ใกล้ตัวเซลล์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า Antegrade degeneration โดย Axon ส่วนปลายจะแตกออกเป็นชิ้นเล็กๆ และเสื่อมสลายไปในที่สุด ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสมอง 2 รูปแบบ คือ ถ้าการบาดเจ็บหรือความเสียหายยังดำเนินต่อไป การเสื่อมของเซลล์ก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเกิดการเหี่ยวฝ่อของสมองใหญ่ส่วนของเปลือกสมอง หรือถ้าการบาดเจ็บของเซลล์ประสาทลดลง หรือแผ่ขยายไปให้มีขนาดเล็กน้อย เซลล์ของเซลล์ประสาทจะมีความสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทที่บาดเจ็บหรือเซลล์ประสาทที่ไม่ได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งอยู่ใกล้เคียง

กลไกการฟื้นฟูสภาพของสมอง

กลไกการฟื้นฟูสภาพของสมองเกิดจากการสร้างใหม่หรือการงอกใหม่ของเซลล์ประสาท คือ การจัดเรียงโครงสร้างใหม่ของ Axon และ Sprouting ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การจัดเรียงโครงสร้างใหม่ของ Axon เริ่มจากส่วนปลายของ Proximal จะแตกหน่อไปเป็นแขนงเล็กๆ ของใยประสาทในทุกทิศทางเพื่อหา Endoneural tube เมื่อ Axon งอกไปถึงอวัยวะเป้าหมายแล้วไปบรรจบกับ Schwann cell ที่อยู่ชิดแนวที่ Axon คลอบผ่านจะสร้างปลอกไมอีลินขึ้นมาหุ้ม การสร้างที่เริ่มจาก Proximal ออกไปนี้จะมียัตราการงอกได้ วันละ 0.5-3 มิลลิเมตร Axon ที่งอกใหม่นี้จะมีขนาดไม่เกิน ร้อยละ 80 ของขนาดเดิม และอัตราการนำประสาทจะช้ากว่าเดิม รวมทั้งการงอกอาจไม่เกิดความสำเร็จหากเกิดช่องว่างระหว่างรอยขาดกว้างเกินไปหรือมีแผลเป็นของเนื้อเยื่อมาขัดขวางการงอกของเส้นใยประสาท การงอกใหม่จะเริ่มปรากฏในสัปดาห์ที่ 2-3 ภายหลังการบาดเจ็บ

Sprouting เป็นการงอกของเซลล์ประสาทที่ไม่ได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บ การงอกใหม่ของ Axon จะเกิดขึ้นได้สมบูรณ์เฉพาะในระบบประสาทส่วนปลาย ส่วนระบบประสาทส่วนกลางอาจเกิดการงอกใหม่ขึ้นได้แต่ค่อนข้างเป็นไปได้ยาก เนื่องจากในระบบประสาทส่วนกลางไม่มี Neurilemmal sheath และไม่มี Endoneurium หุ้ม รวมทั้งเกิดแผลเป็นของเนื้อเยื่อเร็วกว่าระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้การปรับ

ซ่อมแซมทำได้ไม่สำเร็จและเกิดความเสียหายอย่างถาวร อย่างไรก็ตามแม้ว่าการซ่อมแซมระบบประสาทส่วนกลางจะเป็นไปได้ยาก แต่การฟื้นฟูสภาพของสมองสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยการทดแทนจากการฟื้นฟูสภาพด้านอื่นๆ โดยเฉพาะการเกิด Sprouting ที่ทำให้เกิดการเชื่อมต่อของระบบประสาท

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่

อายุ โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยอายุมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความเสื่อมของเซลล์ประสาทมาก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่มากขึ้น เมื่ออายุ 60-70 ปี พลังงานสำรองและความสามารถของกระบวนการชดเชยของร่างกายลดลง กระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อลดลง มีความไวต่อความเครียด ทนต่อการบาดเจ็บได้น้อย มีโอกาสติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ หลังการบาดเจ็บได้มาก

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัวกลาสโกว่าต่ำจะมีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดี เนื่องจากการบาดเจ็บทั่วไปของ Axon มีการทำลายระบบ Reticular activating ของกานสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่รู้สึกรู้ตัว

ความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ถ้ายิ่งสูงการฟื้นฟูสภาพของสมองก็ยิ่งไม่ดี ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเป็นภาวะที่อันตรายมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ความดันเลือดต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน การหยุดหายใจนานมากกว่า 4 นาที ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีการฟื้นฟูสภาพที่ลดลง เนื่องจากมีการเสียชีวิตของ Reticular cortical การเสียหายที่การทำงานของสมองใหญ่จากสาเหตุต่างๆ เช่น การขาดออกซิเจนจากหัวใจหยุดเต้น

2.2 ผลกระทบของการบาดเจ็บสมอง

2.2.1 ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลที่เกิดจากการบาดเจ็บสมองทำให้เซลล์สมองได้รับการกระทบกระเทือน ถูกกดและเสื่อมหน้าที่ได้ ส่งผลให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองเกิดการสูญเสียหน้าที่ทำให้เกิดพิการขึ้น และต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (Woodward & Mestecky, 2011) ผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองพบได้หลายด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย

จากการบาดเจ็บสมองส่งผลให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน และเกิดความบกพร่องด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่

ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว เกิดขึ้นมาจากพยาธิสภาพสมองในส่วน Cerebellum ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการประสานกันของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และการทรงตัวทำตรง หรือหากมีพยาธิสภาพกดทับบริเวณแกนสมอง (Brain stem) จะส่งผลให้มีอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแกว่งแขนสลับไปมาได้ (Truncal ataxia) และมีอาการสั่น (Intention tremor) หรือการเกิดพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วน Fronto-parietal lobes จะมีการชักกระตุกบริเวณใบหน้าแขนหรือขาข้างตรงข้ามกับพยาธิสภาพ ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) การที่มีพยาธิสภาพที่ปมประสาท (Basal ganglia) ทำให้มีการกระตุกของกล้ามเนื้อมัดเล็กๆ ได้แก่ มือ เท้า หน้า และลิ้น โดยอาการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วแต่ไม่สม่ำเสมอ อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ นอกจากนั้นยังพบการเคลื่อนไหวผิดปกติของมือ เท้า และหน้า โดยเคลื่อนไหวแบบไม่มีจุดมุ่งหมายและควบคุมไม่ได้ บางครั้งอาจมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อร่วมด้วย อาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยหลับ จากการที่ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาตทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนการเคลื่อนไหวได้และเกิดปัญหา เช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การทรงตัวเลวลง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลกดทับ รวมทั้งข้อติดแข็ง (Woodward & Mestecky, 2011)

ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในบริเวณสมองซีกซ้ายส่งผลให้เกิดความผิดปกติ คือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา เกิดจากการมีพยาธิสภาพของสมองบริเวณ Wernicke's area ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจภาษาจากการฟังและการอ่านได้ หรือผู้ป่วยบางรายมีพยาธิสภาพของสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อนและสายเสียง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อภาษาได้

การสูญเสียสายตาด้านเดียว (Homonymous hemianopsia) จากพยาธิสภาพของสมองส่วน Parietal lobe temporal lobe และ Occipital lobe ทำให้ความชัดเจนของการมองเห็นลดลงหรือลานสายตาถูกตัดขาด เกิดการสูญเสียสายตาแบบครึ่งหนึ่งของแนวสายตา และหากเกิดร่วมกับการกระทบกระเทือนในบริเวณประสาทสมองคู่ที่ 3 4 และ 6 อาจส่งผลต่อประสาทการมองเห็น การควบคุมกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวการกลอกตา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมทางซ้ายและมองเห็นภาพซ้อน

ความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ (Sensory Perceptual deficit) พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วน Parietal lobe และเปลือกสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่อง ไม่สามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัส สูญเสียความสามารถในการแยกแยะจุดสองจุดหรือหากมีพยาธิสภาพบริเวณซีกซ้ายผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ คำนวณไม่ได้ จำชื่อ นิ้วมือแต่ละนิ้วไม่ได้ ไม่รู้จักทางซ้ายและขวา เกิดปัญหาในการคาดคะเนระยะทาง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วย

เกิดอุบัติเหตุได้ นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการแต่งกาย เช่น สวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้ (Woodward & Mestecky, 2011)

อาการชักภายหลังได้รับบาดเจ็บ (Posttraumatic epilepsy) พบได้ตั้งแต่ 2-3 วัน จนถึง 6-8 เดือน ถือได้ว่าเป็นความพิการอย่างหนึ่งของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ อาการชักระยะแรก (Early epilepsy) เกิดภายใน 1 สัปดาห์ หลังบาดเจ็บสมองโดยไม่มีสาเหตุอื่น พบได้ร้อยละ 25 และอาการชักระยะหลัง (Late epilepsy) เกิดภายหลัง 1 สัปดาห์ อาการชักจะพบมากในผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดในกะโหลกศีรษะที่ต้องได้รับการผ่าตัดพบได้ร้อยละ 35

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับความกระทบกระเทือน (Post-concussion syndrome) ได้แก่ ปวดศีรษะ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ รองลงมา คือ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน นอนไม่หลับ และอาการอื่น (Woodward & Mestecky, 2011)

ความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ เกิดจากพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้าและแกนสมอง ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของกระเพาะปัสสาวะลดลง เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ รวมทั้งการที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีความบกพร่องการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้

นอกจากนั้นผู้ป่วยยังเกิดการทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลงในด้านความรู้สึกตัว ความจำ ความสนใจ สมาธิ การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป สามารถแบ่งได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่

ความบกพร่องด้านความจำ (Memory impairment) ที่เกิดจากการบาดเจ็บสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความจำ เนื่องจาก Limbic system ถูกทำลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความจำลดลง โดยการเกิดพยาธิสภาพของสมองซีกขวาทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาความจำเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เห็น และต้องใช้เวลาตัดสินใจที่รวดเร็ว ส่วนพยาธิสภาพของสมองซีกซ้ายผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องความจำด้านภาษา อาการพบบ่อยที่สุด คือ การลืม (Amnesia) ผู้ป่วยอาจสูญเสียความจำที่ระยะสั้น (Recent memory) หรือสูญเสียความจำในอดีต (Remote memory) หากอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาเวลานาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการตอบสนอง รับรู้ และความคิด มีความเข้าใจที่ลดลง (Mantell, 2010)

ความบกพร่องด้านการรับรู้ (Perceptual impairment) การบาดเจ็บสมองทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว สับสน สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ และเกิดเข้าใจได้ยากทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (Woodward & Mestecky, 2011)

ความบกพร่องด้านความตั้งใจ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีพยาธิสภาพบริเวณแกนสมองหรือบริเวณ Prefrontal area ทำให้สมาธิสั้นลง การตอบสนอง การคิดและการตัดสินใจช้า พบได้ในระยะ 1-3 เดือน หลังการบาดเจ็บสมอง

ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร จากการบาดเจ็บสมองบริเวณ Superior temporal gyrus หรือบริเวณ Wernicke's area ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความสำคัญในการแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน พบว่าผู้ป่วยสามารถพูดได้ แต่มีความบกพร่องในการเข้าใจสิ่งที่พูดและเขียน พูดได้แต่จับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม หากมีพยาธิสภาพในบริเวณของ Broca's area ซึ่งอยู่บริเวณส่วนหลังของสมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวริมฝีปากและอวัยวะภายในช่องปาก ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในสิ่งที่เห็น หรือสิ่งที่คนอื่นพูด แต่ไม่สามารถพูดหรืออธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้

ความบกพร่องด้านการควบคุม เป็นความบกพร่องด้านความสามารถของบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย และแสดงออกของพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีความสนใจ ความตั้งใจ การวางแผนการ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกต่อสังคมไม่เหมาะสมหรือเกิดพฤติกรรมเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง (Woodward & Mestecky, 2011)

ความบกพร่องด้านบุคลิกภาพและด้านพฤติกรรม (Personality and behavioral impairment) เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วน Frontal lobes ทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีพฤติกรรมในสังคมไม่เหมาะสม แสดงถึงพฤติกรรมเหมือนเด็ก ถีตตนเองเป็นสำคัญ ขาดการเอาใจใส่ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ปราศจากอารมณ์และความรู้สึกและอารมณ์ (Woodward & Mestecky, 2011) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเปลี่ยนแปลงง่าย แยกตัวมีพฤติกรรมของการพูดซ้ำ มีพฤติกรรมที่พึ่งพาบุคคลอื่น บางรายมีพฤติกรรมหรืออารมณ์รุนแรงได้

2. ผลกระทบต่อจิตใจ

การได้รับบาดเจ็บสมอง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อด้านจิตของผู้ป่วยด้วย ซึ่งผลกระทบด้านจิตที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับความบกพร่องด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระและต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะ พื้นฐานด้านจิตใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งบทบาทและหน้าที่และสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ปัญหาด้านจิตใจที่พบ ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุด ร้อยละ 10-77 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้สูงถึงร้อยละ 14 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เสียชีวิตทั้งหมด

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นผลที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากอาการภายหลังที่สมองได้รับความกระทบกระเทือน โดยการได้รับบาดเจ็บสมองด้านขวามีโอกาสเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่าการได้รับบาดเจ็บสมองด้านซ้าย

การสูญเสีย (Loss) ได้แก่ การสูญเสียการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด สติปัญญา รวมถึงการสูญเสียคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว การตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคลแตกต่างกัน ดังนี้ 1) ความรุนแรงของการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ และการมีเพศสัมพันธ์ 2) สภาพทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมทำให้ขาดรายได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต 3) สังคมและวัฒนธรรม และ 4) กลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในขณะที่เกิดการสูญเสีย

อาการก้าวร้าวและอาการกระวนกระวาย (Aggressiveness and agitation) การที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองทั้งแบบรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก มีก้อนเลือดภายในสมอง หรือการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บชนิดที่มีการแทงทะลุเข้าไปในกะโหลกศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่มากระตุ้น เกิดการสับสน ไม่สามารถจัดระบบความคิดและยับยั้งพฤติกรรมที่แสดงความก้าวร้าว

อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม (Mood and affect lability) เกิดจากการได้รับบาดเจ็บของสมองบริเวณ Orbitofrontal cortex ผู้ป่วยจะมีการแสดงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากอารมณ์หนึ่งเป็นอีกอารมณ์หนึ่งอย่างรวดเร็ว เช่น จากอารมณ์ที่มีความสุข โกรธ ฉุนเฉียวง่ายในช่วงเวลาสั้นๆ ความบกพร่องด้านร่างกายและความบกพร่องด้านการรู้คิดเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม

3. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองทำให้มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น เนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยวินิจฉัย เช่น การตรวจภาพด้วยรังสีคอมพิวเตอร์สมอง การรักษา การผ่าตัด กรณีผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวเกิดความพิการจากการบาดเจ็บ ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติหรือต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้

2.1.5 ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ดูแล

ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่สมองและมีการสูญเสียสมรรถภาพ ทำให้เกิดความพิการ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด จึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลแบบทดแทนทั้งหมดและการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกและจากการที่ผู้ป่วยยังมีรอยโรคหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยพบว่าญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยถึง 16-24 ชั่วโมง/วัน เป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่

ปวดหลัง ปวดเข่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องจากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และเกินกำลังของตนเอง นอกจากนั้นอาการปวดหลังยังบ่งบอกถึงสภาพจิตใจ ที่มีสาเหตุมาจากความเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาระที่ผู้ดูแลรับไว้นั้น นับวันยิ่งใหญ่มากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่า ผู้ดูแลต้องการพักจากภาระต่างๆ

อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดภาวะแทรกซ้อน และยังทำให้มีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อให้การดูแลด้วยเช่นกัน มีปัญหาทางสุขภาพมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว การดูแลผู้ป่วยทำให้เวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวอาจเกิดอาการกำเริบได้ หรืออาจเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มขึ้น

นอกจากนั้นพบว่า ในระยะ 6 เดือนภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทำให้แบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้นานอนหลับ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายตามมา นอกจากนั้นยังพบอาการทางกายที่เกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้อาเจียน และเบื่ออาหาร เป็นต้น รวมทั้งผู้ดูแลต้องเผชิญความเครียดเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดการตกภูมิต้านทานของร่างกาย ทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ดูแลต้องปรับสภาพจิตใจให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งการประสบอุบัติเหตุของผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลโดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกภายหลังการบาดเจ็บ และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดในระดับสูง ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล และเครียดเมื่อเกิดเหตุการณ์กับผู้ป่วย นอกจากนี้ความเครียดยังอาจเกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแล ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย หรือไม่อาจจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉาะหน้าได้ ผู้ดูแลอาจรู้สึกถูกคุกคาม เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ไม่เข้าใจตนเอง อ่างว้าง โดดเดี่ยว หรือบางรายเกิดการเจ็บป่วยทางกาย ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจของผู้ดูแล จึงเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง โดยสามารถเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ดังนี้

อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียของที่รักไป ผู้ดูแลมีความรู้สึกสูญเสียผู้ป่วยทั้งๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนแปลงไป หรือผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจำผู้ดูแลได้

ความรู้สึกผิด ในบางครั้งผู้ดูแลอาจมีการทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม แล้วมักจะรู้สึกผิดกับการกระทำของตนเอง

ความโกรธ ผู้ดูแลอาจรู้สึกโกรธตัวเอง โกรธผู้ป่วย โกรธเจ้าหน้าที่บุคลากรสุขภาพ ที่ไม่สามารถให้การรักษาหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

ความรู้สึกโดดเดี่ยว จากภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง เสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

3. ผลกระทบต่อสังคม

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว การรับหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทำให้ต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างบทบาทหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัว การปรับบทบาทหน้าที่ที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนนี้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองจะมีความบกพร่องด้านร่างกาย สูญเสียความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนมีพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกายพฤติกรรม และแยกตัวออกจากสังคม รวมทั้งการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลไม่

มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาในการดูแลครอบครัว ไม่มีเวลาเข้าสังคม มีอุปสรรคในการร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือชุมชน ทำให้ไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้ หรือรู้สึกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมขาดเพื่อน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงสังคม

4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

การบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งเป็นภรรยา ที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้จะมีหน้าที่ในการทำงานหารายได้มาดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองทำให้มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาร่วมวินิจฉัย กรณีผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวเกิดความพิการจากการบาดเจ็บ ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติหรือต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้

2.3 แนวคิดผู้ดูแล และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2.3.1 ความหมาย แนวคิด และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ความหมายของผู้ดูแลมีการกล่าวไว้หลากหลาย Wood (1991) อธิบายว่า ผู้ดูแลหมายถึง บุคคลซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย โดยให้การสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ Davis (1992) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพพลภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือด ส่วนทางการพยาบาล Orem (1995) ได้ให้ความหมายของ ผู้ดูแล ว่าเป็น บุคคลที่ให้การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยช่วยดูแลส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ เช่น สามี ภรรยา หรือญาติ เป็นต้น สำหรับประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย อธิบายไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล ดังนี้ (Horowitz, 1985)

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ช่วยดูแลเรื่องการ

ซึบถ่าย ทำความสะอาดแผล ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอมากกว่าคนอื่น ๆ

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อประสานงานกับชุมชนหรือสังคม ดูแลเรื่องการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง และทำหน้าที่ช่วยเหลือในการจัดการด้านอื่น ๆ ต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น บิดามารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือเพื่อนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การดูแล เพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเป็นอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องทำทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ควบคู่กันไป ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้ ได้แก่ การฟื้นฟูทางร่างกาย การฟื้นฟูทางด้านจิตใจ และอารมณ์ มีรายละเอียดดังนี้

การฟื้นฟูทางร่างกาย เป็นการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การซึบถ่าย โดยผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลกระตุ้นผู้ป่วยให้มากที่สุด และผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ การดูแลในเรื่องเหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องได้รับคำแนะนำอย่างถูกวิธีจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด รวมทั้ง การบริหารร่างกายอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำอย่างถูกวิธี ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวแขนขา ลำตัว และใบหน้า โดยผู้ดูแลผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด และช่วยทำร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเริ่มเกิดขึ้นภายในเวลาตั้งแต่ 3 เดือนแรกที่เกิดโรค และอาการค่อยๆ ดีขึ้น เรื่อยๆ ตามลำดับจนกระทั่งถึง 6 เดือน หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก อย่างไรก็ตามอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายอาจจะมีการฟื้นฟูสภาพของโรคไปได้เรื่อยๆ จนถึงเวลา 2 ปี ภายหลังจากเกิดโรค สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักและมีความพิการมากตั้งแต่เริ่มต้น มักพบว่า การฟื้นฟูสภาพของโรคจะมี ชัดจำกัดธรรมชาติการฟื้นตัว อาการหรือความสามารถในการฟื้นฟูสภาพ ขึ้นกับ 2 กลไกได้แก่ การฟื้นฟูสภาพของระบบประสาท เช่น การยุบวมของสมอง การไหลเวียนเลือด ของสมองที่ดีขึ้น ท ำให้ระดับปัญหาทางระบบประสาทลดลง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนแรก เช่น ก ล้างของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น พูดได้ดีขึ้น กลไกที่สองคือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ซึ่งเป็นารเพิ่มขึ้น ของระดับความสามารถที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจ แรงจูงใจ ความช่วยเหลือจากสังคม ครอบครัวและญาติ ส่วนใหญ่จะ มีการฟื้นตัวเร็วในช่วง 6 เดือนแรก ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงและฟื้นฟูสภาพของระบบประสาทตามลำดับ คือ ในระยะแรกโดยส่วนใหญ่แล้วแขน ขาข้างที่เป็นอัมพาตจะไม่สามารถขยับเคลื่อนไหวได้สภาวะของกล้ามเนื้อจะอยู่ในสภาพอ่อนปวกเปียก ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดอยู่ประมาณ 48 ชั่วโมงต่อมารีเฟล็กซ์จะค่อยๆ กลับคืนมา การเคลื่อนไหวของ กล้ามเนื้อจะเริ่มเกิดขึ้นในระยะตั้งแต่ 2-30 วัน (2-4 สัปดาห์แรก) ปกติแล้วกลุ่มกล้ามเนื้อที่อยู่ส่วนต้น เช่น หัวไหล่ จะเกิดการเคลื่อนไหวกลับคืนมาก่อนกลุ่มกล้ามเนื้อส่วนปลาย เช่น กล้ามเนื้อของมือ นิ้วมือ ปัญหากรรมเนื้ออ่อนแรงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาในการ ควบคุมกล้ามเนื้อ ไม่สามารถสั่งการให้มีการเคลื่อนไหว ในระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและมี ความตึงตัวลดลง ต่อจากนั้นจึงค่อยๆ ฟื้นตัวขึ้นตามแบบแผนเฉพาะ โดยเริ่มมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ต่อมากกล้ามเนื้อหดตัวพร้อมกันเป็นกลุ่มๆ (synergy pattern) และจะแยกสั่งการกล้ามเนื้อได้ในที่สุด ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสภาพดีขึ้นตั้งแต่ช่วง 2-3 วัน ถึง 3 เดือนแรกหลังเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งเข้าสู่ระยะพักฟื้นและดูแลต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน ถ้าได้รับการดูแลไม่ถูกต้องเกิด ปัญหาที่ตามมาเนื่องจากการไม่ได้เคลื่อนไหว สาเหตุใหญ่สืบเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยที่ท ำให้มีการ อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ร่างกายมีการจำกัดการเคลื่อนไหว และเกิดผลกระทบอื่นๆ ตามมา ได้แก่ภาวะ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ และปอดอักเสบ เป็นต้น 2. บทบาทในการประคับประคองหรือสนับสนุนด้านจิตใจ บทบาทของผู้ดูแลทั้งขณะที่อยู่ใน โรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากจะให้การดูแลโดยตรงแล้ว ยังจะต้องให้การประคับประคองสนับสนุน ทางด้านอารมณ์และจิตใจร่วมด้วย 3. บทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ดูแลจะมีบทบาทในการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่าย ในการซื้ออุปกรณ์ ต่างๆ สำหรับให้การดูแลและอ ำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลบางรายอาจต้องเสีย ค่าใช้จ่าย ในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมอีกด้วย 4. บทบาทในการประสานงานหรือจัดการ โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคคล บุคลากรหรือองค์กรด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับบริการต่างๆ ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับ สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง รวมทั้งระหว่างการด าเนินการรักษาตามระบบการแพทย์ สมัยใหญ่กับการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย

การฟื้นฟูทางจิตใจและอารมณ์ ปัญหาทางสภาพจิตใจของผู้ป่วย อาจเกิดจากรอยโรคของสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า หรือการติดต่อสื่อสารความสามารถในการทำหน้าที่ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า

ซีมิเคร้า เครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิดได้ง่าย หากมีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง ผู้ป่วย ควรได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ และในส่วนของผู้ดูแลควรมีความเข้าใจผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้กำลังใจ ในการทำสิ่งต่างๆ การหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ งานอดิเรก การออกกำลังกาย หรือการฟังเพลงก็จะ ช่วยในด้านอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ การดูแลร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลด้านจิตใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การดูแลร่างกาย (Physical caring behaviors) ประกอบด้วยการให้ดูแล 2 ส่วน คือ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ อุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ กิจกรรมตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน โดยการดูแลให้การช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่ สามารถทำได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองได้มากขึ้น ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการ ส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551)

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลง เกี่ยวกับความรู้สึก และการรับรู้ความสามารถในการตัดสินใจต่อสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหวใน การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายลดลง ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ ดังนี้ (Woodward & Mestecky, 2011)

1) การป้องกันการสำลัก ผู้บาดเจ็บสมองในระดับปานกลางถึงรุนแรง เมื่อฟื้นระยะ วิกฤตบางรายอาจมีปัญหาในด้านการกลืน เนื่องจากการลดลงการควบคุมริมฝีปากและลิ้น มีความ ผิดปกติในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลิ้นทำให้ลิ้นทำงานผิดปกติ ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการสำลัก ดังนั้นควรจัดให้ผู้บาดเจ็บสมองอยู่ในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ในขณะที่ให้อาหาร และ 1 ชั่วโมง ภายหลังจากให้อาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่รับประทานอาหารได้เอง ผู้ดูแลควรมีการจัดเตรียม อาหารที่ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนได้ง่าย ในผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยางผ่านจมูกหรือปาก ผู้ดูแล จะต้องตรวจสอบให้แน่ใจทุกครั้งก่อนให้อาหารว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหาร และตรวจการทำงานของ ลำไส้ตรงปริมาณอาหารที่ค้างค้างจากการให้มาก่อน ขณะให้อาหารควรให้อาหารผ่านทางสายยาง ช้าๆ สำหรับในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีคอท้อเจาะคอหรือมีเสมหะและน้ำลายมาก ผู้ดูแลต้องดูแลให้ ทางเดินหายใจโล่งก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำลักที่อาจเกิดขึ้นได้ (สุปราณี เสนนาดีสัย และ มณี อาภานันท์กุล, 2552)

2) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากปัญหาด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเองจะทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก

ต่างๆ ของร่างกาย เนื่องจากมีความบกพร่องของการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายในด้านความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเปลี่ยนท่านอน ทำให้มีแรงกดเฉพาะที่เกิดขึ้น ร่วมกับความคงทนของเนื้อเยื่อลดลงจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขยับถ่ายได้ มีปัสสาวะมาก ผิดปกติเกิดความชื้นแฉะของร่างกาย และมีภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551) ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยวิธีการยกแทนวิธีการลากตัวผู้ป่วย มีการจัดทำผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่ให้เกิดการลื่นไถล ช่วยนวดบริเวณปุ่มกระดูกและหลังอย่างนุ่มนวลเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต จัดหาหมอนหรือฟองน้ำรองบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ เพื่อลดแรงกดของผิวหนัง ดูแลความสะอาดของร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าและเครื่องนอนของผู้ป่วยไม่ให้ยับ (สุปราณี เสนนาดีสัย และ มณี อาภานันท์กุล, 2552)

3) การป้องกันข้อติดแข็ง เกิดจากผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือ ออกกำลังกายข้อต่างๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและและสรีรวิทยาของเนื้อเยื่อประสานที่ เรียงตัวกันหลวมๆ ถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อที่เรียงตัวกันแน่นขึ้น และกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อต่อหดสั้นลง ส่งผลให้เกิดข้อติดแข็ง ทำให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยข้อติดแข็งที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อศอก ข้อมือ นิ้วมือ สะโพก เข่าและเท้า ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแล โดยการช่วยเหลือให้ผู้บาดเจ็บสมอง มีการเคลื่อนไหว มีการออกกำลังกายโดยการหมุนข้อตามองศาของข้อนั้น ๆ และมีการจัดทำของข้อต่างๆ ให้อยู่ในแนวปกติ โดยมีการนำหมอนมาช่วยประคองไว้ กระตุ้นให้ผู้บาดเจ็บสมองใช้แขนหรือขา ข้างที่ปกติช่วยแขนหรือขาข้างที่มีพยาธิสภาพในการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถงอเหยียด แกว่งแขนหรือข้างที่มีพยาธิสภาพ (สุปราณี เสนนาดีสัย และ มณี อาภานันท์กุล, 2552)

4) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีโอกาสที่จะติดเชื้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะได้ เนื่องจากมีความผิดปกติในเรื่องของการควบคุมการขยับถ่ายปัสสาวะ (Woodward & Mestecky, 2011) ทำให้มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะหรือใช้วัสดุรองรับ ภายนอก เช่น ถุงพลาสติก ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น ดังนั้นเป้าหมายของการให้การดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งที่จะป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในเรื่องของการขยับถ่ายปัสสาวะ การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลให้ผู้บาดเจ็บสมองดื่มน้ำประมาณวันละ 2,500-3,000 มิลลิลิตร/วัน ถ้าไม่มีข้อห้าม การเปลี่ยนสายสวนและวัสดุรองรับภายนอกอย่างสม่ำเสมอ (สุปราณี เสนนาดีสัย และ มณี อาภานันท์กุล, 2552)

5) การป้องกันโรคปอดอักเสบและปอดแฟบ เป็นภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดิน หายใจที่พบมากที่สุดใผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่นอนนาน โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ผู้ดูแล จำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบและปอดแฟบ โดยการพลิกตะแคงตัวให้

ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้อาหารแก่ผู้ป่วยอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการสาลักอาหารซึ่งจะทำให้เกิดปอดอักเสบได้ (Woodward & Mestecky, 2011)

6) การป้องกันการลืบของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เป็นสาเหตุทำให้เกิดการลืบของกล้ามเนื้อในช่วงที่มีพยาธิสภาพ โดยจะทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังและความตึงตัวลดลง ผู้ดูแลจึงต้องมีการกระตุ้นและช่วยเหลือในการออกกำลังกาย และเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาอย่างสม่ำเสมอ ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยออกกำลังกายแขนและขาให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

7) การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่นอนนานๆ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวให้อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ออกกำลังกายให้ผู้ป่วยโดยการหมุนข้อตามองศาของข้อนั้นๆ ใช้หมอน หรือวัสดุรองปลายเท้าให้สูงขึ้น และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

8) การป้องกันอุบัติเหตุ การที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความบกพร่องด้านร่างกายทำให้ความสามารถการเคลื่อนไหวลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และความรู้สึก ความผิดปกติด้านสติปัญญา ความจำ ภาษาและการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ (Woodward & Mestecky, 2011) ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดลอมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการเก็บสิ่งของมีคม เคลื่อนย้ายสิ่งกีดขวางที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายออกไป จัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม เช่น ไม้ค้ำยัน รถเข็น เครื่องพยุงตัว เป็นต้น และตรวจสอบอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีทุกครั้ง ดูแลให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

นอกจากนี้ยังมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น (Woodward & Mestecky, 2011) ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมาตรวจตามที่แพทย์นัด เพื่อให้แพทย์ได้ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการตรวจดูอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดูแลสังเกตอาการข้างเคียงของยา และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง อาเจียนพุ่ง ชัก สับสนมากขึ้น เอะอะไว้วาย หรือซึมหลับตลอดเวลา ถ้าพบอาการผิดปกติควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้านการคิดและการตัดสินใจ ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและอยู่ในภาวะพึ่งพา ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจะต้องดูแลตามความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการขั้นพื้นฐานและช่วยฟื้นฟู สภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองหรือมีชีวิตอยู่ได้ภายใต้ข้อจำกัดซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความ เจ็บป่วยและต้องการให้การดูแลผู้ป่วยในการจ กัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจท าให้กลับเป็นซ้ำอีก ซึ่ง ความสามารถของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยซึ่งเป็นทั้งปัจจัยเสริมและเป็นอุปสรรค ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่

1. คุณลักษณะของผู้ป่วยที่มีระดับการสูญเสียมาก หรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยงระยะเวลานานทำให้เกิดความพร่องทางระบบประสาทหรือมีรอยโรคหลงเหลือมาก ทำให้เกิดปัญหาสูญเสียความสามารถในการ ควบคุมหรือเคลื่อนไหวร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง สูญเสียความสามารถในการคิด ตัดสินใจ การพูด เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลต้องใช้เวลาฟื้นฟูสภาพเป็น ระยะเวลานาน และเป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด นอกจากระดับความรุนแรงที่เกิดกับร่างกายแล้ว ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตสังคมของ ผู้ป่วยมีผลต่อการดูแลเช่นกัน ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับและปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ จะท าให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาสภาพอารมณ์ที่ผันแปรง่าย โดยไม่มีเหตุผล ต้องการการดูแล ตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจผู้ป่วย มีความพยายามและอดทนอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยกับผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกและมีการสูญเสียด้านความคิดและ ความจำร่วมด้วย เกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีกเพียงอย่างเดียว ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับภาระการ ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลที่รับรู้อาการของผู้ป่วยรุนแรงมีความพิการปรากฏให้เห็นค้องทุพพการดูแล เป็นอย่างมาก ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วย และสถานการณ์ในการดูแลทำให้เกิดความไม่ แน่ใจ อาจรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจที่

จะแสวงหาวิธีการดูแลได้ แต่ในบางครั้งความพิการของผู้ป่วยพบ เห็นผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย นั้น กลับเป็นแรงผู้ดูแลในการทำให้ผู้ป่วยหายหรืออาการดีขึ้น ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนหาแหล่งที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ และการเรียนรู้ การรับรู้ส่วนบุคคลของผู้ดูแลเอง ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความต้องการพึ่งพา ทางสังคมได้เป็นอย่างดี ซึ่งความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมีกิจกรรมที่สำคัญเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การแต่งกาย การเดิน การเดินทางออกนอกที่พัก การอาบน้ำ และการขับถ่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมสามารถบอก ระดับการพึ่งพาสังคมของผู้ป่วยได้ โดยสามารถนำมา แบ่งระดับการพึ่งพาสังคมได้เป็น 3 ระดับ คือ พึ่งพาน้อย พึ่งพามาก พึ่งพามาก ซึ่งแบบสัมภาษณ์การพึ่งพานี้มีความคล้ายคลึง กับการวัดการ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือความพิการที่เกิดกับผู้ป่วยซึ่งสามารถ แบ่งระดับ ความพิการออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่มีความพิการรุนแรงมาก (Very severe disability) ระดับที่ มีความพิการรุนแรง (Severe disability) ระดับที่มีความพิการปานกลาง (Moderate disability) ระดับที่มีความพิการ (Mild disability) และระดับปกติไม่มีความพิการ (Normal) ซึ่งทั้งระดับการ พึ่งพา สังคม และระดับความพิการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น

2. คุณลักษณะของผู้ดูแลและคุณลักษณะของผู้ดูแลที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยมีอยู่หลาย องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งมีพยาธิสภาพที่สมอง ทำให้ให้เกิดอาการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลที่เกินกว่าการดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องมีทักษะการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อทางเดินหายใจ การทำแผล การดูแลให้ยา เป็นต้น ดังนั้นความรู้ของผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นที่สำคัญที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองสูง สามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระของการรับรู้ความสามารถของ ตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น บางอย่างสำเร็จ (Bandura, 1986) การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจึงถือเป็นแรงจูงใจภายในที่ สำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังความสามารถที่เสริมอำนาจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Orem, 1995)

2.3 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมี ภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ดูแล

ตนเองไม่ได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทดแทน ดูแลในกิจกรรมด้านรักษาพยาบาล เช่น ดูแลคนไข้ การให้อาหารทางสายยาง และยังคงดูแลในกิจกรรมฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่อ การนวด การฝึกเดิน การยกผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงการพาผู้ป่วยไปติดตามการรักษาต่อเนื่องด้วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลาจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเช่นกัน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลย่อมมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่และความตั้งใจ ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการระหว่างการดูแลตนเองกับการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ มีการกระทำที่มุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล รวมทั้งความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองคือ การสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเองตามแบบดั้งเดิมและตามแบบการดูแลสมัยใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.4 แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อเวลา และการให้คุณค่าในการจัดการดูแลที่แตกต่างกัน เนื่องจากความจำเป็นของภาระหน้าที่เป็นประจำซึ่งต้องทำควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเร่งรัดผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นผลให้เกิดความเครียดเกิดความเบื่อหน่ายเนื่องจากการมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง เมื่อใดที่กิจกรรมในการดูแลลดลงผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา

2.5 อายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย บุคคลอายุมากผ่านประสบการณ์ในชีวิตและปัญหาต่างๆ มากกว่าบุคคลอายุน้อย ยิ่งอายุมากกิจกรรมในครอบครัวและสังคมก็ลดน้อยลง ความคาดหวังที่ตนเองมีต่อผู้อื่นหรือมีต่อตนเองก็น้อยลงไปด้วย มีการยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และสามารถเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดในชีวิตได้ดีกว่า สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการเวลาและสัมพันธภาพทางสังคมผู้ที่มีอายุมากมีน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย รวมทั้ง ความต้องการด้านกำลังใจ การลดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยอีกด้วย

2.6 ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูล ความรู้ต่างๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ได้ดี การศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและมีการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องกว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำกว่า นอกจากนั้นการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล การศึกษาสามารถทำให้สามารถเรียนรู้ได้ ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการดูแลโดยทั่วไปและความต้องการการดูแลที่เป็นไป ตามปัญหาสุขภาพได้ดี นั่นคือระดับการศึกษามีผลสะท้อนต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในภาวะที่มีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะพบกับความยุ่งยากกับการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการ ดูแลแต่ละครั้งเป็นเวลานาน ระบุว่ากิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องยุ่งยากและเป็นการเพิ่มภาระเป็นอันมาก

2.7 เพศของผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล เพศที่ต่างกันจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน และพบว่าเพศหญิงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลในครอบครัว เพศหญิงรับบทบาท เป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมักถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัวเท่านั้น เป็นผลให้การทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ชาย ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมาก และพบว่าเพศชายผู้ให้การดูแลจะมีกิจกรรมการดูแลมากกว่า เพศหญิง เนื่องจากกิจกรรมการดูแลของผู้ชายไม่สามารถนำมารวมเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ได้ ลักษณะการดูแลของผู้ชายจะเป็นการให้การสนับสนุนจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งการจัดการเรื่องการเงินที่ใช้ในการดูแล แต่เพศหญิงซึ่งมี หน้าที่ในการเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน สามารถนำกิจกรรมการดูแลและงานบ้านมารวมเป็น ส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจึงสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลได้เร็วกว่าและง่ายกว่า ทั้งนี้เนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่ไวต่อ ความรู้สึกของบุคคลอื่น และการดูแลผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมหลายอย่างบางครั้ง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ มีความสนใจและเอาใจใส่ ผู้ป่วยลดลง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง เกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยตามมาได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจ ความเห็นใจ และความสงสียงที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกนี้จะเป็แรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการ ดูแลผู้ป่วย (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรสาวกับมารดา มีผลต่อการดูแลทำให้ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ มีความสุขในการดูแลมารดา รู้สึกว่าการดูแลเป็นสิ่งที่น่าสนใจ การดูแลเป็น รางวัลที่ดี นำสิ่งที่ดีมาสู่ตน และการดูแลเป็นเรื่องง่าย ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชีวิตผู้ป่วยถ้าหากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลให้การ

ดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย ดูแล เอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีกำลังใจและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นสัมพันธภาพที่ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลจึง เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง เป็นการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

4. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และ สภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างเพียงพอจะรับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยลดลง การได้รู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการ แสดงถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือและกำลังใจจากบุคคลเครือข่ายในสังคมของ ผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ช่วยลดการตอบสนองด้านอารมณ์ โดยให้ออกาสในการระบายความรู้สึก การปลอบใจ หรือแนะนำวิธีการผ่อนคลาย และช่วยให้ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่จะช่วยเหลือโดยมุ่งประเด็นปัญหาโดยตรงที่มีอยู่ให้เล็กลง ทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเองได้ อีกทั้งผู้ดูแลอาจได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งการเงิน วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแล ซึ่งจะลดปัญหาเศรษฐกิจของผู้ดูแลลงได้ เกิดความสะดักสะบายใน การปฏิบัติการณ์ดูแลมากขึ้น และเครื่องมือบางอย่างลดงานการดูแลเวลาในการปฏิบัติการณ์ดูแลจึงลดลง ความเหนื่อย อ่อนเพลียด้านร่างกายที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยจึงลดลงด้วย ซึ่งจะทำให้การรับรู้ถึงความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985)

5. เศรษฐฐานะทางสังคม การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะเวลาานานผู้ดูแลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยร่วมด้วย รายได้ของผู้ดูแลจะมีส่วนสัมพันธ์กับภาระการดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้มักจะมีความรู้สึกถึงความเป็น ภาระค่อนข้างสูงรายได้ของครอบครัวเป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นเครื่องชี้ให้เห็น ถึงความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน ปัญหาการเงินก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้ง ผู้ป่วยตามมาได้เงินเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาพยาบาล เป็น ค่ายา ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือมีเศรษฐฐานะดีจะได้รับความเดือดร้อนในด้านค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ครอบครัวที่มีรายได้หรือเศรษฐฐานะต่ำ และมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า ส่วนครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงานเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ความสนใจ ความต้องการการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง รวมถึงการดูแลตนเองก็น้อยลงด้วย

6. ระยะเวลาในการดูแลระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงประสบการณ์ หรือ ทักษะในการดูแลที่มีผลต่อ ความชำนาญและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ผู้ดูแล ที่มีประสบการณ์ในการ ดูแลในระยะเวลาอันสั้นจะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การ ปรับตัวตลอดจนความช่วยเหลือต่างๆ เป็นอย่างมากในระยะที่เริ่มดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้น ได้เคยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นความ ต้องการในสิ่งที่เคยต้องการทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไปหรือต้องการน้อยลง การดูแลผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยยังมี สภาพอาการไม่ดีขึ้นและ ผู้ดูแลต้องดูแลด้วยระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เปื่อ หน่ายได้ การศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2539) พบว่าระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทาง ลบกับความต้องการการ ดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล ซึ่งให้เห็นว่าระยะเวลาการดูแลที่ ยาวนานแต่กิจกรรมการเลี้ยงดูน้อยลง อย่างไรก็ตามแม้ว่าบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน จะมีประสบการณ์ ทักษะ และมีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยแล้ว แต่การเผชิญกับความไม่แน่นอน ของโรคและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาที่มีส่วนในการ กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความ เครียดที่ต่อเนื่องได้ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดการรับรู้ว่าเป็นภาระได้ทำให้ ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพได้

7. สังคม ประเพณีและวัฒนธรรม สังคม ประเพณี และวัฒนธรรม จะกำหนดบทบาทของ บุคคลในการทำหน้าที่ต่างๆ การดูแลผู้ป่วยตามพื้นที่และบริบทของสังคมไทยก็จะมี ความเชื่อใน ความกตัญญูการทดแทนบุญคุณ การให้ความเคารพต่อบุพการีผู้มีพระคุณ ผู้อาวุโสหรือแม้แต่การถือ เป็นหน้าที่ของสามี-ภรรยาที่ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการ เจ็บป่วยและต้องการการช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวจะรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องให้การดูแล ลักษณะ ทางสังคมดังกล่าวมีผลให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับนับถือและได้รับการยกย่องจากสังคม ซึ่ง เป็นปัจจัยเสริมบทบาทของผู้ดูแล เป็นผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ซึ่งตามบริบทความเชื่อทางสังคม และวัฒนธรรมไทยผู้ช่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการแสวงหาวิธีทางแผนโบราณมาทดลอง ร่วมกับการ รักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันด้วย เช่น การนวด การใช้ยาต้ม ยาขง ยาลูกกลอน สมุนไพร การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การฝังเข็ม การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ตลอดจนการ ประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ เป็นต้น การใช้บริการทางเลือกเหล่านี้เกิดจากการบอก เล่าต่อๆ กันมา การลองเผื่อจะมีโอกาสหายวัฒนธรรมและสังคมตะวันตกส่วนใหญ่จะยึดถือในเรื่อง ความเป็นอิสระ เสรีภาพ เป็นพวกวัตถุนิยม มีการพึ่งพาเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลรักษาโรค มี องค์การตลอดจนการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้โดยง่าย ทำให้สามารถค้นคว้าหาแหล่ง ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และการดูแล ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลได้ ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนใน สังคมตะวันออก หรือกับสังคมไทย ซึ่งยังต้องพึ่งพากันเองในครอบครัว

และญาติเป็นสำคัญ ซึ่งความผูกพันจากการสมรสทำให้ผู้ดูแลต้องรับรู้ถึงหน้าที่รับผิดชอบเป็นอย่างมาก และคาดหวังว่าจะดูแลผู้ป่วยให้สมบูรณ์ที่สุดประกอบกับการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อยจึงทำให้ ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้ามาก

8. ศาสนา ศาสนามีส่วนในการปลูกฝังความคิดและความเชื่อให้แก่บุคคล ซึ่งแต่ละศาสนามีจุดมุ่งหวัง ที่จะสอนให้คนกระทำ ความดี เช่น ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธ มักจะเชื่อว่า การดูแลเป็นเรื่องของกรรมเก่าที่ได้กระทำมาในอดีต เป็นเรื่องของบุญและบาป ถ้าดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีถือว่าเป็นบุญกุศล แต่ถ้าให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดี ทอดทิ้งผู้ป่วยจะถูกมองว่าเป็นคนบาป ออกตัญญู

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จำเป็นต้องได้รับการดูแลและพึ่งพาสังคม ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ในบริบทของสังคมไทยมักเป็นญาติ หรือบุคคลในครอบครัวการดูแลผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลายาวนานจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถฟื้นตัวและกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ เมื่อผู้ดูแลต้อง เผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยลำพังไม่มีผู้ช่วยเหลือเหมือนขณะอยู่ที่สถาน การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านถือเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ บุคคลจะจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติที่มีอยู่ในตน มีวิธีการแก้ปัญหาหรือจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ด้วยตนเอง โดยการพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยหรืออิทธิพลอื่นที่เข้ามามีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล ทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ ส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณีของแต่ละบุคคล ที่ยึดถืออยู่

2.3.3 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล

1. ความสำคัญของการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาพยาธิสภาพการดำเนินของโรค ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาล (กองการพยาบาล, 2544) การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย มีความรู้ ทักษะ มีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัญหาและต้องการการดูแลของผู้ป่วย การขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความต้องการความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Lefebvre, & Levert, 2012) เนื่องจากในระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาทของผู้ดูแล ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การปรับตัวให้เข้ากับการใช้ชีวิตในสภาพที่บ้าน ที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับ

การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมที่บ้าน การเรียนรู้การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพ และการประสานขอความช่วยเหลือทางสังคม ด้านผู้ดูแลในระยะนี้จะเกิดความวิตกกังวล ความไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัว การดำเนินชีวิตส่วนตัว เช่น การไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัว การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ สัมพันธภาพต่อครอบครัวและเพื่อนที่ลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการจัดการเมื่อเกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและผลกระทบจากบทบาทของผู้ดูแล และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม (Cameron & Gignac, 2008)

2. องค์ประกอบในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งมีพยาธิสภาพที่สมองทำให้เกิดอาการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลที่เกินกว่าการดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องมีทักษะการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อทางเดินหายใจ การทำแผล การดูแลให้ยา เป็นต้น ดังนั้นความรู้ของผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นที่สำคัญที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย องค์ประกอบในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ

ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงรายละเอียดและขั้นตอนของการรักษา รวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งข้อมูลที่ให้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ การพาผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา ซึ่งจะต้องอธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการรักษา ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัว ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลเหล่านี้ชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดคตความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญ และสามารถเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลอาจเกิดขึ้น โดยลักษณะของข้อมูลจะเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ความรู้สึกเมื่อเกิดความเครียด การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจได้ เนื่องจากผู้ดูแลจะสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้น และแปลความหมายของข้อมูล ตามความรู้ความเข้าใจได้อย่างถูกต้องชัดเจน

ข้อมูลด้านจิตใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลด้านภาวะจิตใจจะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดที่เกิดขึ้นได้ โดยการความรู้เกี่ยวกับ

ความเครียดรวมทั้งสาเหตุของการเกิดอาการดังกล่าว และการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง รวมทั้งการอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ตรงตามความเป็นจริง เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ การพาผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่อนคลายความเครียดได้

นอกจากนั้น ควรมีการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่

ความรู้ในการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ดูแล ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และยังเหลือเวลาส่วนตัวเพื่อการพักผ่อน ประกอบด้วย

- 1) การวางแผนบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในแต่ละวัน
- 2) การจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม
- 3) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์การให้อาหารและน้ำ

อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

4) จัดเวลาให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยเรียงกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน เช่น หลังจากตื่นนอนการดูแลความสะอาดร่างกาย จากนั้นดูแลเรื่องการให้อาหารและน้ำ ดูแลบริหารกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น

การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นประจำ เพื่อขจัดสิ่งสกปรกและของเสียที่ขับออกทางผิวหนัง โดยผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถทำได้ และในรายที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยการอาบน้ำที่ห้องน้ำหรือบนเตียง ควรทำก่อนหรือหลังอาหาร 1 ชั่วโมง และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องได้รับการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

3. วิธีการในการให้ความรู้

ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการความเข้าใจ จะต้องเลือกวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี คือ

การให้ความรู้รายบุคคล เป็นการให้ความรู้ตัวต่อตัว สามารถให้ความรู้ได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้อย่าง

เหมาะสม เป็นการให้ความรู้ที่ยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ และเพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

การให้ความรู้เป็นกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ที่มีผู้รับความรู้ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิก เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

4. ข้อคำนึงถึงในการให้ความรู้

การให้ความรู้ทางการแพทย์พยาบาล เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์และทัศนคติที่ดีและการปฏิบัติที่ถูกต้อง หากผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ถูกต้องทำให้เกิดการเรียนรู้และสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ดูแลทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นได้ล่วงหน้า จะเป็นการช่วยให้สามารถควบคุมตนเอง เสริมสร้างพลังอำนาจและการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ และเป็นพื้นฐานความรู้ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก ซึ่งจะช่วยลดความเครียด และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศรีนยา ฉันทะปริดา, 2549) แนวทางในการให้ความรู้มีดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพ ควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โยการใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางที่แสดงความเป็นมิตร และการแสดงถึงการให้ความสนใจผู้รับความรู้มากที่สุด ก่อนให้ความรู้ นอกจากนั้นควรมีการประเมินอารมณ์ ความพร้อม และความต้องการรับรู้ข้อมูลของผู้ดูแลก่อนเสมอ

การใช้ภาษา ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ให้ความหมายที่ชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์มากเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้รับความรู้ไม่เข้าใจหรือแปลความหมายผิด และเกิดความกังวลขึ้นได้

ขั้นตอนในการให้ข้อมูล ควรมีขั้นตอนการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ทำข้อตกลงเบื้องต้นในการให้ความรู้ เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกได้

การจัดสิ่งแวดล้อม ควรจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้มีความเป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ความรู้

การสนับสนุนความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเหมาะสมที่สุดในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งการให้ความรู้ต่าง ๆ นี้มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดความคิดและทักษะในการแก้ปัญหา มีการปรับตัวและ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม โดยที่พฤติกรรมของมนูญ์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) พฤติกรรมดุษฎีปัญญา (Cognitive domain) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การรู้ การจำ

ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณ์ญาณเพื่อ การประกอบ การตัดสินใจ 2) พฤติกรรมคุณทศนคติ (Affect domain) เกี่ยวข้องกับ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบหรือไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ อยู่และ 3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นการใชความสามารถซึ่ง แสดงออกทางร่างกาย สามารถสังเกตได้ในสถานการณ์ต่างๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ มนุษย์ นั้นต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยทั่วไปแล้ว ถือว่า พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำใหบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ด้านอื่นๆ ตามมา

2.3.4 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงในระยะของการดูแลที่ บ้านเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบพึ่งพาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดภาวะและ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน จากการศึกษาภาวะการดูแลพบว่าภาวะที่เกิดขึ้นส่วน ใหญ่มาจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การสูญเสียระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแล ขาดความมีอิสระ และความเป็นส่วนตัวลดลง มีกิจกรรมทางสังคมลดลง สูญเสียเพื่อน การนอนหลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และหน้าที่การงาน ส่งผลให้เกิ ดผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง

อย่างไรก็ตามนักวิจัยบางคนกลับมองว่าภาวะการดูแลเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับ ความผาสุก และใช้มิติของความผาสุกอัน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและ สังคม มาอธิบายภาวะของผู้ดูแล โดยให้คำจำกัดความว่า ภาวะของผู้ดูแลหมายถึง ปัญหาสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์รับผิชอบดูแลผู้ป่วย ดังนั้นภาวะของผู้ดูแลจึงเป็นตัวบ่งบอกความไม่สุขสบายของผู้ดูแล ที่เกิดจากความรับผิชอบดูแล ผู้ป่วย อันมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และอาจทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง รวมทั้ง คุณภาพชีวิตของของผู้ป่วยลดลงด้วย จึงทำให้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลอย่างกว้างขวาง โดยการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่มักจะมองภาวะของผู้ดูแลตาม ประสบการณ์ และความรู้สึกของตนเอง ทำให้มีการให้ความหมายมากมายที่ให้ความหมายในมุมมอง ของความรู้สึก ความหมายของภาวะการดูแลว่า หมายถึง งานที่หนักของผู้ดูแล สอดคล้องกับ Montgomery การรับผิชอบในสิ่งที่ผู้ดูแลรู้สึกหนักหรือยากลำบาก ภาวะการดูแลจึงแสดงถึงปัญหา ความยุ่งยาก หรือเหตุการณ์ที่สร้างความลำบากให้แก่ผู้ป่วย มองภาวะการดูแลของผู้ดูแลว่าเป็นการ รับรู้ของผู้ดูแลถึงผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายหรือ จิตใจ ซึ่งจะส่งผลถึงการปฏิบัติกรดูแลและผลกระทบจากการดูแล โดยความบกพร่องของผู้ป่วย เป็น

การขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รวมทั้งการความสามารถทางด้านสติปัญญาของผู้ป่วย เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาระในการดูแลซึ่งนำไปสู่ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย และสัมพันธภาพภายในครอบครัว

นอกจากนั้นยังมีการอธิบายภาระการดูแล ในมุมมองของความเครียดที่เกิดจากความต้องการด้านการดูแลของผู้ป่วยกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลไม่สมดุลกัน ซึ่งความต้องการด้านการดูแลของผู้ป่วยนั้นเกิดจากความบกพร่องของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดปริมาณงานที่ต้องดูแลตามลักษณะความบกพร่องที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด และแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ดังนั้นภาระการดูแลจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแล และทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ไปในทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความโกรธ ซึมเศร้า เหนื่อยล้าและความทรุดโทรมของสุขภาพร่างกาย เป็นต้น ดังนั้นภาระการดูแลจึงเป็นสิ่งที่รับรู้ได้โดยผู้ดูแลเท่านั้น การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลจากการมองในลักษณะของปัญหา หรือผลกระทบที่เกิดจากการดูแลเพียงอย่างเดียว นั้น อาจไม่ครอบคลุมถึงภาระของผู้ดูแลทั้งหมด จึงมีข้อเสนอแนะว่าการมองภาระการดูแลสามารถมองได้ 2 มิติ (Montgomery, Gongea, & Hooyman, 1985) โดยมิติแรก คือ การมองภาระในลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น เวลาเป็นส่วนตัว และความเป็นอิสระลดลง การถูกจำกัดการเข้าสังคม เรียกภาระในมิตินี้ว่า ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective care burden) เป็นภาระกิจการดูแลที่ซับซ้อนและยาวนานผลของภาระการดูแลเชิงปรนัยทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้า การเจ็บป่วยและสุขภาพทรุดโทรม (Jung-Won & Zebrack, 2012) และมิติที่สอง เป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือในภาวะที่ยากลำบากหรือผลที่ไม่พึงปรารถนาจากการดูแลผู้ป่วย เรียกภาระในมิตินี้ว่า ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective care burden) เป็นภาระการดูแลที่ผู้ดูแลรู้สึก การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ หรือมีทัศนคติ ความเชื่อ ต่อการทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Bayen et al., 2014) ซึ่งเป็นการประเมินภาระจากการดูแลทางอ้อม ผู้ดูแลบางรายมีภาระการดูแลเชิงอัตนัยสูง เช่น ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระหนักเกินกว่าความสามารถที่ตนจะทำได้ การเกิดความไม่มั่นใจในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ การเกิดความเครียดที่ไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการผิดปกติ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551; Bayen et al., 2014) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาและความยากลำบากแก่ผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระดับปานกลางหรือรุนแรงในระยะการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องใช้

ระยะเวลา ความพยายาม และแรงงานในการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแล เป็นอย่าง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุป ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล ได้แก่

1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดขึ้น และส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งภาระการดูแลผู้ป่วยที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาเป็นของตนเอง แม้กระทั่งการดูแลสุขภาพ อีกทั้งระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

2) เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย

3) อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุมากย่อมมีประสบการณ์ที่มากกว่า ต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา จึงมีส่วนทำให้รับรู้ภาระน้อย

4) การศึกษา จะช่วยในการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถ ในการค้นหาความรู้ แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคล ที่ไม่มีการศึกษาหรือการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจและการจัดการปัญหาและภาระการดูแล

5) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวที่เป็นสายตรง จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแนบแน่นและความสัมพันธ์ใกล้ชิด ซึ่งการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบที่สูง มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ

การประเมินภาระการดูแล

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลที่แตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาระการดูแลมีหลากหลายรูปแบบด้วยเช่นกัน และยังไม่มีการมาตรฐานการประเมินที่ชัดเจน นักวิจัยส่วนใหญ่จะสร้างเครื่องขึ้นตามแนวคิด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง เครื่องมือประเมินภาระการดูแลที่ใช้ในปัจจุบันจึงมีความตรงด้านโครงสร้างแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1) การประเมินภาระการดูแลของ Montgomery Gongea และ Hooyman (1985) ซึ่งมองภาระการดูแลเป็น 2 ประเภท คือ ภาระการดูแลเชิงปรนัย และภาระการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นการมองภาระการดูแลว่าเป็นทั้งความยากลำบาก ของการปฏิบัติงานการดูแล และความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ดูแลทางลบ ที่เกิดจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือตามแนวคิดนี้ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินภาระการดูแลที่แยกมิติกันอย่างชัดเจน ซึ่งจะสามารถประเมินภาระการดูแลในแง่มุมที่แตกต่างกันได้ โดยการประเมินภาระการดูแลนี้ได้มีการพัฒนาและสร้างใหม่ให้

เหมาะสมกับคนไทยและสิ่งแวดล้อม โดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามรวมทั้งหมด 24 ข้อ ดังนี้ คือ คำถามเกี่ยวกับภาระการดูแลเชิงอัตนัย จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 12 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับภาระเชิงปรนัย จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 1 ข้อ และข้อความทางลบ 11 ข้อ และนำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .94 นำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาของการวัดทั้งหมดเท่ากับ .93 แยกเป็นภาระเชิงอัตนัยเท่ากับ .88 และภาระเชิงปรนัยเท่ากับ .89

2) การประเมินภาระการดูแลของ Obsrest (1990) เป็นการประเมินภาระการดูแลที่พิจารณาจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การดูแลระหว่างและการกระทำกิจกรรมทั่วไป โดยแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย และภาระการดูแลเชิงปรนัย ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1991 จึงสร้างเป็นแบบประเมินภาระการดูแล (Caregiver burden scale [CBS]) โดยประเมินความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลของสมาชิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีการจัดการความเครียดของ Lasarus และ Folkman ซึ่งได้ถูกดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย และสิ่งแวดล้อม โดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำไปใช้กับภรรยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในส่วนของปริมาณที่ใช้ในการดูแล ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาของการวัดทั้งหมดเท่ากับ .77 การดูแลโดยตรงมีค่าเท่ากับ .69 การดูแลระหว่างบุคคลมีค่าเท่ากับ .67 หลังตัด 13 ข้อออก ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในเพิ่มขึ้นเป็น .72 การดูแลทั่วไป .71

3) การประเมินภาระการดูแลของ Zarit (1980) ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นด้านจิตใจ ความรู้สึกที่ก่อให้เกิดความลำบาก ให้แก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการให้การดูแลผู้ป่วย เป็นข้อความคำถาม 2 ด้าน คือความกดดันส่วนบุคคล และความกดดันในบทบาทการดูแล ซึ่งได้ถูกดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย และสิ่งแวดล้อมพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) มีข้อความทั้งหมด 22 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ความเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอน โดยนำไปตรวจสอบคุณภาพแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทยด้วยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 คน ได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาของการวัดทั้งหมดเท่ากับ .92 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของการวัดทั้งหมดเท่ากับ .90 .86 .78 และ .72 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกแบบประเมินภาวะการดูแลของ ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) ซึ่งมองภาวะการดูแลครอบคลุม 4 ด้าน คือ ความตั้งใจ เครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน

2.3.5 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และเทคนิคการผ่อนคลาย

ความหมายของความเครียด

ความเครียด หมายถึง ภาวะกดดันทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2555) หรือเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อ สวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวต่อสิ่งที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกิน กำลังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งความเครียดจะขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับ แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น และต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความเชื่อที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ 3 แนวคิด คือ

1) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง คือ การที่ร่างกายของบุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด ซึ่งการตอบสนองแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มปฏิกิริยาตอบสนองเฉพาะที่ เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นความเครียดมากระทบที่อวัยวะหนึ่ง หรือเกิดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยเฉพาะ เช่น เมื่อส่วนหนึ่งของร่างกายถูกกระทบกระแทกด้วยแรงกดจะเกิดปฏิกิริยา การอักเสบเกิดขึ้น และกลุ่มปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไป เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นความเครียดมากระทบบุคคล ร่างกายจะมีการตอบสนองเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตือน ระยะต่อต้าน และระยะหมดกำลัง ดังนั้นความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง จึงเป็นปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายและจิตใจที่มีความสัมพันธ์กัน โดยปฏิกิริยาการตอบสนองด้านร่างกายที่เกิดความเครียด สะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิปลายนิ้ว ปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจ ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล เป็นต้น

2) ความเครียดเป็นสิ่งกระตุ้น ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในตัวบุคคล ความเครียดในความหมายนี้จะอธิบายคุณลักษณะต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่ก่อความหรือคุกคามบุคคล อย่างใดอย่างหนึ่ง การศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่เชื่อว่ามีผลทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะของการกระตุ้นมากเกินไป หรือน้อยเกินไป ความไม่ชัดเจนของเหตุการณ์ ความขัดแย้ง ความไม่คุ้นเคยแปลกใหม่ หรือสถานการณ์ที่ไม่รู้จัก สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตราย และความไม่แน่นอน

3) ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มี อิทธิพลต่อกัน โดยบุคคลเป็นผู้ตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของ

ตนเองหรือไม่ ซึ่งจะเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ ที่มีอยู่ในบุคคลนั้น และความจำเป็นของการใช้ประโยชน์ในการควบคุมเหตุการณ์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง บุคคลรับรู้ว่าการณ์นั้นก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย และคุกคามต่อตนเอง ยุคคลจะประเมินว่าความเครียดนั้นคือ การประเมินระยะปฐมภูมิ เมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดจะแสวงหาแหล่งประโยชน์ หรือทางเลือกเพื่อช่วยเหลือตนเอง กับความเครียดที่เกิดขึ้น คือการประเมินระยะทุติยภูมิ เป็นการประเมินประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น และมีการประเมินสถานการณ์นั้นซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ตนเองสามารถจัดการกับภาวะคุกคามหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

สาเหตุของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

สาเหตุของความเครียดของญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมี ดังนี้

1) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่สมอง ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ทำให้ต้องเปลี่ยนบทบาทจากเดิมมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแล ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นคู่สมรส โดยเฉพาะผู้ที่ เป็นภรรยาจะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทอย่างมากคือ นอกจากจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัวโดยตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนสามีซึ่งบทบาทเหล่านี้หากไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน จะทำให้เกิดความเครียดและเป็นภาระในการดูแล

2) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและหน้าที่การงาน จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองดังกล่าว ทำให้ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นของผู้ดูแลจึงอาจทำให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน เพื่อเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยยิ่งระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน การเข้าสังคมของญาติผู้ดูแลจะยิ่งลดลง จากการศึกษาพบว่าในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี ภายหลังการได้รับบาดเจ็บ การเข้าสังคมของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยญาติผู้ดูแลเข้าสังคมลดลง

3) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ จากการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปเรียนหรือทำงานได้ตามปกติ ส่งผลต่อสถานภาพการเงินของครอบครัว ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยมีรายได้ลดลง มีปัญหาการว่างงานเพิ่มขึ้น แต่กลับมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม นอกจากนี้การบาดเจ็บหรือทุพพลภาพยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้แต่ต้องการค่ารักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้ลดลงส่งผลกระทบต่อด้านการเงิน สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การบาดเจ็บที่สมองมักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีร่วมด้วยเช่น การวินิจฉัยด้วย CT

scan การรักษาด้วยการผ่าตัดในขณะที่อยู่โรงพยาบาล จึงทำให้ญาติผู้ดูแลมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย

4) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ การดูแลช่วยเหลือตนเองหรือการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำได้น้อยลง (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุซ้ำได้ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับพื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน เช่น ติดตั้งราวจับ ปรับพื้นเป็นระดับเดียวกันจัดพื้นที่ใช้สอยภายในห้องให้กว้างขึ้น ปรับห้องน้ำให้ใช้ได้สะดวก ซึ่งการต้องปรับภาระหน้าที่ดังกล่าว ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดได้เช่นกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าความเครียดของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้ปัจจัยหรือสิ่งที่เข้ามากระตุ้นแล้วทำให้เกิดความเครียด ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีดังนี้

1. อายุของผู้ป่วยและอายุของผู้ดูแล ถ้าผู้ป่วยอยู่ในวันสูงอายุและเกิดอุบัติเหตุผู้ดูแลจะมองว่าเป็นความเสื่อมตามวัย แต่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวันเรียน วัยทำงาน เป็นวันแห่งความหวัง และเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศในอนาคต ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา พี่น้อง จะมีการรับรู้ความเครียดมากกว่าวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุที่มากขึ้น ผ่าเหตุการณ์ต่างๆ มามากทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมาก มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีความสามารถในการไตร่ตรอง เมื่อเกิดความเครียดจะสามารถพิจารณาทางเลือกที่ทำให้ความเครียดลดลงได้

2. ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารได้ เป็นผลจากการบาดเจ็บที่รุนแรงและมีความพิการเกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ความเครียดและความรุนแรงที่เผชิญอยู่ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และอาการคงที่จากการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้เกิดการรับรู้ความเครียดในระดับสูง

3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ในระยะแรกผู้ดูแลจะไม่สามารถยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ในระยะนี้ต้องผ่านขั้นตอนการเผชิญความเครียดมากมาย เมื่อผ่านพ้นไป บุคคลจะเกิดการเรียนรู้การเผชิญความเครียด และแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น

4. ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสัมพันธ์ที่ดีก่อให้เกิดความเข้าใจ และความสงสารที่มีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจเต็มใจดูแลผู้ป่วย เมื่อมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ความเครียดสูงขึ้น

5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หงุดหงิด เกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อ การดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ

6. แรงสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญในด้านกำลังใจ ปลอดภัย สัมพันธภาพ อันดีจากบุคคลรอบข้างช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ขวัญ และกำลังใจดีขึ้นบุคคล รับรู้ความเครียดลดลง

7. รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ช่วยในการจัดหาเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อ ผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการหาสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย

การตอบสนองต่อความเครียด

ความเครียดทำให้เกิดการตอบสนองต่อความเครียด เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และมีหลายมิติ ประกอบด้วย

1. การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เป็นการตอบสนองที่พบ มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นความไม่พอใจมากกว่าความพึงพอใจ ซึ่งรูปแบบการตอบสนองด้านอารมณ์ที่ พบมากที่สุด ได้แก่ ความรำคาญ โกรธ เดี๋ยวตาล ความหวาดหวั่น วิตกกังวล กลัว และเศร้าสลดใจ

2. การตอบสนองด้านร่างกาย (Physical response) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้าน สรีรวิทยา ภายหลังการเกิดความเครียดแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป มี 3 ระยะ คือ สัญญาณเตือน ชัดขวางหรือต่อสู้ และอ่อนเลี้ยวหรือหมดกำลัง สมองกับร่างกาย โดยเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นต่อมใต้สมอง ซึ่งอยู่ใน ระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งสัญญาณไปที่ระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนเข้าไปใน กระแสเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มการตอบสนองด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ ความตึงตัว ของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ นอกจากนี้ต่อมใต้สมองยังส่งสัญญาณไปที่ต่อมพิทูอิทารี ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนส่งผลต่อการเพิ่มการรวมตัวของโปรตีนและไขมัน การเก็บสะสมพลังงานและ ลดการอักเสบ

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) เป็นการตอบสนอง สมองต่อความเครียดด้านพฤติกรรม ได้แก่ อาละวาดใส่ผู้อื่นหรือผู้ดูแล ยอมแพ้หรือปล่อยตัว ทำตามใจตัวเอง การเผชิญความเครียดด้วยการป้องกันตนเอง การเผชิญความเครียด และการจัดการ ความเครียดที่เกิดขึ้น

การผ่อนคลายทางร่างกาย เช่น การหายใจลึกๆ การออกกำลังกาย การนวด การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การอาบน้ำอุ่น การลดความตึงเครียดทางจิตใจ เช่น การสร้าง อารมณ์ขัน การคิดไทเก๊ก การดูภาพยนตร์ การฟังเพลง การหัวเราะ การหายใจลึกๆ การทำสมาธิ

การใช้เทคนิคความเงียบ เพื่อหยุดความคิดของตัวเอง ในเรื่องที่ทำให้เครียดสำหรับการฝึกคลายเครียดนั้น เมื่อเริ่มรู้สึกว่ามีอาการเครียดในระดับน้อยๆ ควรฝึกบ่อยๆ วันละ 2-3 ครั้ง และควรฝึกทุกวัน ต่อเมื่อฝึกจนชำนาญแล้วจึงลดลงเหลือเพียงวันละ 1 ครั้งก็พอ หรืออาจฝึกเฉพาะเมื่อรู้สึกเครียดเท่านั้นก็ได้ ควรฝึกทุกวัน โดยเฉพาะก่อนนอนจะช่วยให้จิตใจสงบ และนอนหลับสบายขึ้น วิธีการเฉพาะในการลดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต (2555) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้ เพราะในขณะที่เกิดความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็งและจิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก ซึ่งวิธีที่ง่ายผู้ดูแลสามารถทำได้ด้วยตนเอง และทำได้ทุกครั้งที่เกิดความเครียด

การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) แขนขวา 2) แขนซ้าย 3) หน้าผาก 4) ตา แก้มและจมูก 5) ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น 6) คอ 7) อก หลัง และไหล่ 8) หน้าท้อง และก้น 9) ขาขวา และ 10) ขาซ้าย โดยวิธีการฝึกมีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

- นั่งในท่าสบาย
- เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนขีดแล้วคลาย
- ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปี ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่นและใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้แล้วคลาย

- คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับสู่ท่าปกติ
- อก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ เกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย
- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระทบปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้ายและขวาแล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อคลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ดังนั้น ครั้งต่อไปเมื่อเครียดและกล้ามเนื้อเกร็งจะรับรู้ตัว และรีบผ่อนคลายโดยเร็ว ก็จะช่วยได้มาก

การฝึกการหายใจ ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออก หน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก

หายใจเข้าลึกๆ และช้าๆ กลั้นไว้ชั่วครู่แล้วจึงหายใจออก ลองฝึกเป็นประจำทุกวัน จนสามารถทำได้ โดยอัตโนมัติ การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกาย กระปรี้กระเปร่า ไม่อ้วนเหิงหาวนอน พร้อมเสมอสำหรับภารกิจต่างๆ ในแต่ละวัน

การทำสมาธิเบื้องต้น เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน ห้องทำงานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือมุมสงบในบ้านนั่งขัดสมาธิ เท้าขาพับเท้าซ้าย มือชนกันหรือมือขวาพับมือซ้ายตั้งตัวตรง หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ตามแต่จะถนัดกำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่กระทบปลายจมูก หรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก หายใจเข้า ท้องพอง หายใจออกท้องยุบหายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 นับไปเรื่อยๆ จนถึง 5 เริ่มนับใหม่จาก 1-6 แล้ว พอกลับมานับใหม่จาก 1-7 แล้ว พอกลับมานับใหม่จาก 1-8 แล้วพอ กลับมานับใหม่จาก 1-9 แล้ว พอกลับมานับใหม่จาก 1-10 แล้วพอ ย้อนกลับมาเริ่ม 1-5 ใหม่ วนไปเรื่อยๆ ให้จิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้อย่าง มีสติ มีเหตุมีผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

การใช้เทคนิคความเงียบ เป็นวิธีการจะสยบความวุ่นวายของจิตใจที่ได้ผล โดยอาศัยความเงียบเข้าช่วย โดยมีวิธีการดังนี้

- เลือกสถานที่ที่สงบเงียบ มีความเป็นส่วนตัว และควรบอกผู้ใกล้ชิดว่าอย่าเพิ่งรบกวนสัก 15 นาที
 - เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวัน ก่อนเข้านอน ฯลฯ
 - นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย
 - หลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอก
 - หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ
 - ทำใจให้เป็นสมาธิ โดยท่องคาถาบทสั้นๆ ซ้ำไปซ้ำมา เช่น พุทโธ พุทโธ หรือจะสวดมนต์บทยาวๆ ต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ เช่น สวดพระคาถาชินบัญชร 3-5 จบ เป็นต้น
- ฝึกครั้งละ 10-15 นาที ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง แรกๆ ให้เอานาฬิกามาวางตรงหน้า และลืมหันเวลาเป็นระยะๆ เมื่อฝึกบ่อยเข้าจะกะเวลาได้อย่างแม่นยำ ไม่ควรใช้นาฬิกาปลุก เพราะเสียงจากนาฬิกาจะทำให้ตกใจเสียสมาธิ และรู้สึกหงุดหงิดแทนที่จะสงบ

นอกจากนี้การปรับตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้ดูแลควรหาผู้ที่สามารถให้คำปรึกษาได้ อาจเป็นเพื่อน ครอบครัว คนใกล้ชิด ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) หรือจิตแพทย์ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหาไปสักระยะหนึ่ง พยายามไม่คาดหวังในสิ่งต่าง ๆ มากจนเกินไป หลีกเลี่ยงการเกิด

อารมณ์รุนแรง ออกกำลังกายทุกวัน สนใจศึกษาคำสอนของศาสนา เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ และ
 ควรปรับปรุงความคิดของตนเองให้มองโลกในแง่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือ
 รุนแรง มีพยาธิสภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบพึ่งพาใน
 ระยะยาวนานหรือเป็นผู้ป่วยที่และต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมด ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาท
 สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและจากการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมผู้ดูแลและผู้
 บาดเจ็บสมอง ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ระบบการให้บริการ
 สุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ รูปแบบในการการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่
 เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยวิธีให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดย
 การให้ความรู้และทักษะต่างๆ ทั้งหมด ในครั้งเดียว (รุ่งนภา เขียวชะอำ, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์
 ฉายพุทธ, และ เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, 2555; อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์, 2554) นอกจากนี้ยัง
 พบว่าการติดตามให้คำปรึกษาภายหลังการจำหน่ายเป็นสอบถามอาการและให้แนะนำเมื่อมาตรวจ
 ตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังขาดการบันทึกติดตามต่อเนื่องและส่งต่อที่ชัดเจน เนื่องจากมีผู้รับบริการ
 จำนวนมากทำให้ไม่สามารถสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลได้อย่าง
 ครอบคลุม ทำให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ เมื่อเกิด
 ปัญหาในการดูแลจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผู้ดูแลไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง
 ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องพึ่งพาศูนย์สุขภาพ การส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
 สมองระดับปานกลางหรือรุนแรงที่บ้าน จึงควรเป็นระบบที่สามารถพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแล
 ร่วมกับการส่งเสริมแรงจูงใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนการ
 จัดการตนเอง และควรเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการตนเองได้
 อย่างเหมาะสม (Prabripoo, Wongvatunyu, & Junhavat, 2013) ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการ
 ตนเองจึงต้องมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและบุคลากร
 สุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตามแผนรักษา การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในเรื่อง
 ต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (McGowan, 2006) การศึกษาการ
 สนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในประเทศไทย ส่วนการศึกษาใน
 ต่างประเทศ พบในกลุ่มผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม ซึ่งประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการ
 ตนเอง สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จัดการกับอารมณ์และ
 ความเครียดได้ ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (Judith, Verkaik, Mistiaen, Meijel, &
 Francke, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะเพียงอาจไม่เพียง

พอที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองที่เหมาะสม จึงควรเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะทำให้มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพสูงขึ้น (Bandura, 1997) จากการศึกษาของ อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์ (2554) พบว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เมื่อผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้สามารถปรับตัวได้ มีความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ปฏิบัติหน้าที่การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์, 2554) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระดับปานกลางหรือรุนแรง เป็นภาระการดูแลที่หนักก่อให้เกิดความเครียดสูง มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลร่วมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยกลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ดูแลร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการส่งเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแล ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีในระยะยาวทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะกระบวนการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยและการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล การแก้ปัญหาอุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งหวังผลลัพธ์สุดท้ายคือ ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแล ภาระการดูแลลดลง และความเครียดลดลง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่ารักษาพยาบาลและลดอัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

2.4 แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง

2.4.1 การสนับสนุนการจัดการตนเอง และแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง

1. แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง เป็นแนวคิดเกิดขึ้นในช่วงศตวรรษที่ 19 มีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ทฤษฎีกาย-จิต (Psychophysiological) และการรู้คิด (cognitive) ซึ่งมีผู้ศึกษาและนำมาใช้ในหลากหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ด้านการบริหาร การศึกษา การดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพ (Kendall, Muenchberger, Ehrlich & Armstrong, 2008) สำหรับความหมายของการจัดการตนเอง ยังไม่มีคำจำกัดความหรือความหมายที่เป็นมาตรฐานระดับสากล การให้ความหมายมีลักษณะหลากหลายตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา (McGowan, 2005) เช่น Creer (1976) กล่าวว่า การจัดการตนเองเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการรักษา หรือการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อจัดการกับภาวะเรื้อรังของตนเอง (Glasgow, Wilson, & McCall, 1985) เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสภาวะทางด้านร่างกายที่เกิดจากโรค โดยการจัดการที่บ้าน มีการประสานงานและรับคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการจัดการตนเองจะสำเร็จได้ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาเป็นอย่างดี รวมทั้งการปฏิบัติตามเงื่อนไขของกิจกรรมการจัดการและการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม (Clark, Becker, Janz, Lorig, Rakowski, & Anderson, 1991)

นอกจากนั้น Lorig (1993) กำหนดการจัดการตนเองว่าเป็นการเรียนรู้และการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นต่อการชีวิตในภาวะเรื้อรัง มุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับบุคลากรสุขภาพ รวมทั้ง National Health Service, UK (2001) กล่าวว่า เป็นโปรแกรมการศึกษาผู้ป่วยที่มุ่งให้ผู้ป่วยด้วยข้อมูลและทักษะที่จำเป็นในการจัดการสภาพของตนเองในการรักษา โดยจะขึ้นอยู่กับ การสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจของผู้ป่วยในการใช้ข้อมูลและทักษะของตนเอง รวมทั้งความสามารถในการควบคุมตนเองในภาวะเรื้อรัง Redman (2004) กำหนดการเตรียมการในการจัดการตนเองฝึกรวมผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถจัดการกับการได้รับยา และรักษาในและการจัดการกับอนาคตรวมถึงการเปลี่ยนแปลงแผนการใช้ชีวิต และการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ อีกทั้งการจัดการตนเองผู้ป่วยจะต้องมีการควบคุมตนเองและการติดตามอาการของผู้ป่วย โดยมีการทำกิจกรรมที่บ้าน มีการประสานงานและรับคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องโรค และการรักษาเป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของกิจกรรม สามารถปฏิบัติทักษะที่จำเป็นได้ ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี การกำกับ

ติดตาม และการทดลองทางคลินิกเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล สุขภาพเพิ่มมากขึ้น และสามารถลดการเจ็บป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (Australian College of General Practitioners, 2003; Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002; Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002) และนอกจากการให้ความรู้ทางสุขภาพแล้ว จะต้องมีการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพอย่างเพียงพอและเหมาะสม การสอนเป็นรายบุคคล รวมทั้ง มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Thorne, Patterson & Russell, 2003) และเป็นกลไกสำคัญในการลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ (Schilling et al., 2002) อีกทั้งยังเป็นการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เป็น องค์ประกอบสำคัญของการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model) (Wagner, Austin Davis, Hindmarsh, Schaefer, & Bonomi, 2001)

อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองด้านสุขภาพนั้นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน และ ยุ่งยาก ซับซ้อน ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน และการให้กำลังใจ จากบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของตนเอง นั่นคือ การสนับสนุนการ จัดการตนเอง (Adams, Greiner, & Corrigan, 2004)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้รับการพัฒนาโปรแกรมขึ้นครั้งแรกโดย Lorig ซึ่งใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) เป็นแนวคิดพื้นฐาน ในศูนย์วิจัยการ สอนผู้ป่วยมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย การให้ความรู้และเสริม ทักษะ รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเอง ได้แก่ การจัดการทางการแพทย์ และการจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะกับการเจ็บป่วย และการจัดการกับ อารมณ์ โปรแกรมจะศึกษาในผู้ป่วยอายุ 40 ปี ขึ้นไป ที่เป็นโรคเรื้อรัง สถานที่จัดกิจกรรมจะเป็นใน ชุมชน โดยกิจกรรมเป็นการสอนแบบกลุ่ม ๆ ละ 10-15 คน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีบุคลากรสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนอำนวยความสะดวกมากกว่าการสอน แทนที่จะเป็นการสั่งให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่จะเป็นช่วยผู้ป่วยให้ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ เนื้อหาการสอน ได้แก่ การออกกำลังกาย การจัดการอาการด้วย ความรู้ความเข้าใจ เช่น เมื่อเกิดความเครียด ใช้เทคนิคการลดอาการปวด หรือการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ เป็นต้น การใช้ทรัพยากรของชุมชน การใช้ยาการจัดการกับอารมณ์ความกลัวความโกรธ และภาวะซึมเศร้า วิธีการสื่อสารกับบุคคลอื่นรวมถึงบุคลากรสุขภาพ การแก้ปัญหาและการ ตัดสินใจ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ การมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น และการ รับรู้ความสามารถของตนเองภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ลดลง (Lorig, Sobel, Stewart, Brown, Bandura, Ritter, et al., 1999) จะเห็นได้ว่าการสนับสนุน

การจัดการตนเองมีกระบวนการที่ซับซ้อน ในระยะแรกการสนับสนุนการจัดการตนเอง จะมุ่งเน้นเน้นไปที่การให้บริการด้านข้อมูลความรู้ให้แก่ผู้ป่วย ในลักษณะของความรู้เฉพาะโรค และทักษะเทคนิคเกี่ยวกับโรค เช่น จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างไร จะดูแลตนเองในภาวะหอบหืดได้อย่างไร เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง เนื่องจากมีผลกระทบจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การสนับสนุนทางสังคมแรงจูงใจ อุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม การปรับตัวทางอารมณ์เพื่อการวินิจฉัย ทักษะการจัดการตนเอง การใช้ความสามารถในตนเอง การกำกับติดตามผลกับผู้ป่วย และอุปสรรคที่ได้รับในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Krichbaum, Aarestad, & Buethe, 2003)

ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง จำเป็นที่จะต้องมีการให้ความรู้เรื่องโรคการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดการจัดการตนเอง 6 ด้าน คือ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดพฤติกรรม 3 ด้านคือ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ (Lorig & Holman, 2003) ตลอดจนเกิดทักษะและความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหาสุขภาพ สามารถประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมายและแก้ปัญหาได้ (Adams, Greiner & Corrigan, 2004) โดยให้ความรู้และทักษะการแก้ปัญหา รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์จริงจากประสบการณ์ (Coleman & Newton, 2005) ซึ่ง Spearing, Eakin และ Wilson (2005) สรุปว่ากระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองในมุมมองสำหรับการปฏิบัติวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพว่าบุคลากรสุขภาพจะต้องมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนและตั้งเป้าหมาย สนับสนุนให้ข้อมูลและการพัฒนาทักษะ มีการติดตามและตรวจสอบ รวมทั้งรองรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย จุดเน้นของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเปลี่ยนแปลงจากการสอนความรู้โดยบุคลากรสุขภาพ เป็นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ที่มีการปรับเปลี่ยนไปตามความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย และเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ฝึกทักษะการการหาข้อมูล การกำหนดเป้าหมาย การแก้ปัญหาและใช้หลักจิตวิทยาในการโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งนำทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคมที่มุ่งเน้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ความเชื่อพลังอำนาจในตนเอง (The Locus of Control) และปัจจัยส่วนบุคคล (Kendall, Muenchberger, Ehrlich & Armstrong, 2008) โดยมีการให้การศึกษายเป็นระบบ และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง มีกระบวนการ ประกอบด้วย การประเมิน

ความก้าวหน้าและปัญหา การกำหนดเป้าหมายและสนับสนุนแนวทางการแก้ไขปัญหา (Medland, 2009) การที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตอบสนองต่อโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตลอดระยะเวลาที่เกิดความเจ็บป่วยและเป็นสิ่งที่ผู้ต้องกระทำตลอดชีวิต ดังนั้น การสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องเป็นการดูแลที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ มุ่งเน้นเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Ministry of health, 2016)

ปัจจุบันการสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งเกิดผลลัพธ์ที่หลากหลาย ทั้งความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีขึ้น เกิดการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยหลายคนมองว่าการที่ได้มีส่วนร่วมตามกระบวนการดูแลเป็นสิ่งที่ดี การได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนสำหรับการจัดการตัวเองจากบุคลากรสุขภาพจะช่วยให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้น และการจัดระเบียบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ สามารถลดต้นทุนการดูแลสุขภาพและภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลและสนับสนุนที่ดีจะช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการกำเริบและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสามารถลดภาระการใช้บริการดูแลสุขภาพตลอดจนภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตัวเองจึงเป็นหัวใจสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Pearson, Mattke, Shaw, Ridgely & Wiseman, 2007)

2. กลยุทธ์ในการจัดการตนเอง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ปัญหาและสิ่งที่แต่ละคนวิตกกังวล ปัจจุบันพบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการใช้กลยุทธ์หลากหลายวิธี ดังนี้

แนวคิดการจัดการตนเอง ของ Creer (2000) ลักษณะของการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง โดยการกำหนดเป้าหมายเป็นการกำหนดเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคตซึ่งคาดหวังจะให้เกิด เป็นขั้นตอนความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพในการพูดคุย ตีตรองและตัดสินใจในการกำหนดหรือเลือกจุดมุ่งหมายของการควบคุมโรค และความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการปฏิบัติทักษะในการจัดการตนเอง โดยการกำหนดจุดมุ่งหมายเพื่อ (1) หาเป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย เพื่อที่จะนำไปสู่การตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรม (2) ผลลัพธ์ที่ตามมาจะนำมาสู่การปฏิบัติกิจกรรม และ (3) เน้นความคาดหวังของบุคคล กระตุ้นให้เกิดความพยายามเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมาย ในภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นแนวทางที่เป็นรูปธรรมที่ให้ผู้ป่วยเห็นว่าบรรลุเป้าหมายได้ต้องเกิดเกิดจากผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพร่วมกัน จากนั้นเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการติดตามตนเอง (Self-

monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) การติดตามตนเองเป็นพื้นฐาน และมีความสำคัญในการจัดการเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น และเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย แนวทางในการติดตามตนเอง 3 ประการ คือ ผู้ป่วยต้องกำหนดการติดตามสังเกตพฤติกรรมเป้าหมายที่สามารถวัดและประเมินได้ การวัดและประเมินต้องมีความเป็นรูปธรรมมีความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือพอในการที่จะได้มาของข้อมูลสังเกตและบันทึกช่วงเวลาเฉพาะที่บุคลากรสุขภาพกำหนด ประมวลผลและประเมินข้อมูลจะต้องมีการเรียนรู้การประเมินความรู้ที่รวบรวมมา และตัดสินใจภายหลังจากประเมินภาวะสุขภาพของตนเองจากการรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐาน และลงมือปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยการชี้แนะตนเองซึ่งประกอบด้วย การกระตุ้น การชี้แนะ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ การชี้แนะตนเองมีผลต่อการจัดการตนเอง สุดท้ายเป็นการสะท้อนตนเอง ประเมินการปฏิบัติของตนเอง และปรับเข้าเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอ (Self-management model with 5 A's) ประกอบด้วย การประเมิน (Assess) เป็นการประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมของผู้ป่วย การแนะนำ (Advise) เป็นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม การตกลงใจ (Agree) เป็นการตั้งเป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานความสนใจและความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การช่วยเหลือ (Assist) เป็นการช่วยเหลือในการค้นหาอุปสรรค กลวิธี เทคนิคการแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม/สิ่งแวดล้อม และการจัดการ (Arrange) เป็นการวางแผนเพื่อติดตามและจัดการปัญหาของผู้ป่วย (Glasgow et al., 2002)

แนวคิดการให้ความรู้เพื่อช่วยในการจัดการตนเอง (Self-management education) (Lorig & Holman, 2003) Lorig และคณะ ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นในปี ค.ศ. 1996 โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) เป็นแนวคิดพื้นฐาน ใช้ในศูนย์วิจัยการสอนผู้ป่วย มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย การให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) เช่น การรับประทานยา การใช้ยาฟัน การรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น (2) การจัดการกับบทบาท (Role management) เป็นการคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะกับภาวะการเจ็บป่วย และ (3) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional management) ให้ผู้ป่วยมีการจัดการปัญหาด้านอารมณ์ที่เป็นผลกระทบ

จากความเจ็บป่วย เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า เครียด โดยโปรแกรมจะเป็นการสอนแบบกลุ่มๆ ละ 10-15 คน เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นการสอนร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมจำนวน 20 ชั่วโมง เนื้อหาของโปรแกรมเป็นการสอนการจัดการกับอาการ ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การออกกำลังกายและการผ่อนคลาย การช้ยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทักษะการสื่อสาร โดยครอบคลุมการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมจากการกำหนดแผนการปฏิบัติและการประเมินความก้าวหน้า การใช้ตัวแบบในพฤติกรรมจัดการตนเอง และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา การพูดชักจูงโดยใช้กลุ่มสนับสนุนและการชี้แนะ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้รับคู่มือการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีร่วมกับโรคเรื้อรัง (Living a healthy life with chronic condition) โปรแกรมการจัดการตนเองจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ การมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น และการรับรู้ความสามารถของตนเองภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ลดลง โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรคและอาการ อาการแสดง พยาธิสภาพของโรคเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน พร้อมกับสอนวิธีการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 2) การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ประกอบด้วยทักษะ 5 ประการ ได้แก่ การแก้ปัญหา (Problem solving) การตัดสินใจ (Decision making) การใช้แหล่งประโยชน์ (Resource utilization) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ (Forming of a patient/health care provider partnership) การลงมือปฏิบัติ (Taking action) การปรับทักษะความรู้ในการจัดการตนเองให้เหมาะสม (Self-tailoring) 3) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยสนับสนุนแหล่งของการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 แหล่ง ได้แก่ การทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง การให้เห็นตัวแบบ การตีความอาการที่เกิดขึ้น การชักจูงจากสังคม

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง โดยศูนย์การศึกษาวิจัยการให้ความรู้ผู้ป่วย มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ มาเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2.5 ชั่วโมง มีผู้นำกลุ่มที่ผ่านการฝึกฝนการเป็นผู้นำกลุ่มการจัดการตนเอง 2 คน หนึ่งในผู้นำกลุ่มหรือทั้งสองคนจะไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ แต่จะเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค กิจกรรมประกอบด้วย 1) การจัดการกับปัญหา เช่น เหนื่อยล้า ปวด เป็นต้น 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรง ยืดหยุ่น และความทนในการออกกำลังกาย 3) การช้ยาที่เหมาะสม 4) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ 5) ภาวะโภชนาการ และ

6) การประเมินผลการรักษาที่ได้รับ โดยเน้นการฝึกทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ การวางแผนปฏิบัติกิจกรรม การแก้ไขปัญหา และการทำการตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย สามารถออกกำลังกายได้มากขึ้น มีการจัดการอาการ การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ มีการรายงานอาการของตนเอง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง และลดการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลง (Stanford Patient Education Research Center, 2008)

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้แนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นในหลายการศึกษาเป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการการเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พบการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองเป็นรูปแบบการดูแลหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น (Bode et al., 2008; Ryan & Sawin, 2009; กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา, 2553; ธิดารัตน์ หนชัย, 2556; พัชรี อ่างบุญฤตา, 2555) มีความมั่นใจในตัวเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองมากขึ้น (Bode et al., 2008; Shah & Booth, 2009; พัชรี อ่างบุญฤตา, 2555; ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2558) ลดความต้องการในการใช้บริการทางสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (Bode et al., 2008; Elzen, Slaets, Snijder, & Steverink, 2007) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Damush, Perkins, & Miller, 2006) แต่อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอ Creer และมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการจัดการพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคนในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในขณะที่การให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman จะเน้นการจัดการกับปัญหาที่ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ระบุทักษะที่จำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เนื่องจากผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผู้ดูแลไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องพึ่งพาศูนย์สุขภาพ (Jullamate, Azeredo, & Subgranon, 2006)

ดังนั้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงที่บ้าน โดยการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลร่วมกับการส่งเสริมแรงจูงใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่องและยั่งยืน

3. โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง การเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของบุคคลนั้นที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นกลยุทธ์ที่ดีที่สุดในการพัฒนาศักยภาพคนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ทั้งปัญหาในภาวะวิกฤติและเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบพึ่งพาในระยะยาวนาน ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงเป็นเทคนิคและเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตามแผนรักษา การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม (McGowan, 2006)

แนวคิดหลักของการสนับสนุนการจัดการตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนการรับรู้ความในสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์หลัก คือ

กลยุทธ์ที่ 1 การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Information and skills training support) ประกอบด้วยวิธีการหลัก คือ การระบรวบรวมปัญหาจากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล (Caregiver-identified problem) การสนับสนุนความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และสังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ การให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรคและอาการแสดง พยาธิสภาพของการบาดเจ็บสมอง โดยมีการจัดในกลุ่มย่อย (5-10 คน) มีการกระตุ้นทางอารมณ์ สอบถามความพร้อมก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแล และทบทวนการปฏิบัติการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแล ปัญหาอุปสรรค และการแก้ปัญหาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้สำเร็จ ทบทวนเสริมความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลสุขภาพอนามัย และกิจวัตรประจำวัน ความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสภาพสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติเพิ่มเติม ซึ่งมีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการตัดสินใจ พร้อมกับสอนวิธีการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

กลยุทธ์ที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์และความเครียด (Stress and emotional support) ประกอบด้วยวิธีการ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยวิธีกลุ่มย่อย และการฝึกประสบการณ์ผ่อนคลาย ความเครียด โดยการฝึกการหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกาย

กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง (Caregiver self-management support) 6 ขั้นตอน คือ (Creer, 2000)

การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อไปสู่เป้าหมายในการ การปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ การตั้งเป้าหมาย ควรกระทำ ภายหลังจากบุคคล ได้รับการเตรียมด้วยความรอบคอบ โดยต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการ กับโรคอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ต้องได้รับความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จึงจะ สามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การ ฝึกระวังตนเอง หรือการสังเกตตนเอง และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ดังนั้นการเก็บรวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่ สำคัญว่า ต้องฝึกระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้สังเกต ฝึกระวัง และเก็บข้อมูล เกี่ยวกับตนเอง โดย Creer (2000) กล่าวว่า การฝึกระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง

การประมวลผลและประเมินข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ผู้ดูแลจะต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการประมวลผลและการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินการ เปลี่ยนแปลงและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจาก การเจ็บป่วยและหาสาเหตุรวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยต้องม ีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตตนเอง สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่ามี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว

การตัดสินใจเป็นบทบาทสำคัญในการจัดการตนเอง โดยตัดสินใจบนพื้นฐานของ ข้อมูลที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ดูแลรวบรวมข้อมูล ประมวลผลและประเมินข้อมูลผู้ดูแลจะต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรม

การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่า เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินความต้องการการฝึกทักษะและ ความชำนาญ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมและทราบ ข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญ ในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ 4 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการดูแลและติดตามการรักษาต่อเนื่อง (Providing regular and sustained follow-up) โดยการโทรศัพท์ติดตามผลการปฏิบัติ การสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพูดคุยซักงูใจ และการให้กำลังใจจากผู้วิจัย การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยการสนับสนุนแหล่งของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ได้แก่

การทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง (Skill mastery) โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้สำเร็จ ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง รวมถึงการวางแผนซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติจัดการตนเองโดยในแต่ละสัปดาห์จะมีการซักถามถึงเป้าหมายเฉพาะที่ผู้ป่วยต้องการจะให้เกิดในช่วง 1-2 สัปดาห์

การให้เห็นตัวแบบ จากการสังเกตหรือได้เห็นตัวแบบหรือนำมาจากบุคคลอื่น โดยการดูวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยชุดที่ 1 และ 2

การตีความอาการ (Reinterpreting physiological symptom) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม เนื่องจากสาเหตุของการเกิดอาการดังกล่าวอาจมาจากหลายสาเหตุโดยแต่ละสาเหตุก็จะมีจัดการที่แตกต่างกัน เช่น อาการอ่อนเพลีย อาจมีสาเหตุจากการรับประทานอาหารน้อย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะซึมเศร้า หรือมาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา แต่เมื่อผู้ดูแลสามารถหาสาเหตุได้ก็จะสามารถนำไปสู่การจัดการกับสาเหตุได้

การชักจูงจากสังคม (Social persuasion) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีการจัดในกลุ่มย่อย (5-10 คน) มีการกระตุ้นทางอารมณ์ สอบถามความพร้อมก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแล และทบทวนการปฏิบัติจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแล ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้สำเร็จตั้งนั้น การให้ความรู้แบบกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแนวคิดที่เป็นหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่มีความเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (Bandura, 1997) ในระยะแรก Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถ

ของตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจ เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและการดำเนินการกระทำพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่ Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของคนไม่ได้ เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงด้วย สิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีปัจจัยร่วมด้วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environment condition) การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกันอาจแสดงออกในด้านคุณภาพแตกต่างกันได้ ถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน หรือในคนเดียวก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์ที่มีความแตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ดังนั้นสิ่งที่กำหนดการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือหากมีความเชื่อว่ามีความสามารถก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทสาหะ ไม่ท้อถอยจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติ/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ความตั้งใจนั้นอาจไม่เกิดการปฏิบัติจริง Bandura พบว่า การที่บุคคลจะทำ พฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือไม่นั้น เป็นผลจากความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติสิ่งนั้นได้สำเร็จหรือไม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ตนน่าจะทำได้สำเร็จแม้ว่าต้องประสบกับอุปสรรค จึงทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมช่องว่างระหว่างความตั้งใจที่มีอยู่กับพฤติกรรม (Intention-behavior gap) และบรรลุสู่การปฏิบัติ ดังนั้นการที่มนุษย์ทำกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จได้นั้นจึงเกิดจากความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุม (Controllability) พฤติกรรมและสิ่งที่เกี่ยวข้องได้โดยผู้ที่รับรู้ถึงความสามารถในตนจะปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าคนที่ไม่มี ความเชื่อเช่นนั้น และจะมีการกำกับตนเอง (Self-determine) ให้ไปสู่เป้าหมายนั้นได้ในที่สุดและความคิดว่าตนเองสามารถทำได้นี้เองที่สะท้อนความรู้สึกในการควบคุมสถานการณ์ที่ท้าทายโดยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนบริบทที่ตนประสบให้เข้ากับพฤติกรรมใหม่

ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ สิ่งที่อธิบายความแตกต่างของการแสดงพฤติกรรมว่าเหตุใดคนที่มี ความรู้สึก ความคิดเหมือนกันจึงทำหรือไม่ทำ พฤติกรรมที่ส่งเสริม กล่าวคือคนที่มีความมั่นใจการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะไม่ติดอยู่กับความคิดด้านลบ เช่น สงสัยว่าตนจะทำสำเร็จหรือไม่แต่สามารถตัดสินใจได้อย่างมีคุณภาพและทำสำเร็จในทุกสถานการณ์นอกจากนี้ยังไม่ซึมเศร้า กังวลใจ และรู้สึกหมดหนทางแต่อย่างใด โดยเมื่อกระบวนการตัดสินใจดำเนินมาถึงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมจะทำพฤติกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะมีบทบาทหลักใน

การจูงใจ ดังนั้นระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมหรือกีดขวางแรงจูงใจที่มีอยู่บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จึงเลือกทำกิจกรรมที่ท้าทาย เนื่องจากเขาตั้งเป้าหมายไว้สูงและทำ ตามเป้าหมายนั้นสมองจะวางกรอบการกระทำ ภายใต้ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีอยู่โดยผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะใช้ความพยายามและเกาะติดกับสิ่งนั้นมากกว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่สอดคล้องกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมให้สำเร็จในสถานการณ์จริง แม้ว่าในสถานการณ์จริงอาจมีอุปสรรคเข้ามาขัดขวางคนที่มองเช่นนี้จึงมีแนวโน้มลงมือทำอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ จากทฤษฎีและงานวิจัยดังกล่าวมาจึงชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่ทรงพลังในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้ ภาระง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้อง

การใช้ตัวแบบ การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะ ของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเรามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคล ที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวเหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974) ตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

การใช้คำพูดชักจูง การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะ ทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องสร้างความสามารถให้กับบุคคล

การกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของคนเรานั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้น ที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้น

ให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้ การรับรู้ เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง

การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง มีพยาธิสภาพที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบพึ่งพาในระยะยาวนานหรือเป็นผู้ป่วยที่และต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมด ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ดังนั้นการสนับสนุนการจัดการตนเองจึงต้องมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ดูแลไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพบอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นแม้จะเป็นเรื่องที่ขัดแย้งกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เนื่องจากเกรงใจและเห็นว่าแพทย์หรือทีมสุขภาพเป็นผู้มีความรู้ ในขณะที่ตนเองเป็นผู้ที่รู้น้อย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งแม้จะมีข้อสงสัย แต่ไม่กล้าซักถามทำให้ไม่สามารถนำแนวปฏิบัติไปดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจึงทำให้เกิดปัญหาในการดูแล เป็นช่วงเวลาที่มีความเครียดสูง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเกิดความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย (รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุตา งามขำ, และมาชะ กิตติธรรกุล, 2554; จิตติมาภรณ์ พรหมรอด, 2555) โดยจะเกิดความรู้สึกกังวลใจตั้งแต่วินาทีแรกที่กลับถึงบ้าน เนื่องจากความแตกต่างของสภาพแวดล้อมและข้อจำกัดของสถานที่ อุปกรณ์ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ รู้สึกไม่มีคนคอยให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อสงสัย เกิดความไม่มั่นใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งระบบการติดตามให้คำปรึกษาภายหลังจำหน่าย การบันทึกติดตามการประเมินผล การให้ความรู้และการฝึกทักษะส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความจำกัดในการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ และผู้ดูแลไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาศูนย์สุขภาพตลอดเวลา ตลอดจนไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการผิดปกติได้เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ และทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้และรู้สึกผิด (ขวัญใจ ลือเมื่อง, ขนิษฐา นาคะ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2556) จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะ 1 ปี มีเพียงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นครั้งๆ ตามปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นและเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน (Bayen et al., 2013) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมี

ความต้องการความรู้ในระยะที่กลับบ้านเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Cameron และ Gignac (2008) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเตรียมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดี มีการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ได้แก่ การดูแลสุขภาพตามแผนรักษา การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (McGowan, 2006) การศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในประเทศไทย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบในกลุ่มผู้ดูแลโรคสมองเสื่อม ซึ่งประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จัดการกับอารมณ์และความเครียดได้

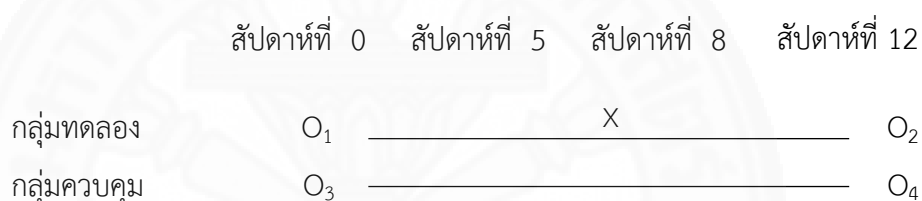


บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมอง โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการทดลอง



กำหนดให้

- | | | |
|-----------|---------|---|
| O1 และ O2 | หมายถึง | การประเมินคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียด
ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง |
| O3 และ O4 | หมายถึง | การประเมินคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียด
ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง |
| X | หมายถึง | โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับกลุ่มทดลอง
กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ |

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง อายุ 18-60 ปี

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง โดยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีระดับความรู้สึกตัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3-12 คะแนน ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินความรู้สึกตัวกลาสโกว์ (Glasgow coma score) อายุ 18-60 ปี

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ดูแล

ผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วันขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้ระบุตัวเองว่าเป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป อายุ 18-60 ปี และเป็นผู้พาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึง เมษายน พ.ศ. 2562 โดยผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อาจเป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ญาติ คู่สมรส หรือเพื่อน
- 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีระดับความรู้สึกตัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3-12 คะแนน ซึ่งประเมินโดย แบบประเมินความรู้สึกตัวกลาสโกว์ (Glasgow coma score)
- 3) สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยโดยการพูด ฟัง ภาษาไทยได้
- 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง มีความพิการ หรือมีปัญหาทางจิต

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ดูแลมีปัญหาที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้ตลอดโครงการ
- 2) ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบ

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หรือมีผลการตรวจพยาธิสภาพจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT) และการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) อายุ 18-60 ปี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง เมษายน พ.ศ. 2562 โดยผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา

- 1) ไม่มีการบาดเจ็บระบบอื่นที่รุนแรง
- 2) ไม่มีพยาธิสภาพทางสมองรุนแรง ได้แก่ ภาวะสมองบวม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงรุนแรง หรือการติดเชื้อในสมอง เป็นต้น
- 3) ไม่มีโรคร่วมรุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะของโรคไม่สงบเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ตามวิธีของโคเฮน (Cohen, 1988 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555) ใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของเพ็ญภา จายวรรณ (2557) ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน จากนั้น นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) .80 ได้ค่าขนาดอิทธิพล .90 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ (Polit & Beck, 2012) คือ 13 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน

3.2.4 สถานที่เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกสถานที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตบริการสุขภาพที่ 4 คือ โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งเป็นสถานศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงที่มารับติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก ประมาณ 30 รายต่อเดือน โดยกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น และอาการของโรคสงบลง จะมีการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนโดยเฉพาะด้านการฝึกทักษะกับผู้ดูแล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง การ

ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อเจาะคอ การดูแลเสมหะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การจัดทำและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน พยาบาลจะส่งผู้ดูแลไปฝึกทำอาหารเหลวที่แผนกโภชนาการ และก่อนกลับบ้านจะให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน ยาตามแพทย์สั่ง และการสังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ซึ่งกระบวนการดังกล่าวไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน ใช้วิธีการให้ข้อมูลหรือแนะนำผู้ดูแลแบบปากเปล่า ไม่มีเอกสารประกอบ ไม่มีการประเมินความพร้อมหรือความต้องการของผู้ดูแลเป็นเฉพาะ สำหรับเอกสารที่แจกให้เป็นเอกสารใบเดียวที่ระบุถึงการสังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ส่วนการพยาบาลตามปกติที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก จะให้บริการ 2 วันต่อสัปดาห์ คือ วันอังคาร เวลา 08.00-12.00 น. และ วันพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น. โดยระหว่างที่รอพบแพทย์ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในห้องสังเกตอาการมีพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และผู้ช่วยพยาบาล 2 ท่าน ให้การดูแล ชักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพและอาการเบื้องต้นก่อนพบแพทย์ แต่เนื่องจากในจุดให้บริการดังกล่าวยังให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง โรคหลอดเลือดสมอง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบกระดูกและไขสันหลัง จึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะสอบถามอาการปัญหาและอุปสรรคในการดูแลจากผู้ดูแลได้ครอบคลุม ส่วนใหญ่เป็นเพียงการการสอบถามวัตถุประสงค์การมารับบริการ การดูแลประเมินสัญญาณชีพ เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการเตรียมเอกสารก่อนพบแพทย์ และเมื่อผู้ป่วยพบแพทย์หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนก็จะมีระบบการส่งต่อไปยังหน่วยต่างๆ สำหรับสอนและฝึกทักษะการดูแลและการแก้ไขปัญหา เช่น ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับจะมีการเบิกอุปกรณ์และส่งผู้ป่วยและผู้ดูแลไปฝึกทักษะการทำแผลที่ห้องทำแผล ผู้ป่วยมีภาวะข้อติดจะส่งไปฝึกทักษะการบริหารร่างกายผู้ป่วยที่แผนกกายภาพ เป็นต้น

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

แบบประเมินความรู้สึกตัวกลาสโกว่างของผู้บาดเจ็บสมอง เป็นแบบที่สร้างโดย Jeneet และ Teasdale (1974) ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษา การพยากรณ์โรค และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับระดับการตื่นตัว และการรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่มากระตุ้นหรือความรุนแรงของการหมดความรู้สึกของผู้บาดเจ็บสมองในระยะแรกหลังการได้รับบาดเจ็บ โดยประเมินจากพฤติกรรมการตอบสนองที่ดีที่สุดของผู้บาดเจ็บสมอง 3 ด้าน คือ การลืมตา (Eye opening) การพูดที่ดีที่สุด (Best verbal response) และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response) มีรายละเอียดของการประเมิน ดังนี้

การประเมินระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว่า					
การลืมตา	การพูดที่ดีที่สุด		การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด		
ลืมตาตัวเอง	4	ตอบคำถามได้ถูกต้อง	5	เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง	6
ลืมตาเมื่อเรียก	3	พูดเป็นประโยคแต่สับสน	4	ไม่ทำตามคำสั่ง แต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2	พูดเป็นคำๆ	3	ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด	4
ไม่ลืมตาเลย	1	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2	งอแขนเมื่อเจ็บ	3
		ไม่ส่งเสียงเลย	1	เหยียดแขนเมื่อเจ็บ	2
				ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย	1

มีคะแนนรวม 15 คะแนน จำแนกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองเป็น 3 ระดับ (Hickey, 2009) ดังนี้

คะแนน 13-15 หมายถึง ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย

คะแนน 9-12 หมายถึง ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง

คะแนน 3-8 หมายถึง ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Socio-demographic Data of Traumatic Brain Injury Patients) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพก่อนการบาดเจ็บสมอง รายได้ก่อนการเจ็บป่วย บทบาทในครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง ระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บสมอง รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาผู้ป่วยของแพทย์และเวชระเบียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกตัวและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้สึกตัวกลาสโกว่าของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นแบบที่สร้างโดย Jeneet และ Teasdale (1974) ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษา การพยากรณ์โรค และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับระดับการตื่นตัว และการรับรู้ถึงสิ่งเร้า

ที่มากระตุ้นหรือความรุนแรงของการหมดความรู้สึกของผู้บาดเจ็บสมองในระยะแรกหลังการได้รับบาดเจ็บ โดยประเมินจากพฤติกรรมการตอบสนองที่ดีที่สุดของผู้บาดเจ็บสมอง 3 ด้าน คือ การลืมตา (Eye opening) การพูดที่ดีที่สุด (Best verbal response) และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response) มีรายละเอียดของการประเมิน ดังนี้

การประเมินระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์					
การลืมตา	การพูดที่ดีที่สุด		การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด		
ลืมตาได้เอง	4	ตอบคำถามได้ถูกต้อง	5	เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง	6
ลืมตาเมื่อเรียก	3	พูดเป็นประโยคแต่สับสน	4	ไม่ทำตามคำสั่ง แต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2	พูดเป็นคำๆ	3	ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด	4
ไม่ลืมตาเลย	1	ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2	งอแขนเมื่อเจ็บ	3
		ไม่ส่งเสียงเลย	1	เหยียดแขนเมื่อเจ็บ	2
				ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย	1

มีคะแนนรวม 15 คะแนน จำแนกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองเป็น 3 ระดับ (Hickey, 2009) ดังนี้

คะแนน 13-15	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย
คะแนน 9-12	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง
คะแนน 3-8	หมายถึง	ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

2) แบบประเมินความพิการที่หลงเหลืออยู่ (Glasgow outcome scale) เป็นแบบประเมินของ Jennett และ Bond (1975) ที่สร้างรูปแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว์ (Glasgow Outcome Scale) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามลักษณะ ดังนี้

ระดับ	การประเมิน	สภาพผู้ป่วย
5	Good recovery มีการฟื้นตัวดี	ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดี อาจหายสนิทหรือหลงเหลือความพิการเพียงเล็กน้อย แต่สามารถดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งกลับไปทำงานได้

ระดับ	การประเมิน	สภาพผู้ป่วย
4	Moderate disability ระดับความพิการปานกลาง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสั้น ไม่รู้วัน เวลา บุคคล สถานที่ ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางอย่าง ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสังคมได้เหมือนเดิม
3	Severe disability ระดับความพิการรุนแรง	ผู้ป่วยรู้สึกตัว แต่มีความพิการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการทางร่างกายและสติปัญญา
2	Vegetative state ภาวะไม่มีการตอบสนอง อยู่ในสภาพผักไร้รัง	ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองและการพูดเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยอาจหายจากการบาดเจ็บแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การทำหน้าที่ในการรับรู้ความเข้าใจเสียไปโดยสมบูรณ์ ไม่มีการทำงานของสมองส่วน Cortex แต่ก้านสมองยังทำหน้าที่ได้ตามปกติ
1	Dead ตาย (เสียชีวิต)	ผู้ป่วยตาย (เสียชีวิต)

3) แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง Activity of Daily Living Index [ADL] เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Wade, 1992) ดังนี้

แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง Activity of Daily Living Index [ADL]

1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้
- 5 = ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ

แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
Activity of Daily Living Index [ADL]

2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)หรือต้องช่วยกันยกขึ้น
- 5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล
- 15 = ทำได้เอง

3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 = ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง
- 5 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน
- 10 = แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้

4. Toilet Use (การเข้าห้องน้ำ)

- 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้
- 5 = ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังเสร็จธุระ แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง)
- 10 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระแล้วถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 5 = อาบน้ำได้เอง

6. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 5 = ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง และจะต้องเข้าออกมุมหรือประตูได้
 - 10 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแล
 - 15 = เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
-

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0 = ไม่สามารถทำได้
- 5 = ต้องการคนช่วยเหลือ

แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
Activity of Daily Living Index [ADL]

8. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้เลยหรือน้อย
- 5 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 10 = ช่วยตัวเองได้ดี (การติดกระดุม รูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงหรือเหมาะสมก็ได้)

9. Bowels (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 = กลั่นไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 = กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้
 - 5 = กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
-

โดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

0-20	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
25-45	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
50-70	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
75-95	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก
100	หมายถึง	สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver Socio-Demographic Data) ได้แก่ ข้อมูลของผู้ดูแลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลได้จากการสอบถามผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบ (Checklist) และการตอบคำถามเชิงคุณภาพสั้นๆ

2. แบบสอบถามความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล (Knowledge and skill of Traumatic Brain Injury Care Questionnaires) เป็นแบบสอบถามความรู้ในการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้หรือพุทธิพิสัย (Cognitive domain) 6 ระดับ ได้แก่ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์

และการประเมินผล (Bloom, 1956) ของผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บสมองในระยะที่อยู่ที่บ้าน โดยมีพฤติกรรมข้างต้นที่ผู้ดูแลเกิดความความจำได้ และการสะสมความเข้าใจมาตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมด 0.84 ประกอบด้วย แบบประเมิน 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ในดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Traumatic Care Knowledge Questionnaires) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเรื่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผลของพยาธิสภาพ สาธารณะของเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง วิธีการ ขั้นตอนการปฏิบัติกาดูแลในแต่ละกิจกรรม เหตุผลในการปฏิบัติ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการแก้ไขปัญหา มีจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ใช่ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน และไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนรวมทั้งหมด 0-20 คะแนน ผลการตรวจสอบความเที่ยง 0.82

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Skill of Traumatic Brain Injury Questionnaires) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินลักษณะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล มีข้อความทั้งหมด 21 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.93 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ

- คะแนน 1 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเบื้องต้นได้
- คะแนน 2 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่ว
- คะแนน 3 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ปฏิบัติได้อย่างชำนาญ
- คะแนน 4 หมายถึง ผู้ดูแลปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ปฏิบัติได้ดีและมีการพัฒนา

ช่วงคะแนนรวมทั้งหมด 21-84 คะแนน แบ่งเกณฑ์ดังนี้

- ร้อยละ 81 – 100 หมายถึง มีทักษะระดับมากที่สุด
- ร้อยละ 61 - 80 หมายถึง มีทักษะระดับมาก
- ร้อยละ 41 - 60 หมายถึง มีทักษะระดับปานกลาง
- ร้อยละ 21 - 40 หมายถึง มีทักษะระดับน้อย
- ร้อยละ ต่ำกว่า 20 หมายถึง มีทักษะระดับปานกลาง

การแปลผลคะแนนความในการดูแลทั้ง 2 ด้าน โดยนำคะแนนดิบที่ได้มาเทียบจาก 100 ของค่าคะแนน และส่วนโดยรวมรายด้าน แล้วแบ่งระดับค่าคะแนนโดยรวมรายด้านตามค่าอันตรายภาคชั้น (Burns & Grove, 2005) ออกเป็น 5 ระดับ คือ

ร้อยละ	81-100	หมายถึง	มากที่สุด
ร้อยละ	61-80	หมายถึง	ระดับมาก
ร้อยละ	41-60	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ร้อยละ	21-40	หมายถึง	ระดับน้อย
ร้อยละ	0-20	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Traumatic Brain Injury Caregiver Burden) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ 0.84 ประกอบด้วย แบบประเมิน 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภาระการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย ชันัญชิตา ดุขภูมิ ทูลศิริ และรัชณี สรรเสริญ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 22 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.94 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย 4 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกที่เป็นประจำ และ 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเลย คะแนนรวมของแบบสอบถามนี้อยู่ระหว่าง 0-88 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาภาระการดูแลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0-20 คะแนน	หมายถึง	มีภาระการดูแลน้อย
21-40 คะแนน	หมายถึง	มีภาระการดูแลปานกลาง
41-60 คะแนน	หมายถึง	มีภาระการดูแลมาก
61-88 คะแนน	หมายถึง	มีภาระการดูแลมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแล ผู้วิจัยที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery Gonyea & Hooyman (1985) ซึ่งมีผู้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (อัญชลี ยศกรณ์, 2551) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 11 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ภาระการดูแลเชิงปรนัย 4 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกที่เป็นประจำ และ 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเลยคะแนนรวมของแบบสอบถามนี้อยู่ระหว่าง 0-44 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาภาระการดูแลแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0-11	หมายถึง	มีระดับของภาระการดูแลน้อย
คะแนน	12-22	หมายถึง	มีระดับของภาระการดูแลปานกลาง
คะแนน	23-33	หมายถึง	มีระดับของภาระการดูแลมาก

คะแนน 34-44 หมายถึง มีระดับของภาวะการดูแลมากที่สุด
การแปลผลคะแนนภาวะการดูแลทั้ง 2 ส่วน โดยนำคะแนนดิบที่ได้มาเทียบจาก 100 ของค่าคะแนน และส่วนโดยรวมรายด้าน แล้วแบ่งระดับค่าคะแนนโดยรวมรายด้านตามค่าอันตรภาคชั้น (Burns & Grove, 2005) ออกเป็น 5 ระดับ คือ

ร้อยละ	81-100	หมายถึง	มากที่สุด
ร้อยละ	61-80	หมายถึง	ระดับมาก
ร้อยละ	41-60	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ร้อยละ	21-40	หมายถึง	ระดับน้อย
ร้อยละ	0-20	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Stress and Caring Stress of Traumatic Brain Injury Caregivers) แบบสอบถามความเครียดทั่วไปและความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่ผู้วิจัยที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบประเมิน 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเครียดทั่วไป (Stress Questionnaires) มีลักษณะเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ความเครียดทั่วไป 3 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกที่เป็นประจำ และ 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเลย คะแนนรวมของแบบสอบถามนี้อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาภาวะการดูแลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0 – 5	หมายถึง	ท่านมีความเครียดในระดับต่ำ
คะแนน	6 - 17	หมายถึง	ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนน	18 - 25	หมายถึง	ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย
คะแนน	26 – 29	หมายถึง	ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง
คะแนน	30 – 60	หมายถึง	ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินจากแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire [PQS]) พัฒนาโดย Lovonste และคณะ (1993) แปลเป็นไทยโดย วรียา วชิราวัฒน์ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย 5 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกที่เป็นประจำ และ 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเลย

โดยมีคะแนนทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน ประเมินคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วริยา วชิราวัฒน์, 2543)

ช่วงคะแนน	0-13	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	14-26	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	27-40	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

การแปลผลคะแนนความเครียดทั้ง 2 ด้าน โดยนำคะแนนดิบที่ได้มาเทียบจาก 100 ของค่าคะแนน และส่วนโดยรวมรายด้าน แล้วแบ่งระดับค่าคะแนนโดยรวมรายด้านตามค่าอันตรรกาคชั้น (Burns & Grove, 2005) ออกเป็น 5 ระดับ คือ

ร้อยละ	81-100	หมายถึง	มากที่สุด
ร้อยละ	61-80	หมายถึง	ระดับมาก
ร้อยละ	41-60	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ร้อยละ	21-40	หมายถึง	ระดับน้อย
ร้อยละ	0-20	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Self-management support program [SMSP]) เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการร่วมกับกาจัดการตนเองร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ตามแนวคิดทางปัญญาสังคม เพื่อส่งเสริมแนวทางการจัดการตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง ประกอบด้วย 4 ภารกิจ ได้แก่ ภารกิจที่หนึ่ง การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (information and skills training support) ประกอบด้วยวิธีการ คือ การระบุและรวบรวมปัญหาจากการดูแลร่วมกับผู้ดูแล การเสริมความรู้และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย การสาธิต สาธิตย้อนกลับ และการสังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ (modeling) ภารกิจที่สอง การสนับสนุนด้านอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด (stress and emotional support) ประกอบด้วยวิธีการ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแลแบบกลุ่มย่อยหรือแบบเดี่ยว การบอกเล่าความรู้สึกหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลและประสบการณ์การจัดการความเครียด รวมทั้งการฝึกประสบการณ์การผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกาย ภารกิจที่สาม การสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (caregiver self-management support) 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล การสังเกตและการติดตามอาการผู้ป่วย 3) การประมวลผลและการประเมินผลข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง (Creer, 2000)

ตามคู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และภารกิจที่สี่ การสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลให้มีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง (providing regular and sustained follow-up) โดยการติดตามผลการปฏิบัติทางโทรศัพท์ การสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพูดคุยซักถามและการให้กำลังใจจากผู้วิจัย

2. คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Caregiver Self-Management Booklet for Traumatic Brain Injury Care) เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาในคู่มือเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล ในระยะการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ได้แก่ เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคหรือภาวะบาดเจ็บสมอง พยาธิสภาพภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ สารเนื้อหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง วิธีการ ขั้นตอนการปฏิบัติดูแลในแต่ละกิจกรรม เหตุผลการปฏิบัติ วิธีการแก้ไขปัญหา และเนื้อหาเกี่ยวกับฝึกทักษะในการจัดการตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000)

3. วิดีทัศน์ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ (Modelling of Traumatic Brain Injury Care Video) เป็นวีดิทัศน์ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ตามแนวคิดทางปัญญาสังคมของ Bandura (1986; 1997) จากการเรียนรู้ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น มีจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 วิดีทัศน์ต้นแบบสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง: ผู้ดูแลมือใหม่ด้วยความยาวเนื้อหาประมาณ 10 นาที

ชุดที่ 2 วิดีทัศน์ต้นแบบสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง: ผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จ ความยาวเนื้อหาประมาณ 15 นาที

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยจะต้องนำเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองไปตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และวิธีทัศนัยตัวแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 2 คน จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองคลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถาม โดยประเมินข้อคำถามในแต่ละข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 4 ระดับ และเลือกข้อที่ได้คะแนน 3 และ 4 มาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) (Hambleton et al., 1975) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่า 0.8 (Davis, 1992) ได้ค่าความตามเนื้อหา 1 0.93 และ 1 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านมาปรับปรุงแก้ไขข้อความในแต่ละข้อคำถามทั้งด้านการใช้ภาษา ความเข้าใจง่าย ความชัดเจน ความกระชับ และไม่มีซ้ำซ้อน

3.4.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 คน และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณ โดยแบบสอบถามความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คำนวณโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20, 21 หรือ KR-20, KR-21 ส่วนแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา

รอนบาค ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ คือ 0.8 (Burns & Grove, 2005) โดยแบบสอบถามความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คำนวณโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20, 21 ได้ 0.84 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ

3.4.3 การตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือวิจัย (Efficiency test)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 5 คน เพื่อให้ผู้ดูแลอ่านทำความเข้าใจเนื้อหาในคู่มือ ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ความสนใจ การยอมรับ ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการทำความเข้าใจของผู้ดูแล ผู้วิจัยจัดบันทึกข้อบกพร่องต่างๆ ของคู่มือ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง 3) สื่่วิตทัศน์ผู้วิจัยนำสื่่วิตทัศน์ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ นำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่คลินิกศัลยกรรมประสาทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 5 ราย ในขณะที่มีการทดลอง ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะจากผู้ดูแลและบันทึกข้อบกพร่องต่างๆ ของสื่่วิตทัศน์ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

หลังได้รับอนุมัติโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป ให้คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ พิจารณาเพื่ออนุมัติโครงการวิจัย
2. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยจากท่านผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมหนังสือจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ โครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป เครื่องมือวิจัยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ถึงผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน เพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหา
3. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยมาวิเคราะห์หาค่า CVI ทั้งรายข้อและรายด้านนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงข้อคำถามให้เข้าใจง่าย ชัดเจน กระชับ ปรับปรุงข้อคำถาม และแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น
4. ผู้วิจัยส่งหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมหนังสือรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขา

วิทยาศาสตร์ โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป ตัวอย่างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี เพื่ออนุมัติดำเนินการทดสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

5. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 ราย และได้ตรวจสอบประสิทธิภาพของคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และสื่อวีดิทัศน์ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ โดยนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 5 คน

6. วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงความเชื่อมั่นและประสิทธิภาพของเครื่องมือวิจัยทำการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

7. เมื่อได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือไม่น้อยกว่า 0.8 ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือวิจัยไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง 66 ราย

3.5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยมาติดตามการรักษาในวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นใช้เทคนิคการจับคู่ (Pair matching) โดยการพิจารณาองค์ประกอบ ดังนี้ 1) อายุของผู้ดูแล 2) ระยะเวลาในการดูแล 3) ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวของผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ดูแลในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย สัมภาษณ์ชื่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากแฟ้มประวัติและจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มๆ ละ 4-6 คน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว ในห้องตรวจหมายเลข 5

1. แนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล ประเมินแบบวัดความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 2. ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการเข้าสู่โปรแกรมฯ
 3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทบทวนการปฏิบัติ และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล
 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแล ปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขปัญหา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้สำเร็จ
 5. ให้ผู้ดูแลร่วมกันรวบรวมปัญหาจากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล (Caregiver-identified problems)
 6. การสนับสนุนความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่
 - 6.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือภาวะบาดเจ็บสมอง พยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ
 - 6.2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง วิธีการ/ขั้นตอนในการปฏิบัติ และเหตุผลการปฏิบัติ รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา
 7. ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ
 8. สังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ (Modeling)
 9. การฝึกทักษะในการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยใช้คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่
 - 9.1 การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ ภายหลังจากผู้ดูแลได้รับความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ อย่างเพียงพอ
 - 9.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง และมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำไปทบทวน และเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน
 10. กล่าวชมเชยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ
 11. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบคำถาม

12. สรุปกิจกรรมพร้อมเน้นย้ำให้ผู้ดูแลกลับไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5) ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พูดคุยซักถามอาการทั่วไป

2. เปิดระบายความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยวิธีกลุ่มย่อย

3. การฝึกประสบการณ์และความรู้สึกเครียด โดยการฝึกการหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกาย

4. ตรวจสอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจากคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยจดบันทึก ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และแนะนำเพิ่มในส่วนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

5. สอนทักษะการจัดการตนเองข้อที่เหลือ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการกำเป้าหมายการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง มาวิเคราะห์

5.1 การประมวลผลและประเมินข้อมูลด้วยตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูลด้วยตนเองวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

5.2 การตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองบนพื้นฐานของข้อมูลที่รวบรวมได้

5.3 การลงมือปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือ

5.4 การสะท้อนตนเองการสะท้อนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และต้องการปรับปรุงเรื่องใดเพิ่มเติม

5.5 มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำไปทบทวนและบันทึกติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

6. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ตอบคำถาม

7. สรุปกิจกรรมพร้อมเน้นย้ำให้ผู้ดูแลกลับไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พูดคุยซักถามอาการทั่วไป

2. ตรวจสอบกระบวนการจัดการตนเองในแต่ละขั้นตอนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจากคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยจดบันทึก ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และแนะนำเพิ่มในส่วนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ตอบคำถาม
4. ประเมินแบบวัดความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
5. ชี้แจงให้ทราบว่า เป็นการพบกันครั้งสุดท้าย เป็นการสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้ระยะเวลา 30 นาที

ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และผู้ดูแล ประเมินแบบวัดความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5) ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที

ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พูดคุยซักถามอาการทั่วไป นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12

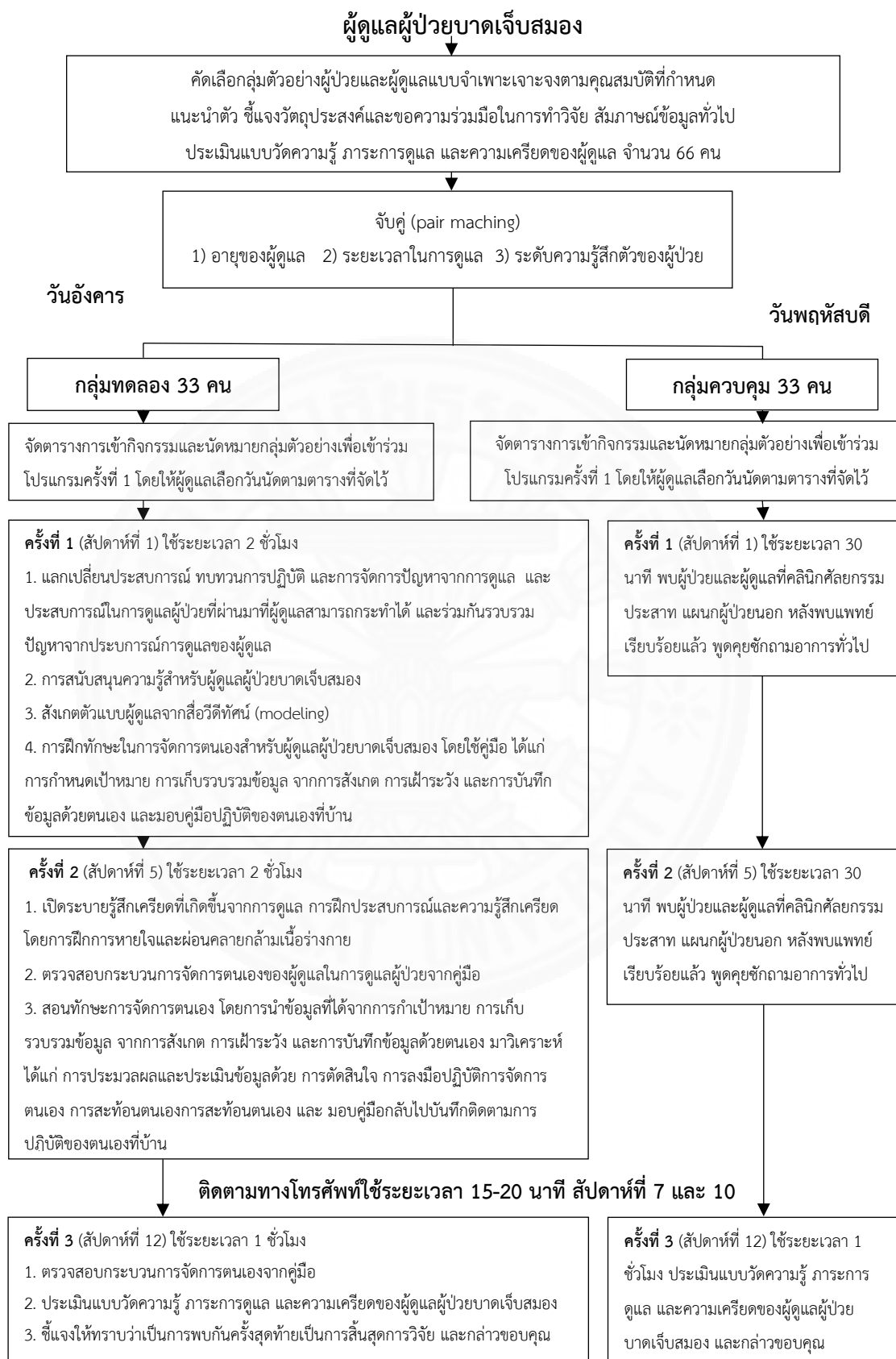
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ใช้ระยะเวลา 30 นาที

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พูดคุยซักถามอาการทั่วไป
2. ประเมินแบบวัดความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
3. ชี้แจงให้ทราบว่า เป็นการพบกันครั้งสุดท้ายและสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

4. มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้านให้แก่ผู้ดูแล

ติดตามทางโทรศัพท์ใช้ระยะเวลา 15-20 นาทีเพื่อกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและความวิตกกังวล มีการชี้แจงด้วยคำพูด โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและปฏิบัติต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 7 และ 10

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองสรุปเป็นแผนภาพดังแสดงในภาพที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ และให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

ชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มวิจัยตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย การได้รับสิทธิ์ในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการด้วยตนเอง สิทธิ์ในการรับข้อมูลบางอย่างอย่างเปิดเผยทั้งด้านบวกและด้านลบของงานวิจัย สิทธิ์ในการรับการปกปิดชื่อ และการรักษาความลับของบุคคลความเป็นส่วนตัว รวมทั้งสิทธิ์ในการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่สูญเสียการรักษาพยาบาลตามสิทธิ์แต่อย่างใด และหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากการอธิบายและเอกสาร ตามคำชี้แจงข้อมูลแก่เข้าร่วมโครงการอย่างชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการบังคับ โดยผู้วิจัยให้เวลาและไม่เร่งรัดเวลาในการตัดสินใจ

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อ หรือลายเซ็นในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งให้พยานลงนามกำกับ จากนั้นชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลทุกอย่างจะได้รับการปกปิดเป็นความลับเพื่อให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเป็นการเปิดเผยข้อมูลในภาพรวม และนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-สกุล ของกลุ่มตัวอย่างหรือรายละเอียดอื่นๆ ที่จะสามารถสืบค้นมาถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยมีการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างโดยแพทย์ผู้รักษาและได้พิจารณาแล้วว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้ ในระยะเข้าร่วมโครงการวิจัยทำการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการเข้าร่วมโครงการ กรณีเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้วางแผนป้องกันและแก้ไขร่วมกับคลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์ผู้รักษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การช่วยเหลือในกรณีที่เกิดอันตรายระหว่างเข้าร่วมโครงการ และผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้หากมีข้อสงสัยหรือคำถาม และเพื่อความสะดวกในการนัดหมายและเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเน้นย้ำให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical package for the social science) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว และข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วยและการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง การวินิจฉัยการบาดเจ็บสมอง ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด ระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บ ระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square test และ Fisher exact test

2. วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแล การดูแลดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแล การดูแลดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแล การดูแลดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีประสิทธิภาพ ต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติค่าที่ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยต้องมีลักษณะดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2553)

1. ตัวแปรแต่ละตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) จากตาราง Descriptive แผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) กราฟ Normal Q-Q Plot พบว่าตัวแปร มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

2. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยการทำให้ Scatter plot กราฟที่ไต่ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามจะเป็นเส้นตรง

3. การกระจายของประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยประชากรของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality distribution)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล

4.1.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (Within group)

4.1.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Within group)

4.1.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลอง (Between groups)

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.82 มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.43 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.60 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.43 มีการประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร ร้อยละ 54.54 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 42.43 สำหรับบทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.52 สถานที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านตนเอง ร้อยละ 45.46 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.79

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.73 มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.43 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.52 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.43 มีการประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร ร้อยละ 60.61 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 36.36 สำหรับบทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 54.55 สถานที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 54.55 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.73

ผลของการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square test พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ดังตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มทดลอง (n = 33) และกลุ่มควบคุม (n = 33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistic test	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			.776	.378 ^a
ชาย	27 (81.82)	24 (72.73)		
หญิง	6 (18.18)	9 (27.27)		
อายุ (ปี) (Mean 41.71, SD = 12.43)			1.683	.431 ^a
18-30	8 (24.24)	6 (18.18)		
31-45	14 (42.43)	14 (42.43)		
46-60	11 (33.33)	13 (39.39)		
สถานภาพสมรส			.636	.768 ^b
คู่	20 (60.60)	17 (51.52)		
โสด	10 (30.30)	12 (36.36)		
หย่า/แยก	3 (9.10)	4 (12.12)		
ระดับการศึกษา			1.047	.838 ^b
ประถมศึกษา	14 (42.43)	14 (42.43)		
มัธยมศึกษา	10 (30.30)	7 (21.21)		
ปวช./ปวส.	4 (12.12)	5 (15.15)		
ปริญญาตรี	5 (15.15)	7 (21.21)		
อาชีพ			1.858	.694 ^b
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	18 (54.54)	20 (60.61)		
พนักงานบริษัท/โรงงาน	7 (21.21)	9 (27.27)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (15.15)	2 (6.06)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (9.10)	2 (6.06)		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistic test	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			2.664	.446 ^a
น้อยกว่า 5,000 บาท	10 (33.30)	6 (18.19)		
5,001-12,000 บาท	14 (42.43)	12 (36.36)		
12,001-20,000 บาท	5 (15.15)	8 (24.24)		
20,001-50,000 บาท	4 (12.12)	7 (21.21)		
บทบาทในครอบครัว			.061	.805 ^a
หัวหน้าครอบครัว	17 (51.52)	18 (54.55)		
สมาชิกครอบครัว	16 (48.48)	15 (45.45)		
สถานที่อยู่อาศัย			4.246	.222 ^b
บ้านตนเอง	15 (45.46)	18 (54.55)		
บ้านพ่อแม่	12 (36.36)	8 (24.24)		
บ้านเช่า	6 (18.18)	6 (18.18)		
บ้านญาติ	0 (0.00)	1 (3.03)		
โรคประจำตัว			1.177	.646 ^b
ไม่มีโรคประจำตัว	26 (78.79)	24 (72.73)		
มีโรคร่วม 1-2 โรค	5 (15.15)	8 (24.24)		
มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค	2 (6.06)	1 (3.03)		

หมายเหตุ ^a = Chi-square, ^b = Fisher's exact test

ข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

กลุ่มทดลองมีสาเหตุของการบาดเจ็บสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 100 มีระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์อยู่ในระดับ 9-12 คะแนน ร้อยละ 75.76 มีคะแนน Glasgow Outcome Scale อยู่ในช่วง Severe disability ร้อยละ 45.46 และมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิล อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มากที่สุดร้อยละ 72.73 และส่วนใหญ่อยู่ในระยะเวลา 1-6 เดือน ภายหลังการบาดเจ็บสมอง ร้อยละ 54.55

กลุ่มควบคุมมีสาเหตุของการบาดเจ็บสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 96.97 มีระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์อยู่ในระดับ 9-12 คะแนน ร้อยละ 75.76 มีคะแนน Glasgow Outcome Scale อยู่ในช่วง Severe disability ร้อยละ 54.55 และมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิล อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มากที่สุด ร้อยละ 54.55 และส่วนใหญ่อยู่ในระยะเวลา 1-6 เดือน ภายหลังการบาดเจ็บสมอง ร้อยละ 54.55

ผลของการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square test พบว่าตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ดังตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2

ข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มทดลอง (n = 33) และกลุ่มควบคุม (n = 33)

ข้อมูลการบาดเจ็บ และการรักษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistic test	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง				
อุบัติเหตุทางถนน	33 (100.00)	32 (96.97)		
ถูกทำร้ายร่างกาย	0 (0.00)	1 (3.03)		
ระดับความรู้สึกลูกตัวกลาสโกว์			.00	1.00 ^a
9-12 คะแนน	25 (75.65)	25 (75.65)		
3-8 คะแนน	8 (24.24)	8 (24.25)		
เวลาภายหลังการบาดเจ็บสมอง			.00	1.00 ^a
1-6 เดือน	18 (54.55)	18 (54.55)		
7-12 เดือน	15 (45.45)	15 (45.45)		
Glasgow Outcome Scale			1.468	.468 ^a
Moderate disability	9 (27.27)	5 (15.15)		
Severe disability	15 (45.46)	18 (54.55)		
Vegetative state	9 (27.27)	10 (30.30)		
การทำกิจวัตรประจำวัน			5.484	.115 ^a
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	24 (72.73)	18 (54.55)		
ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	4 (12.12)	11 (33.33)		
ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง	5 (15.15)	4 (12.12)		

หมายเหตุ ^a = Chi-square, ^b = Fisher's exact test

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.85 มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.49 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.85 บทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิก ครอบครัว ร้อยละ 87.88 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 51.52 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42. ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.30 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 72.72 และมีความเพียงพอของรายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มีความเพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 42.40 ส่วนโรคประจำตัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.94 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 39.40 สำหรับระยะเวลาดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 7 วัน - 3 เดือน ร้อยละ 78.79 โดยส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วย 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 100 และใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวันมากกว่า ชั่วโมง ร้อยละ 84.85

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.70 มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.42 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.73 บทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิก ครอบครัว ร้อยละ 81.82 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 36.37 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.30 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 60.61 และมีความเพียงพอของรายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มีความเพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 60.61 ส่วนโรคประจำตัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.88 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 48.48 สำหรับระยะเวลาดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 7 วัน - 3 เดือน ร้อยละ 78.79 โดยส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 96.97 และใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 87.88

ผลของการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square test พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ดังตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง (n = 33) และกลุ่มควบคุม (n = 33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistic test	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			2.157	.142 ^a
หญิง	28 (84.85)	23 (69.70)		
ชาย	5 (15.15)	10 (30.30)		
อายุ (ปี)			1.952	.377 ^a
18-30	7 (21.21)	4 (12.12)		
31-45	10 (30.30)	14 (42.42)		
46-60	16 (48.49)	15 (45.46)		
สถานภาพสมรส			2.178	.678 ^b
คู่	28 (84.85)	24 (72.73)		
โสด หย่า แยก	5 (15.15)	9 (27.27)		
บทบาทในครอบครัว			.471	.492 ^a
สมาชิกครอบครัว	29 (87.88)	27 (81.82)		
หัวหน้าครอบครัว	4 (12.12)	6 (18.18)		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			4.221	.239 ^a
คู่สมรส	17 (51.52)	12 (36.37)		
บิดา/มารดา	8 (24.24)	5 (15.15)		
บุตรหลาน	4 (12.12)	8 (24.24)		
ญาติ/พี่น้อง	4 (12.12)	8 (24.24)		
ระดับการศึกษา			1.462	1.00 ^b
ประถมศึกษา	14 (42.42)	10 (30.30)		
มัธยมศึกษา	10 (30.30)	8 (24.24)		
ปวช./ปวส.	4 (12.12)	4 (12.12)		
ปริญญาตรี	3 (9.09)	9 (27.27)		
ไม่ได้รับการศึกษา	2 (6.06)	2 (6.06)		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistic test	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพก่อนการดูแลผู้ป่วย			1.464	1.00 ^b
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (30.30)	10 (30.30)		
รับจ้างทั่วไป/เกษตรกรรม	10 (30.30)	9 (27.27)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 (27.27)	10 (30.30)		
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	4 (12.12)	4 (12.12)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว			2.293	.560 ^b
น้อยกว่า 5,000 บาท	0 (0.00)	2 (6.06)		
5,001-12,000 บาท	24 (72.72)	20 (60.61)		
12,001-20,000 บาท	3 (9.10)	4 (12.12)		
20,001-50,000 บาท	6 (18.18)	7 (21.21)		
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว			.063	.802 ^a
เพียงพอกับรายจ่าย	19 (42.40)	20 (60.61)		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	14 (57.60)	13 (39.39)		
โรคประจำตัว				.673 ^b
ไม่มีโรคประจำตัว	31 (93.94)	29 (87.88)		
มีโรคประจำตัว	2 (6.06)	4 (12.12)		
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล			2.908	.416 ^b
แข็งแรงมากที่สุด	9 (27.27)	7 (21.21)		
แข็งแรงมาก	13 (39.40)	16 (48.48)		
แข็งแรงปานกลาง	9 (27.27)	5 (15.15)		
ไม่เคยตรวจสุขภาพ	2 (6.06)	5 (15.15)		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย			.000	1.00 ^a
มากกว่า 7 วัน-3 เดือน	26 (78.79)	26 (78.79)		
มากกว่า 3 เดือน-6 เดือน	6 (18.18)	3 (9.10)		
มากกว่า 6 เดือน-12 เดือน	1 (3.03)	4 (12.11)		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Statistic test	P value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
จำนวนวันที่ดูแลผู้ป่วย				1.00 ^b
6-7 วันต่อสัปดาห์	33 (100.00)	32 (96.97)		
3-5 วันต่อสัปดาห์	0 (0.00)	1 (3.03)		
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วย				1.00 ^b
มากกว่า 8 ชั่วโมง	28 (84.85)	29 (87.88)		
8 ชั่วโมงต่อวัน ขึ้นไป	5 (15.15)	4 (12.12)		

หมายเหตุ ^a = Chi-square, ^b = Fisher's exact test

4.1.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลของกลุ่มทดลองโดยรวมและรายด้าน ก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($M = 41.61$, $SD = 10.62$) ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลโดยรวมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($M = 79.21$, $SD = 12.48$) คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลรายด้าน คือด้านความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด ด้านทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะในการดูแลของกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 67.76$, $SD = 10.99$) ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลโดยรวมลดลงเป็นระดับน้อย ($M = 50.27$, $SD = 8.62$) โดยค่าเฉลี่ยภาวะในการดูแลรายด้าน คือด้านภาวะในการดูแลเชิงอัตนัยค่าคะแนนลดลงแต่ไม่เปลี่ยนแปลงระดับ ส่วนด้านภาวะการดูแลตนเองเชิงปรนัยลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน โดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 58.52$, $SD = 13.11$) ภายหลังการทดลองลดลงเป็นระดับน้อย ($M = 40.45$, $SD = 9.66$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของ

ผู้ดูแลรายด้านพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดทั่วไปอยู่ในระดับสูง ภายหลังจากทดลองค่าคะแนนลดลงเป็นระดับน้อย ด้านความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลลดลงแต่ยังคงเป็นระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล และความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 33)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล
ความรู้ในการดูแล				
โดยรวม	41.61 (10.62)	น้อย	79.21 (12.48)	มากที่สุด
รายด้าน				
ความรู้ในการดูแล	9.45 (2.78)	น้อย	16.36 (2.16)	มากที่สุด
ทักษะในการดูแล	32.15 (7.69)	น้อย	62.85 (11.41)	มาก
ภาระการดูแล				
โดยรวม	67.76 (10.99)	ปานกลาง	50.27 (8.62)	น้อย
รายด้าน				
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	38.06 (9.36)	ปานกลาง	28.85 (6.09)	ปานกลาง
ภาระการดูแลเชิงปรนัย	29.70 (6.74)	มาก	21.42 (6.03)	ปานกลาง
ความเครียดของผู้ดูแล				
โดยรวม	58.52 (13.11)	ปานกลาง	40.45 (9.66)	น้อย
รายด้าน				
ความเครียดทั่วไป	35.09 (7.25)	สูง	23.33 (7.22)	น้อย
ความเครียดจากการดูแล	23.42 (6.97)	ปานกลาง	17.12 (4.93)	ปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลของกลุ่มควบคุม พบว่าค่าคะแนนโดยรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย ($M = 43.27$, $SD = 11.69$) ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลโดยรวมยังคงอยู่ในระดับน้อย ($M = 45.21$, $SD = 9.34$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลรายด้าน คือด้านความรู้ในการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง ด้านทักษะในการดูแลค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลรายด้านเชิงอัตนัยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ด้านภาระการดูแลเชิงปรนัยคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับมากทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อน ($M = 58.12$, $SD = 13.72$) และหลังการทดลอง ($M = 57.27$, $SD = 13.90$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดรายด้านคือ ความเครียดทั่วไปอยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5

คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล และความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 33)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล
ความรู้ในการดูแล				
โดยรวม	43.27 (11.69)	น้อย	45.21 (9.34)	น้อย
รายด้าน				
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	8.97 (2.60)	น้อย	9.15 (2.09)	ปานกลาง
ทักษะในการดูแลผู้ป่วย	34.30 (9.38)	น้อย	36.06 (8.71)	น้อย
ภาระการดูแล				
โดยรวม	65.88 (11.38)	ปานกลาง	69.18 (17.14)	ปานกลาง
รายด้าน				
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	38.06 (9.36)	ปานกลาง	40.73 (11.72)	มาก
ภาระการดูแลเชิงปรนัย	27.97 (7.09)	มาก	28.61 (8.62)	มาก
ความเครียดของผู้ดูแล				
โดยรวม	58.12 (13.72)	ปานกลาง	57.27 (13.90)	ปานกลาง
รายด้าน				
ความเครียดทั่วไป	35.15 (9.47)	สูง	33.97 (10.24)	สูง
ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย	22.97 (5.71)	ปานกลาง	23.30 (5.65)	ปานกลาง

4.1.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (Within group)

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำเป็นต้องมีการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล โดยจะใช้สถิติทดสอบ 2 แบบ คือ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilk ซึ่งในงานวิจัยข้อมูลมีจำนวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม น้อยกว่า 50 ชุด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ทดสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรตาม ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จากการทดสอบพบว่า ข้อมูลตัวแปรทั้งหมด มีการกระจายแบบปกติ ตัวแปรที่ศึกษามีอิสระจากกัน ความแปรปรวนของตัวแปรตามและความแปรปรวนรวมในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระต่อกัน (Homogeneity of variance) ดังตารางในภาคผนวก ข ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สถิติพารามेटริก (Parametric test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลของกลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.35, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลรายด้าน คือ ด้านความรู้ในการดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.69, p < .05$) ด้านทักษะในการดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.41, p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะในการดูแลของกลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.019, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยภาวะในการดูแลรายด้าน คือด้านภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.20, p < .05$) ส่วนด้านภาวะการดูแลตนเองเชิงปรนัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.35, p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.39, p < .05$) โดยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลรายด้าน คือด้านความเครียดทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.19, p < .05$) ด้านความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.63, p < .05$) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังโปรแกรม

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	df	t	P value
	M (SD)	M (SD)			
ความรู้ในการดูแล					
โดยรวม	41.61 (10.62)	79.21 (12.48)	65	7.35	.000
รายด้าน					
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	9.45 (2.78)	16.36 (2.16)	32	15.69	.000
ทักษะในการดูแลผู้ป่วย	32.15 (7.69)	62.85 (11.41)	32	12.41	.000
ภาวะการดูแล					
โดยรวม	67.76 (10.99)	50.27 (8.62)	65	-3.02	.000
รายด้าน					
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	38.06 (9.36)	28.85 (6.09)	32	-4.20	.000
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย	29.70 (6.74)	21.42 (6.03)	32	-6.35	.000
ความเครียด					
โดยรวม	58.52 (13.11)	40.45 (9.66)	65	-6.39	.000
รายด้าน					
ความเครียดทั่วไป	35.09 (7.25)	23.33 (7.22)	32	9.19	.000
ความเครียดจากการดูแล	23.42 (6.97)	17.12 (4.93)	32	-10.63	.000

4.1.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Within group)

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำเป็นต้องมีการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล โดยจะใช้สถิติทดสอบ 2 แบบ คือ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilk ซึ่งในงานวิจัยนี้มีจำนวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม น้อยกว่า 50 ชุด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ทดสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรตามประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากการทดสอบ พบว่า ข้อมูลตัวแปรทั้งหมด มีการกระจายแบบปกติ ตัวแปรที่ศึกษามีอิสระจากกัน ความแปรปรวนของตัวแปรตามและความแปรปรวนรวมในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระต่อกัน (Homogeneity of variance) ดังตารางในภาคผนวก ข ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สถิติพารามेटริก (Parametric test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลของกลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.627, p > .05$) โดยค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลรายด้าน คือ ด้านความรู้ในการดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.42, p > .05$) ด้านทักษะในการดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.452, p > .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะในการดูแลของกลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.82, p > .05$) โดยค่าเฉลี่ยภาวะในการดูแลรายด้าน คือด้านภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.683, p > .05$) ส่วนด้านภาวะการดูแลตนเองเชิงปรนัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.89, p > .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.12, p > .05$) โดยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลรายด้าน คือด้านความเครียดทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.62, p > .05$) ด้านความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.42, p > .05$) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังโปรแกรม

กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	df	t	P value
	M (SD)	M (SD)			
ความรู้ในการดูแล					
โดยรวม	43.27 (11.69)	45.21 (9.34)	32	-.62	.535
รายด้าน					
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	8.97 (2.60)	9.15 (2.09)	32	-1.42	.165
ทักษะในการดูแลผู้ป่วย	34.30 (9.38)	36.06 (8.71)	32	-1.45	.156
ภาวะการดูแล					
โดยรวม	65.88 (11.38)	69.18 (17.14)	32	-1.82	.078
รายด้าน					
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	38.06 (9.36)	40.73 (11.72)	32	-.683	.500
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย	27.97 (7.09)	28.61 (8.62)	32	-1.89	.067
ความเครียด					
โดยรวม	58.12 (13.72)	57.27 (13.90)	32	1.127	.268
รายด้าน					
ความเครียดทั่วไป	35.15 (9.47)	33.97 (10.24)	32	-.627	.535
ความเครียดจากการดูแล	22.97 (5.71)	23.30 (5.65)	32	-1.423	.165

4.1.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง (Between groups)

ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.52, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลรายด้าน คือ ด้านความรู้ในการดูแล กลุ่มทดลองมีเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.76, p < .000$) ส่วนด้านทักษะในการดูแล กลุ่มทดลองมีเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.52, p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะในการดูแล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.66, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยภาวะการดูแลรายด้าน คือ ด้านภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.16, p < .05$) ส่วนด้านภาวะการดูแลเชิงปรนัย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.02, p < .05$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.70, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลรายด้าน คือ ด้านความเครียดทั่วไป ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.87, p < .05$) ส่วนด้านความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.73, p < .05$) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 33) และกลุ่มควบคุม (n = 33) หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	df	t	P value
	M (SD)	M (SD)			
ความรู้ในการดูแล	79.21 (12.48)	45.21 (9.34)			
โดยรวม			64	-12.52	.000
รายด้าน	16.36 (2.16)	9.15 (2.09)			
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	62.85 (11.41)	36.06 (8.71)	64	-13.76	.000
ทักษะในการดูแลผู้ป่วย			64	-10.72	.000
ภาระการดูแล	50.27 (8.62)	69.18 (17.14)			
โดยรวม			47	5.66	.000
รายด้าน	28.85 (6.09)	40.73 (11.72)			
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	21.42 (6.03)	28.61 (8.62)	48	5.16	.000
ภาระการดูแลเชิงปรนัย			64	-7.02	.000
ความเครียด	40.45 (9.66)	57.27 (13.90)			
โดยรวม			57	5.70	.000
รายด้าน	23.33 (7.22)	33.97 (10.24)			
ความเครียดทั่วไป	17.12 (4.93)	23.30 (5.65)	64	4.87	.000
ความเครียดจากการดูแล	79.21 (12.48)	45.21 (9.34)	64	4.73	.000

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก ศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี สามารถอภิปรายผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.27 มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยทำงาน (รุ่งนภา เขียวชะอุ่ม, 2554; สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท, 2556; สิริประภา สายโยชน์, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา มีความเสื่อมของเซลล์ประสาท รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่มากขึ้น การปรับขนาดของร่างกายลดลง การซ่อมแซมเนื้อเยื่อลดลง มีความไวต่อความเครียด ทนต่อการบาดเจ็บได้น้อย มีโอกาสติดเชื้อและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ ได้เร็ว และมีการฟื้นฟูสุขภาพได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (สิริประภา สายโยชน์, 2558)

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและบทบาทในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งสถานภาพและบทบาทของครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และเป็นกำลังหลักในการทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บขึ้นต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพที่ยาวนาน ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติหรือต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้

ปัจจัยด้านและสัมพันธ์กับข้อมูลการบาดเจ็บสมองมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน โดยประเทศไทยซึ่งมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลก นอกจากนี้ยังเป็น การบาดเจ็บชนิดที่มีความรุนแรงมากที่สุดของการบาดเจ็บทั้งหมด (CDC, 2015; Li, Zhao, Yu, & Zhang, 2016) ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนการบาดเจ็บสมอง GCS at baseline อยู่ในระดับ Moderate GCS 9-12 คะแนน ซึ่งการบาดเจ็บสมองระดับนี้ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือสับสน และหลับเกือบตลอดเวลาจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด ผู้ป่วยบางรายอาจมีการบกพร่องทางระบบประสาทภายหลังจากการบาดเจ็บสมอง 3

เดือน หรือบางรายอาจพบอาการปวดศีรษะตลอดเวลา และความจำลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 70 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่สังคมและอาชีพเดิมได้ (Jennett & Teasdale, 1974; Menon et al., 2010) สอดคล้องกับผลประเมินระดับความพิการหลงเหลือของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับความพิการรุนแรง (Severe disability) ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางจึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด

ด้านระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 1-6 เดือน เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นช่วงของการฟื้นฟูสภาพภายหลังการบาดเจ็บ (Headway, 2017, สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2012) ดังนั้นในระยะนี้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพภายหลังการบาดเจ็บที่ดี ในระยะนั้นนอกสมองจะสามารถฟื้นฟูสภาพแล้ว ยังมีบางส่วนเซลล์สมองที่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่และสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้ คือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เซลล์สมองเกิดการบาดเจ็บซ้ำ เนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ภาวะสมองบวม ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ภายหลังจากกลับบ้าน (Bayen et al., 2013; Nakamura, Hillary, & Biswal, 2009; Teasell & Hussein, 2014; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2012) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะการติดเชื้อที่ปอด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะชก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีแผลกดทับเนื่องจากการนอนท่าเดียวนานๆ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบเล็ก เป็นต้น (Pangilinan, 2014) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่กลับบ้าน ผู้ดูแลจึงเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญสำหรับชีวิตผู้ป่วย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) เพราะการได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นหรือผู้ป่วยบางรายอาจกลับไปทำงานได้ ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสมทำให้เกิดความพิการถาวร คุณภาพชีวิตต่ำและมีอัตราการตายสูงขึ้นได้ (อุมา จันทวิเศษ, 2552)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.27 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (รุ่งนภา เขียวชะอุ่ม, 2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเนื่องจากการที่สังคมไทยได้มีการหล่อหลอมแนวคิดของผู้ดูแลไว้ว่าเป็น หน้าที่ของเพศหญิงที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพศชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงิน นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเพศยังมีผลต่อความคิดที่กะมวมองชีวิต

และการแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ ความละเอียดอ่อน ความอดทนและความทุ่มเท โดยเฉพาะหญิงจะทุ่มเทให้กับการทำหน้าที่และการดูแลสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งต้องรับบทบาทหลายอย่างในครอบครัว ได้แก่ เป็นผู้ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้านทุกอย่าง รวมทั้งด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของสมาชิกภายในครอบครัวด้วย ทำให้เพศหญิงสามารถรับรู้การดูแลได้มากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บ 6 เดือน และ 1 ปี เพศหญิงจะมีความเครียดจากการดูแลมากกว่าเพศชาย (รุ่งนภา เขียวชะอุ่ม, 2554)

ด้านอายุ โรคประจำตัว และภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-60 ปี ไม่มีโรคประจำตัว และมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลบุคคลอื่น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นวัยที่มีผ่านประสบการณ์ต่างๆ มามาก จึงมีความการคิด การใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองและการตัดสินใจเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหา สามารถเข้าใจปัญหาต่างๆ ได้ตรงตามความเป็นจริง และมีการแสดงทางอารมณ์ที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า

ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 43.94 ซึ่งการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าว แสดงถึงการเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันจะมีการให้ความช่วยเหลือมากกว่าผู้อื่น และยังมีความเข้าใจ เห็นใจกัน การที่เข้ามารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นการดูแลที่มาจากความรักความผูกพัน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2556) ด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.30 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-12,000 บาท และมีความพอเพียงของรายได้ ด้านโรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.91 และมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 43.94 โดยปัจจัยเหล่านี้ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2556) ได้กล่าวไว้ว่าเป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลมีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแลผู้ป่วย ที่มีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย วิตกกังวล ซึมเศร้าจะมีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดีเท่าผู้ที่มีสุขภาพการและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์

ด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนวันและจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 78.79 มีจำนวนวันในการดูแลผู้ป่วย มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 98.48 และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมากกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 86.36 ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดขึ้น และส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งภาระการดูแลผู้ป่วยที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาเป็นของตนเอง แม้กระทั่งการดูแลสุขภาพ อีกทั้งระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุม

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองได้พัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของ McGowan (2006) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า บุคคลจะบรรลุเป้าหมายการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนข้อมูลและพัฒนาทักษะที่จำเป็นจากบุคลากรสุขภาพ นอกจากนี้โปรแกรมดังกล่าวได้นำแนวคิดของ Creer (2000) มาประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1).การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ 2.การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตตนเอง และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง 3. การประมวลผลและประเมินข้อมูลด้วยตนเองวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 4.การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่รวบรวมได้ 5.การลงมือปฏิบัติการจัดการตนเอง และ 6.สะท้อนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งมีความเชื่อว่าการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการที่บุคคลจะสร้างการรับรู้ความสามารถได้นั้นเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1.ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองในการดูแลผู้ป่วย 2.การสังเกตและการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากบุคคลอื่น 3.การชักจูงด้วยคำพูด และ 4.การกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเพิ่มขึ้น

ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณก ริมนิล (2556) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตนแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา ของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่ 2, 7, และ 14 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 2) โปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร 3) แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน แบบ

ประเมินวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านการสื่อสารทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เกี่ยวกับโรคหรือภาวะการบาดเจ็บที่สมอง พยาธิสภาพภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การสัทธิทักษะการดูแลผู้ป่วย การดูสื่อวิดีโอ คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุม

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนจัดการตนเองได้พัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของ McGowan (2006) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า บุคคลจะบรรลุเป้าหมายการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนข้อมูลและพัฒนาทักษะที่จำเป็น จากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจากกิจกรรมของโปรแกรมดังกล่าวได้ประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจ ความไม่เป็นส่วนตัว ความตึงเครียด ความไม่สะดวก ความไม่แน่นอน ความคาดหวังของผู้ดูแลและประเมินความช่วยเหลือของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้มีการร่วมมือกันในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกัน การเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตตนเอง การประเมินข้อมูลด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลผู้ป่วย การลงมือจัดการตนเอง และ การสะท้อนตนเองเกี่ยวกับการกระทำของตนเอง Creer (2000) นอกจากนี้แล้วโปรแกรมดังกล่าวยังประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1.ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองในการดูแลผู้ป่วย 2.การสังเกตและการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากบุคคลอื่น 3.การชักจูงด้วยคำพูด และ 4.การกระตุ้นทาง

อารมณ์ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวส่งผลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเกี่ยวภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและสมองที่ผ่านมาพบว่าการศึกษารังนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นัยน์ปพร จันทริมา (2559) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 52 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการโค้ชเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการโค้ชสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) คู่มือการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) สมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 4) วิดีทัศน์การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการทดลองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมโค้ชมีคะแนนภาระการดูแลลดลงเนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรม แจกคู่มือให้ความรู้ และวิดีโอทัศน์การฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้ผู้ดูแลได้ดูแลและฝึกทำจนทำให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทำให้คะแนนภาระการดูแลลดลง

ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าการดูแลลดลงสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้เนื่องจากสามารถที่จะประเมินตนเองได้เกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนสามารถที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ทำให้สามารถปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลได้

ผลการทดสอบสมมุติฐาน

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
กลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
กลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุม

ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองลดลงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของ McGowan (2006) ร่วมกับแนวคิดของ Creer (2000) การจัดการตนเอง และแนวคิดความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) โดยโปรแกรมดังกล่าวได้มีกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองได้เช่น การสนับสนุนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และสังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ การให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรคและอาการแสดง พยาธิสภาพของการบาดเจ็บสมอง โดยมีการจัดในกลุ่มย่อย (5-10 คน) มีการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลและทบทวนการปฏิบัติการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแล ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้สำเร็จ ทบทวนเสริมความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลสุขอนามัย และกิจวัตรประจำวัน ความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสภาพสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติเพิ่มเติม ซึ่งมีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการตัดสินใจ พร้อมกับสอนวิธีการตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการตนเองมีกิจกรรมต่างๆที่ส่งเสริมการคลายเครียด ความเครียด ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกประสบการณ์ผ่อนคลายความเครียด อีกทั้งโปรแกรมยังให้ความสำคัญของการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเฝ้าระวังตนเอง การตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การสะท้อนตนเอง นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการดูแลและติดตามการรักษาต่อเนื่อง การโทรศัพท์ติดตามผลการทำงาน การสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพูดคุยจูงใจและการให้กำลังใจ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งล้วนเป็นการสร้างความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการ

จัดการตนเอง ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้มีความสอดคล้อง อธิป สัตยาอภิธาน (2558) ศึกษาโปรแกรมการให้บริการปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองที่มีต่อภาวะการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการเปรียบเทียบระดับภาวะการดูแลและระดับความเครียดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบระดับภาวะการดูแลและระดับความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองกับกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการให้บริการปรึกษาตามปกติกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม พ.ศ.2558 โดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองมีระดับภาวะการดูแล ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษา รายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษา รายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองมีระดับความเครียด ต่ำกว่า ก่อนการ เข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษา รายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของ ตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ เข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษา รายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของ ตนเองมีระดับภาวะการดูแล ลดลงต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้บริการปรึกษา รายบุคคลแบบเผชิญความจริงร่วมกับการบริหารเวลาของตนเองมีระดับความเครียด ลดลงต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแลกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ผ่านมา มีความสอดคล้องกับการศึกษาคั้งนี้ สุมามิตา สวัสดิ์ดิณนาท (2556) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 14 ราย ซึ่งได้รับโปรแกรมสนับสนุน ข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการพยาบาล ตามปกติเป็นเวลา 3 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลได้แก่ แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดและแบบประเมิน ผลกระทบความเครียด ผล

การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรม การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อลดความเครียดและผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต

ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการระบายความรู้สึก ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียดด้วยตนเอง ทำสมาธิ ฝึกการหายใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถลดความเครียด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเหมาะสม

การที่ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น การระแวดระวังและความเครียดลดลง ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ประกอบด้วย การมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพ ภายหลังการเจ็บป่วยที่ดี ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง มีคะแนนการบาดเจ็บสมอง GCS at baseline ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ลดลง สอดคล้องกับผลประเมินระดับความพิการหลงเหลือของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ลดลงเช่นเดียวกัน รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีแผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบเล็ก เป็นต้น (Pangilinan, 2014) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่กลับบ้าน ผู้ดูแลจึงเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญสำหรับชีวิตผู้ป่วย เพราะการได้รับการดูแลที่ดีและเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นหรือผู้ป่วยบางรายอาจกลับไปทำงานได้ ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสมทำให้เกิดความพิการถาวร คุณภาพชีวิตต่ำและมีอัตราการตายสูงขึ้นได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัดคุณสมบัติเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภาวะการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แรกรับเป็นผู้บาดเจ็บบาดเจ็บสมอง หรือได้รับการตรวจพยาธิสภาพจากผลการตรวจเอกซเรย์สมอง อายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 60 ปี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี

ส่วนผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักของผู้บาดเจ็บสมอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วันขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 60 ปี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์ในการคัดเลือกจากการศึกษา คือ ไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะระบบอื่นที่รุนแรง ไม่มีพยาธิสภาพทางสมองรุนแรง ได้แก่ ภาวะสมองบวม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือการติดเชื้อในสมอง เป็นต้น และกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยมีภาวะของโรคไม่สงบเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนผู้ดูแล มีเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา คือ เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อาจเป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ญาติ คู่สมรส หรือเพื่อน อาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่บ้านและไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล สามารถสื่อสารโดยการพูด ฟัง การเขียน และอ่านภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง มีความพิการหรือมีปัญหาทางจิต และมีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา คือ ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้ตลอดโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดอิทธิพล ของ โคเฮน (Cohen, 1988) จากงานวิจัยของเพ็ญภา จายวรรณ์ (2557) ที่มีลักษณะคล้ายคลึง ได้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .90 จากนั้นนำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10

กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ (Polit & Beck, 2012) คือ 13 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน จากนั้นใช้เทคนิคการจับคู่ (pair matching) โดยการพิจารณาองค์ประกอบ ดังนี้ 1) อายุของผู้ดูแล 2) ระยะเวลาในการดูแล 3) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด และมีอิสระจากกัน เป็นการควบคุมปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้ความแตกต่างกันในทางสถิติ จากนั้นดำเนินการวิจัย เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน โดยการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองในวันอังคาร และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมวันพฤหัสบดี จนเสร็จสิ้นครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง เมษายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 2) คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3) วิธีทัศนัยตัวแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มี 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามความรู้สึกตัวกลาสโกว์และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และแบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 3) แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามภาระการดูแลเชิงอัตนัย และแบบสอบถามภาระการดูแลเชิงปรนัย 4) แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถามความเครียดทั่วไป และแบบสอบถามจากการดูแล เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณ ค่า CVI = 0.928-1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ .98

.00 .00 และ .95 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยและติดตามผลใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-squares test, Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และมีสถานะสุขภาพแข็งแรง ด้านข้อมูลการบาดเจ็บสมองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน มีคะแนนการบาดเจ็บสมอง GCS at baseline อยู่ในระดับ Moderate GCS = 9-12 คะแนนมากที่สุด ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 1-6 เดือน ภายหลังจากการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่มีระดับความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับความพิการรุนแรง (Severe disability) และมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิลของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเพศหญิง มีอายุในช่วง 46-60 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว และมีความความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่สมรส ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-12,000 บาท และมีความพอเพียงของรายได้ ด้านโรคประจำตัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ด้านระยะเวลาในการดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน มีจำนวนวันในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมากกว่า 8 ชั่วโมง

ผลของการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษาของผู้บาดเจ็บสมอง และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นมากที่สุดภายหลังการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น

จากระดับน้อยเป็นมากที่สุดภายหลังการทดลอง และด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นมากที่สุดภายหลังการทดลอง สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแล ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อยภายหลังการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านภาระการดูแลเชิงอัตนัย มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงเล็กน้อยในระดับปานกลางภายหลังการทดลอง ส่วนด้านภาระการดูแลเชิงปรนัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลางภายหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนลดลงจากระดับปานกลางเป็นเล็กน้อยภายหลังการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเครียดทั่วไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจากระดับสูงมากเป็นเล็กน้อยภายหลังการทดลอง ส่วนด้านความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับปกติภายหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = , p < .000$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแล และความเครียด ภายหลังการทดลองลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = , p < .000$) ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independence t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของทั้งสองกลุ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = , p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ของทั้งสองกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = , p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งมีผลต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างชัดเจน จนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้เพิ่มขึ้น ภาระการดูแลและความเครียดลดลง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ ของ Lorig และ Holman (2003) ซึ่งจะทำร่วมกับการส่งเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ควบคู่ไปกับกระบวนการจัดการตนเอง (Bandura, 1986; 1997)

5.2 ข้อจำกัดของการทำวิจัย

5.2.1 ระยะเวลาในการเดินทางของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไกลจากโรงพยาบาลหลายคนทำให้มาตรวจแล้วจะรีบกลับบ้าน ดังนั้นผู้วิจัยต้องรีบดำเนินการให้เสร็จภายในเวลาอันรวดเร็ว นอกจากนี้แล้วบางรายต้องตามไปทำกิจกรรมที่บ้าน

5.2.2 โรงพยาบาลมีนโยบายในการปรับเปลี่ยนลดจำนวนแพทย์และวันที่ออกตรวจคลินิก ศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกลง เนื่องจากขาดแคลนแพทย์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีตายน้อยและต้องเลื่อนกิจกรรมออกไปและการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด

5.3 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

5.3.1 ด้านบริการ: ควรนำผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในสมอง นอกจากนี้แล้วยังช่วยลดภาระการดูแลและความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

5.3.2 ด้านบริหาร: ควรนำผลของโปรแกรมไปใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายสำหรับ บุคลากรทางการสาธารณสุขในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้านได้

5.3.3 ด้านวิชาการ/การเรียนการสอน: ควรนำผลของโปรแกรมไปใช้ในสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้ไปสอนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

5.3.4 ด้านวิจัย: ควรนำองค์ความรู้จากการวิจัยนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและโรคระบบประสาทอื่นๆ

รายการอ้างอิง

- กรกนก रिมนิล, ศุภร วงศ์ทัญญู และสุปรีตา มั่นคง (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถ แห่งตนของญาติผู้ดูแล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 22 (3), 293-309.
- กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. (2553). *ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือคลายเครียด*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ดีไซน์คอนดักชั่น.
- กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานการตายตาม 298 กลุ่มโรค (hospital base)*. สืบค้นจาก <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/php>
- ขวัญใจ ลือเมือง, ขนิษฐา นาคะ, และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. ใน *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4* (น. 170-183). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ซัชฎากร จันทร์วิฑูร. (2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ชดช้อย วัฒนนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26, 117-127.
- ชดช้อย วัฒนนะ, สุชน พรธิสาร, ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะในการจัดการตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (รายงานผลการวิจัย)*. ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.

- ชัยญาภัค ชาญประโคน. (2556). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยไตเรื้อรังจากเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). การได้รับการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติ. *Rama Nurse Journal*, 17(1), 75-89.
- ณัฐธิดา ฉัตรประพันธ์. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ทัศนีย์ ชันทอง, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และพัชรี คมจักรพันธ์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(1), 85-99.
- ทิพาพร ตั้งอำนวยการ. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดารัตน์ หนชัย, ประทุม สร้อยวงศ์, และนาดา ลักคนหทัย. (2556). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 40, 14-22.
- ธีรนุช ห่านิรัตติชัย, และปริญญา แร่ทอง. (2556). การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7), 634-639.
- นัยน์ปพร จันทระธิมา (2559) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- นิรมนต์ เหล่าสุภาพ, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤติต่อความเครียดของญาติ. *Rama Nurse Journal*, 20(1), 67-81.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูเอนต์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พิสมัย อรทัย, และศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). *การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- เพญ์นิภา จายวรรณ. (2557). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, วิทยาลัยพยาบาลผู้สูงอายุ.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: ไอ กรู๊ป เพรส.
- มูลนิธิไทยโรดส์. หน่วยเฝ้าระวังสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน. (2560). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี 2557-2558. สืบค้นจาก <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A/N-SPI-A12N-SPI-A1-01>
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, วิทยาลัยพยาบาลผู้สูงอายุ.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ, ศรีสุดา งามขำ, และมาฆะ กิตติธรรกุล. (2554). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง โรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 3(1), 15-29.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ, อรพรรณ โตสิงห์, และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. *Journal of Nursing Science*, 29(1), 18-25.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2559). ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 103-111.
- ลดาวลัย ฤทธิ์กล้า. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.
- วิมล มากขุนทด. (2555). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและผู้ดูแลต่ออาการที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะและการรักษาซ้ำ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.

- วลัยนารี พรหมลา. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2557). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รายงานประจำปี 2549 ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สวิง ปันจายสีห์, นครชัย เพื่อนปฐม, และกุลพัฒน์ วีรสาร. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- สุปราณี เสนนาดีสัย และ มณี อากานันท์กุล. (2552). *คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม*. *วารสารการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สิริประภา สายโยชน์. (2558). *การศึกษาภาวะการท าหน้าที่ของสมองและความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สุมามิตา สวัสดิ์ดิณานา, วิภา แซ่เขี้ย, และประณีต ส่งวัฒนา. (2556). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤติ*. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(2), 1-12.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2012). *สภาพผัก (Vegetative State)*. สืบค้นจาก <http://haamor.com/th>
- ไสว นรสาร และพิรญา ไส้ไหม. (บรรณาธิการ). (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ = Trauma nursing*. กรุงเทพฯ : โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อูมา จันทวิเศษ. (2552). *ผลของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 2(27), 118-129.
- อุษา พงษ์เลาหพันธ์, ศุภร วงศ์วาทัญญู, และกฤษมา คุวัฒนาสัมฤทธิ์. (2552). *กิจกรรมการพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. *Rama Nurse Journal*, 15(2), 221-232.

อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปรับตัว และความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.

Adams, K., Greiner, A. C., & Corrigan, J. M. (2004). *Report of a summit*. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: National Academies Press.

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic condition: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.

Battersby, M., Von Korff, M., Schaefer, J., Davis, C., Ludman, E., Greene, S.M., ...Wagner, E.H. (2010). Twelve evidence-based principles for implementing self-Management support in primary care. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 36(12), 561-570.

Bayen, E., Pascale P. D., Jourdan, C., Ghout, I., Bosserelle, V., Azerad, S.,...Azouvi, P. (2013). Predictors of information care burden 1 year after severe traumatic brain injury: results from the pairs-TBI study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(6), 408-418.

Bayen, E., Jourdan, C., Ghout, I., Darnoux, E., Azerad, S., Claire, V. A.,...Azouvi, P. (2014). Objective and Subjective Burden of imformal Caregivers 4 year after a severe traumatic brain injury: results from the PariS-TBI study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 1, 1-9.

Blake, H. (2013). Caergiver stress in traumatic brain injury. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15(6), 263-271.

Bloom, B.S. (1956) *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook: The Cognitive Domain*. David McKay: New York.

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-Management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469–2475.
- Brain Trauma Foundation (BTF). (2014). *TBI statistics: Facts about TBI in USA*. Retrieved from <https://www.braintrauma.org/research/article/btec>
- Browder, D. M., & Shampiro, E. S. (1985). Application of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Journal for the Association for Persons with Severe Handicaps*, 10(4), 200-208.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization*. (5th ed.). St.Louis: Elsevier Saunders.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). “Timing It Right”: a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305-314.
- Cavallo, M. M., & Kay, T. (2005). *Text book of traumatic brain injury*. New York: Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Report to congress traumatic brain injury in the United States: epidemiology and rehabilitation*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Selfmanagement. In Baum, A., McManus, C., Newman, S., Weinman, J., & West, R. (Eds.) *Cambridge handbook of psychology Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Davis, L. (1992). Building a science of caregivers. *Family & Community Health*. 15(2), 1-9.
- Finnager, T. G., Skandsen, T., Andersson, S., Vik, A., & Indredavik, M. (2013). Differentiated patterns of cognitive impairment 12 months after severe and moderate traumatic brain injury. *Brain Injury*, 27(13), 1606-1616.
- Gan, C., Campbell, K. A., Gemeinhardt, M., & Mcfadden, G. T. (2006). Predictors of family system functioning after brain injury. *Brain Injury*, 20(6), 587-600.

- Gibson, P. G., Powell, H., Wilson, A., M. J., Halwood, P., Bauman, & A. Roberts, J. L. (1998). Self-management education and regular practitioner review for adults With asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD001117.
- Gruman, J., & Von Korff, M. (1996). *Employee self-management of health: techniques that improve outcomes and cut costs*. Retrieved from <http://www.cfah.org/publications/self-management>.
- Headway. (2017). *Rehabilitation after brain injury*. Retrieved from <https://www.headway.org.uk/about-brain-injury/individuals/rehabilitation-and-continuing-care/rehabilitation>
- Hickey, J. V. (2009). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippicott.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In C. Eisdorfer, M. P. Lawton, & G. L. Maddox (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5 (194-246). New York: Springer.
- Hyder, A. A., Wunderlich, C. A., Puvanachandra, P., Gururaj, G., & Kobusingye, O. C. (2007). The impact of traumatic brain injury: a global perspective. *Neuro Rehabilitation*, 22(5), 341-353.
- Jello, J., & Loftus, C. M. (2009). *Neurotrauma and critical care of the brain*. New York: Stuttgart.
- Jennett, B., & Bond, M. (1975). *Assessment of outcome after severe brain damage*. Philadelphia: Lancet.
- Jennett, B., & Teasdale, G. (1974). *Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale*. *Lancet*, 2, 81-84.
- Jennett, B., & MacMillan, R. (1981). Epidemiology of head injury. *Br Med J*, 282(6258), 101-104.
- Judith, G., Verkaik, K., Mistiaen P., Meijel, P. V., & Francke, A. L. (2015). The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta review. *BMC Geriatrics* 29(4), 309-314.

- Jung-Won, L. & Zebrack, B. (2012). Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Outcome*, 34, 147-56.
- Jullamate, P., Azeredo, Z., Subgranon, R. (2006). Informal stroke rehabilitation: what do Thai caregivers perform. *International Journal Rehabilitation*, 29(4), 309-314.
- Krichbaum, K., Aarestad, V. & Buethe, M. (2003). Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *Diabetes Educator*, 29(4), 653-662.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
- Lgnatavicius, D. D., & Workman, M. L. (Eds). (2006). *Medical surgical nursing: critical thinks for collaborative care*. (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Li, M., Zhao, Z., Yu, G., & Zhang J. (2016). Epidemiology of Traumatic Brain Injury over the world: a systematic review. *Austin Neurol & Neurosci*, 1(2), 1-14.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-Management Edukation: History, Definition, Outcome, And Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., & Sleigh, J. W. (2002). Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, 12(3), 225-238.
- Masa, A. L., Menon, D. K., Lingsma, H. F., Pineda, J. A., Sandel, M. E., & Manley, G. T. (2012). Re-orientation of Clinical research I traumatic brain injury: report of an international workshop on comparative effectiveness reach. *J Neurotrauma*, 29(1), 32-46.
- Malkmus, D., Booth, B., & Kodimer, C. (1980). *Rehabilitation of the head injury adult: comprehensive cognitive management*. In Downey, C. A. Professional staff association of Rancho Los Ammigos Hospital, Inc. Rancho Los Amigos.
- McAdam, J., Dracup, K., White, D., Fontaine, D., & Puntillo, K. (2012). Psychological symptoms of family members of high Risk ICU patients. *American Journal of Critical Care*, 12(6), 386-393.

- McGowan, P. (2006). Self-Management support. University of Victoria.
- McGowan, P. (2006). Strategies and Tools to Provide Self-Management Support in Clinical Practice.
- Menon, D. K., Schwab, K., Wright, D. W., & Maas, A. I. (2010). Demographics and clinical assessment working group of the international and interagency initiative toward common data elements for research on traumatic brain injury and psychological health. position statement: definition of traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 25(7), 1637-1640.
- Millington, M. J., & Millington, M. (2015). *Families in rehabilitation counseling: a community-based rehabilitation approach*. USA: Gasch printing.
- Montgomery, R. & Borgatta, E. (1989) The effects of alternative support strategies. *Gerontologist*, *PubMed*,29, 457-464.
- Nakamura, T., Hillary, F. G., & Biswal, B. B. (2009). Resting network plasticity following brain injury. *Plos One*, 4(12), 218-220.
- Naomi, M. P. (2015). *Caregiver burden and relationship satisfaction in ASD-NT intimate relationships*. (Master's thesis), Macquarie University, Australia.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2015). *Traumatic brain injury: hope through research*. National Institute of Health (NIH) Publication.
- Norris, S.L., Lau, J., Smith, S.J., Schmid, C.H. & Engelgau, M.M. (2002). Self-Management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25(7), 1159-1171.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Pangillinan, P.H., (2014). *Classification and complication of traumatic Brain injury*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/326643-overview#aw2aab6b2>
- Philippe, R. J., Ranjit, N., & Christopher, T. C. (2012). Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 16(2), 214-219. DOI:10.1111/j.1542-4758.2011.00657.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.) Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Prabripoo, T., Wongvatunyu, S., & Junhavat, D. (2013). Effect of family caregiver supporting Program on the ability and perception of the ability to care for traumatic brain injury Patients. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 59(1), 42-49.
- Puvanachandra, P., & Hyder, A. A. (2009). The burden of traumatic brain injury in ASIA: a call for research. *Pakistan Journal of Neurological Sciences*, 4(1), 27-32.
- Ribbers, G. M. (2010). *Brain Injury: long term outcome after traumatic brain injury*. International encyclopedia of rehabilitation. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/338>
- Schenck, E., & Chirstensen, B. L. (2006). *Care of the patient with a neurological disorder*. (5th ed.) Philadelphia: Mosby.
- Silver, J. M., Mcllister, T. W., & Yudofsky, S. C. (Eds.). (2005). *Textbook of traumatic brain injury*. Washington. DC: American Psychiatric Pub.
- Smith, D. E., & Greenwald, B. D. (2003). *Management and staging of traumatic brain injury*. Retrieved from <http://www.emedicine.com/pmr/topic213.htm>
- Spearing, N., Eakin, E. & Wilson, A. (2005). Self-management support Framework. *Center for Primary Health Care*, Brisbane: UQ.
- Teasell, R., & Hussein, Y. (2014). Stroke rehabilitation clinician handbook: recovery and organized care. *International Journal Stroke*, 9(2), 188-190.
- The Brain Injury Association of America (BIAA). (2011). *BIAA Adopts New TBI Definition*. Retrieved from <http://www.biausa.org/announcements/biaa-adopts-new-tbi-Definition>
- Turner, B., Fleming, J., Parry, J., Vromans, M., Cornwell, & Gordon, C. (2010). Caregivers of adults with traumatic brain injury: The emotional impact of transition from hospital to home. *Brain Impairment*, 11, 281-292.
- Wood, F. G. (1991). The meaning of caregiving. *Rehabilitation Nursing*. 16(4), 195-198.
- Woodward, S., & Mestecky, A. M. (2011). *Neuroscience nursing : evidence-based practice*. West Sussex: Blackwell Publishing.

World Health Organization. (2003). World Health Report. *Shaping the future*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2003). *Projections of mortality and burden of disease to 2030: deaths by income group*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *Global status report on road safety 2015*. Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Global status report on road safety 2018*. Switzerland: World Health Organization.





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย	สังกัด
1. อาจารย์ ดร.ชดช้อย วัฒนนะ	กลุ่มวิชาการ ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลบุคคล ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2. อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์วาทัญญู	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. พว.สิริประภา สายโยชน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4. พว.วิสุณี จันทร์ศรี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
5. อาจารย์ นายแพทย์ ดร.เรวัฒน์ น้อยพิทักษ์	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เบญจมาศ ตุลยนิธิกุล	ภาควิชาคณิตศาสตร์และสถิติ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

1. หนังสือเชิญขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
2. เอกสารรับรองการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
3. หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน อาจารย์ ดร.ชดช้อย วัฒนนะ

ด้วย นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเขวงวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐๒-๙๘๖๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗
โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ด้วย นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์วฑฺฒญู ซึ่งเป็นบุคลากร
ในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียด
เกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์วฑฺฒญู
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรติศัย)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐๒-๙๘๖๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗

โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์วฑฺฒญู

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ด้วย นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ พว.สิริประภา สายโยชน์ ซึ่งเป็นบุคลากรใน
สังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียด
เกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ พว.สิริประภา สายโยชน์
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐๒-๙๘๖๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗

โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

พว.สิริประภา สายโยชน์

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

ด้วย นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ พว.วิสุณี จันทศรี ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัด
ของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับ
วิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จาก พว.วิสุณี จันทศรี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็น
ประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัถิตชัย)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๔๒๑๓ ต่อ ๗๓๔๗

โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

พว.วิสุณี จันทศรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทร. ๐๒-๕๘๖๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗

ที่ ศธ.๐๕๑๖.๒๕/ศ.พิเศษ วันที่ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วย นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเซางวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ดร.เรวัฒน์ น้อยพิทักษ์ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ นายแพทย์ ดร.เรวัฒน์ น้อยพิทักษ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติ์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สำเนาเรียน -

นายแพทย์ ดร.เรวัฒน์ น้อยพิทักษ์




คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecscctu3@nurse.tu.ac.th


COA No. 030/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 138/2560
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
: THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON KNOWLEDGE, BURDEN OF CARE, AND STRESS AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY.
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพรทิพย์ ส่วิดเปี่ยม
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา โดยใจหลัก ของ The International Conference on Harmonization - Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษารววิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม 
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 มีนาคม 2561

วันหมดอายุ : 26 มีนาคม 2562

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 27 กันยายน 2561

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

คู่มือการดำเนินงานของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสระบุรี ฉบับพิมพ์

18 ถนนพหลโยธิน 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-343500
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

165/2018

ชื่อโครงการภาษาไทย : มอบของไปโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความวิฤกระยะการดูแลความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
รหัสโครงการ : EC193/02/2018
หัวหน้าโครงการ : นางสาวพรทิพย์ อารีดิเยี่ยม
สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการ วิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 22 ตุลาคม 2561

วันหมดอายุ : 27 ตุลาคม 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางแห่งจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ใต้ที่ DeclARATION of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

MN
.....
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วิธโรจน)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

22 ต.ค. 2561
.....
วันที่

.....
(นายแพทย์บัณฑิต กมนนทร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

25 ต.ค. 2561
.....
วันที่

ภาคผนวก ค

เอกสารพิกษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

(Participant Information Sheet)

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม : ผู้ดูแล)

ชื่อโครงการวิจัย

ภาษาไทย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ภาษาอังกฤษ

THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON KNOWLEDGE, BURDEN OF CARE, AND STRESS AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท 91 หมู่ 8 ตำบล ชารเกษม
อำเภอ พระพุทธบาท จังหวัด สระบุรี รหัสไปรษณีย์ 18120
โทรศัพท์ 036-266170 โทรศัพท์มือถือ 086-3642133
E-mail: thipnoi@outlook.co.th

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ผู้วิจัยจะทำการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงความร่วมมือและความสมัครใจจากท่านเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อคำถามใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย รวมถึงสิทธิต่างๆ ของ

ท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ผู้วิจัยยินดีจะตอบคำถามและอธิบายให้ท่านเข้าใจได้ โดยท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

การบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่เกิดผลกระทบต่อสมองและระบบประสาทที่รุนแรง ทำให้มีระดับความรู้สึกตัวลดลงสมองไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ มีการรับรู้ ความคิด ความจำ ประสาทสัมผัส กายหรืออยู่ในสภาพผัก ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงส่วนใหญ่จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด ซึ่งนับเป็นงานที่หนักผู้ดูแลต้องรับบทบาทการดูแลผู้ป่วยแบบการดูแลทั้งหมด ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง รวมทั้งการดูแลออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบฝ่อหรือการกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพสมอง เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่เกือบทั้งหมด เพื่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งใช้เวลา 16-24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานประจำเพื่อรับหน้าที่ดูแลอย่างเดียว ส่งผลให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวลดลงและมีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาเกิดความรู้สึกเครียดตามมา

ดังนั้น ในระยะ 1 ปีแรก จึงเป็นระยะเวลาที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ถ้าผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลจะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หมดกำลังใจ เครียด สับสน กลัวดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ดังนั้นความรู้ ความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและนำแนวทางการสนับสนุนการจัดการตนเอง การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลให้สามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่ารักษาพยาบาลและลดอัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ลักษณะของอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครในโครงการนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสมอง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วันขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป อายุ 18-60 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หรือได้รับการตรวจพยาธิสภาพจากผลการตรวจเอกซเรย์สมอง อายุ 18-60 ปี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ที่ผู้วิจัยอย่างแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 66 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยคัดเลือกกลุ่ม โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล มีเกณฑ์ในการเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา คือ 1) เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อาจเป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ญาติ คู่สมรส หรือเพื่อน อาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่บ้านและไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล 2) สามารถสื่อสารโดยการพูด ฟัง การเขียน และอ่านภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง มีความพิการ หรือมีปัญหาทางจิต และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ดูแลมีปัญหาที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้ตลอดโครงการ สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีเกณฑ์ในการเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา คือ 1) ไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะระบบอื่นที่รุนแรง 2) ไม่มีพยาธิสภาพทางสมองรุนแรง ได้แก่ ภาวะสมองบวม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือการติดเชื้อในสมอง เป็นต้น และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะของโรคไม่สงบเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นใช้เทคนิคการจับคู่ โดยการพิจารณาองค์ประกอบ ดังนี้ 1) อายุของผู้ดูแล 2) ระยะเวลาในการดูแล 3) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และจับสลากเข้ากลุ่มควบคุม 33 คน และกลุ่มทดลอง 33 คน ซึ่งในโครงการวิจัยนี้ท่านอยู่ในกลุ่มควบคุม

กิจกรรมและระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องมีส่วนร่วมในการวิจัย

ท่านจะได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะดูแลผู้ป่วยตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของโรงพยาบาลสระบุรี หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้ตอบ

แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล มี 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกตัวกลาสโวก์และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสองส่วน 10 นาที 2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 33 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที 3) แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 45 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที และ 4) แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 30 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 50 นาที และท่านจะได้ตอบแบบสอบถามชุดดังกล่าวอีกครั้งภายหลังสิ้นโครงการ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถาม เป็นต้น)

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

ผู้วิจัยจะให้ท่านนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดจนเสร็จสิ้นก่อน เมื่อท่านพร้อมแล้วจึงให้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งในระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถามท่านจะได้รับการดูแลจากผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพหรือความต้องการทางด้านร่างกายต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามือ เป็นลม เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยจะอยู่ด้านหน้าห้องที่ทำการทดลอง โดยมีเจ้าหน้าที่คลินิกัลยกรรมประสาธต์ แผนกผู้ป่วยนอกให้การดูแลอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมีความต้องการทางด้านร่างกายต่างๆ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ ดื่มน้ำหิว ใ้ ไอ สำลัก เป็นต้น หรือผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นจะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบเพื่อทำการวางแผนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ท่านจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สามารถเพิ่มความรู้ และลดภาระการดูแล รวมทั้งความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิด หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งท่านพึงจะได้รับ หากท่านมีความไม่สุขสบายหรือมีภาวะทางสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นขณะการเข้าร่วมโครงการ ท่านมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน โดยข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาจะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ท่านจะได้รับการบริการให้คำปรึกษาและได้รับความรู้และฝึกทักษะดูแลผู้ป่วยตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของโรงพยาบาลสระบุรี ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการตอบแทนค่าใช้จ่ายให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเป็นการมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก วิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเซววงศ์ สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7333 โทรสาร 02-5165381 ในวันและเวลาราชการ

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสาร ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
(Participant Information Sheet)

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง : ผู้ดูแล)

ชื่อโครงการวิจัย

ภาษาไทย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ภาษาอังกฤษ THE EFFECTS OF A SELF-MANAGEMENT SUPPORT PROGRAM ON KNOWLEDGE, BURDEN OF CARE, AND STRESS AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท 91 หมู่ 8 ตำบล ธารเกษม
อำเภอ พระพุทธบาท จังหวัด สระบุรี รหัสไปรษณีย์ 18120
โทรศัพท์ 036-266170 โทรศัพท์มือถือ -
E-mail: thipnoi@outlook.co.th

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ผู้วิจัยจะทำการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จึงขอความร่วมมือและความสมัครใจจากท่าน เพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อคำถามใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย รวมถึงสิทธิต่างๆ ของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ผู้วิจัยยินดีจะตอบคำถามและอธิบายให้ท่านเข้าใจได้ โดยท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

การบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่เกิดผลกระทบต่อสมองและระบบประสาทที่รุนแรง ทำให้มีระดับความรู้สึกตัวลดลง สมองไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายลดลง มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ มีการรับรู้ ความคิด ความจำ ประสาทสัมผัส การรับรู้ความรู้สึกและการตัดสินใจบกพร่องหรืออยู่ในสภาพผักดั่งนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงส่วนใหญ่จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด ซึ่งนับเป็นงานที่หนักผู้ดูแลต้องรับบทบาทการดูแลผู้ป่วยแบบการดูแลทั้งหมด ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษา การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การเคลื่อนไหวย่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง รวมทั้งการดูแลออกกำลังกายและการบริหารร่างกาย เพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบฝ่อหรือการกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพสมอง เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่เกือบทั้งหมด เพื่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งใช้เวลา 16-24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานประจำเพื่อรับหน้าที่ดูแลอย่างเดียวยัง ส่งผลให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวลดลง และมีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาเกิดความรู้สึกเครียดตามมา

ดังนั้นในระยะ 1 ปีแรก จึงเป็นระยะเวลาที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพกลไกการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ถ้าผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลจะทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หมดกำลังใจ เครียด สับสน กลัวดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ดังนั้นความรู้ ความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลให้สามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่ารักษาพยาบาลและลดอัตราการตายของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ลักษณะของอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครในโครงการนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสมอง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วันขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป อายุ 18-60 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แรกรับว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หรือได้รับการตรวจพบพยาธิสภาพจากผลการตรวจเอกซเรย์สมอง (CT/MRI) อายุ 18-60 ปี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี ที่ผู้วิจัยอย่างแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 66 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยคัดเลือกกลุ่ม โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล มีเกณฑ์ในการเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา คือ 1) เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อาจเป็นญาติหรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ญาติ คู่สมรส หรือเพื่อน อาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่บ้านและไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล 2) สามารถสื่อสารโดยการพูด ฟัง การเขียน และอ่านภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง มีความพิการ หรือมีปัญหาทางจิต และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ดูแลมีปัญหาที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้ตลอดโครงการ สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีเกณฑ์ในการเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา คือ 1) ไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะระบบอื่นที่รุนแรง 2) ไม่มีพยาธิสภาพทางสมองรุนแรง ได้แก่ ภาวะสมองบวม ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหรือการติดเชื้อในสมอง เป็นต้น และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะของโรคไม่สงบเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นใช้เทคนิคการจับคู่ โดยการพิจารณาองค์ประกอบ ดังนี้ 1) อายุของผู้ดูแล 2) ระยะเวลาในการดูแล 3) ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และจับสลากเข้ากลุ่มควบคุม 33 คน และกลุ่มทดลอง 33 คน ซึ่งในโครงการวิจัยนี้ท่านอยู่ในกลุ่มทดลอง

กิจกรรมและระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องมีส่วนร่วมในการวิจัย

ท่านจะได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะดูแลผู้ป่วยตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของโรงพยาบาลสระบุรี หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับท่านจะได้ตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล มี 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกตัวกลาสโกว์และการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสองส่วน 10 นาที 2) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 33 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที 3) แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บสมอง จำนวน 45 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที และ 4) แบบสอบถาม ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 30 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 50 นาที หลังจากนั้นท่านจะได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนการจัดการตนเอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มๆ ละ 4-6 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 1) แนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในการเข้าสู่โปรแกรมฯ 3) แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทบทวนการปฏิบัติ และการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแล ปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขปัญหา และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแลสามารถทำได้สำเร็จ 5) ให้ผู้ดูแลร่วมกันรวบรวม ปัญหาจากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล 6) การสนับสนุนความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือภาวะบาดเจ็บสมอง พยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง วิธีการ/ขั้นตอนในการปฏิบัติ และเหตุผลการปฏิบัติ รวมทั้ง วิธีการแก้ไขปัญหา 7) ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ 8) สังเกตตัว แบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ 9) การฝึกทักษะในการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยใช้คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายในการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง และมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองนำไปทบทวน และเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5) ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 1) ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรม ประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พูดคุยซักถามอาการทั่วไป 2) เปิดระบายรู้สึก เครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยวิธีกลุ่มย่อย 3) การฝึกประสบการณ์และ ความรู้สึกเครียด โดยการฝึกการหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกาย 4) ตรวจสอบกระบวนการ จัดการตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจากคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยจดบันทึก ให้ กำลังใจและชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และแนะนำเพิ่มในส่วนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง 5) สอนทักษะการจัดการตนเองข้อที่เหลือ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการกำเป้าหมาย การเก็บรวบรวม ข้อมูล จากการสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง มาวิเคราะห์ ดังนี้ การประมวลผลและประเมินข้อมูลด้วยตนเอง การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติการจัดการ การสะท้อน ตนเอง มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำไปทบทวน และบันทึกติดตาม การปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 1) ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พูดคุยซักถามอาการทั่วไป 2) ตรวจสอบกระบวนการจัดการตนเองในแต่ละขั้นตอนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจากคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยจดบันทึก ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และแนะนำเพิ่มในส่วนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง 3) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ตอบคำถาม 4) ตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 33 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที 2) แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 45 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที และ 3) แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 30 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 50 นาที 5) ชี้แจงให้ทราบว่า เป็นการพบกันครั้งสุดท้ายเป็นการสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

หมายเหตุ ในการทดลองติดตามทางโทรศัพท์ใช้ระยะเวลา 15-20 นาทีเพื่อกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและความวิตกกังวล มีการชัดเจนด้วยคำพูด โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและปฏิบัติต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 7 และ 10

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

ผู้วิจัยจะให้ท่านนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดจนเสร็จสิ้นก่อน เมื่อท่านพร้อมแล้วจึงให้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามร่วมกับการปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการท่านจะได้รับการดูแลจากผู้วิจัยและทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาที่มีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล หากเกิดปัญหาสุขภาพหรือความต้องการทางด้านร่างกายต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามือ เป็นลม เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยจะอยู่ด้านหน้าห้องที่ทำการทดลองโดยมีเจ้าหน้าที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกให้การดูแลอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมีความต้องการทางด้านร่างกายต่างๆ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ ดื่มน้ำ หิว ใจ สิ้นใจ เป็นต้น หรือผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นจะรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้ทราบเพื่อทำการวางแผนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ท่านจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สามารถเพิ่มความรู้ และลดภาระการดูแล รวมทั้งความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิด หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งท่านพึงจะได้รับ หากท่านมีความไม่สุขสบายหรือมีภาวะทางสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นขณะการเข้าร่วมโครงการ ท่านมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน โดยข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาจะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ท่านจะได้รับการบริการให้คำปรึกษาและได้รับความรู้และฝึกทักษะดูแลผู้ป่วยตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของโรงพยาบาลสระบุรี ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการตอบแทนค่าใช้จ่ายให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเป็นการมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ หรืออาจารย์ ที่ปรึกษาหลัก วิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7333 โทรสาร 02-5165381 ในวันและเวลาราชการ

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสาร ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม : ผู้ดูแล)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท 91 หมู่ 8 ตำบล ธารเกษม
อำเภอ พระพุทธบาท จังหวัด สระบุรี รหัสไปรษณีย์ 18120
โทรศัพท์ 036-266170 โทรศัพท์มือถือ -
E-mail: thipnoi@outlook.co.th

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และ ประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาตอบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 2) แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และ 3) แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และท่านจะได้ตอบแบบสอบถามชุดดังกล่าวอีกครั้ง เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ การเก็บข้อมูลครั้งนี้ทำโดยผู้วิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถาม เป็นต้น)

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ : คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง : ผู้ดูแล)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท 91 หมู่ 8 ตำบล ธารเกษม
อำเภอ พระพุทธบาท จังหวัด สระบุรี รหัสไปรษณีย์ 18120
โทรศัพท์ 036-266170 โทรศัพท์มือถือ -
E-mail: thipnoi@outlook.co.th

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับ คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง จำนวน 3 ครั้ง และตอบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้ ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 2) แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง และ 3) แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และท่านจะได้ตอบ แบบสอบถามชุดดังกล่าวอีกครั้งเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ การเก็บข้อมูลครั้งนี้ทำโดยผู้วิจัยเมื่อเสร็จสิ้น การวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสอบถาม เป็นต้น)

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
 อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ
 ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้า
 สามารถร้องเรียนได้ที่ : คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3
 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
 โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล
 สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้

ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1.2 แบบสอบถามความรู้สึกตัวและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
บาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้ในดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแล

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 4.1 แบบสอบถามความเครียดทั่วไป

ส่วนที่ 4.2 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. วัสดุทัศนวัตแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

หรือคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่าน**มากที่สุด**

1. เพศ 1. () ชาย 2. () หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส

1. () โสด	2. () คู่ อยู่ด้วยกัน
3. () คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	4. () หม้าย
5. () หย่าร้าง	6. () อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. () ไม่ได้รับการศึกษา	2. () ประถมศึกษา
3. () มัธยมศึกษา	4. () ปวช./ปวส.
5. () ปริญญาตรี	6. () สูงกว่าปริญญาตรี
7. () อื่นๆ ระบุ.....	
5. อาชีพก่อนการบาดเจ็บสมอง

1. () ข้าราชการ	2. () พนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. () พนักงานบริษัท/โรงงาน	4. () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
5. () รับจ้างทั่วไป	6. () เกษตรกรรม
7. () เกษียณ	8. () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
9. () อื่นๆ ระบุ.....	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก่อนป่วย (บาท/เดือน)

1. () น้อยกว่า 5,000	2. () 5,001-12,000
3. () 12,001-20,000	4. () 20,001-50,000
5. () มากกว่า 50,000	6. () อื่นๆ ระบุ.....
7. บทบาทในครอบครัว

1. () หัวหน้าครอบครัว	2. () สมาชิกครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง
3. () สมาชิกครอบครัวที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....	

ส่วนที่ 1.2 แบบสอบถามความรู้สึกตัวและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน () หรือคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด(ผู้วิจัยประเมิน)

1. สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง

1. () อุบัติเหตุทางถนน
2. () ตกจากที่สูง/หกล้ม
3. () ถูกทำร้ายร่างกาย ระบุ 3.1 ถูกแทง 3.2 ถูกยิง
3.3 โดนระเบิด 3.4 ถูกตี
4. () อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา
5. () อื่นๆ ระบุ.....

2. การวินิจฉัยการบาดเจ็บสมอง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () SAH
2. () SDH
3. () EDH
4. () Brain contusion
5. () Fracture base of skull
6. () Depress skull fracture
7. () Diffuse brain swelling
8. () อื่น ๆ ระบุ

3. ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () Brain stem, Pons, Medulla
2. () Cerebellum
3. () Frontal lobe
4. () Parietal lobe
5. () Temporal lobe
6. () Occipital lobe
7. อื่นๆ ระบุ

4. การผ่าตัด

- 3.1 () ไม่ได้รับการผ่าตัด
- 3.2 () ได้รับการผ่าตัด
 1. Craniotomy
 2. Craniectomy
 3. Ventriculostomy
 4. อื่นๆ ระบุ

5. ระยะเวลาภายหลังการบาดเจ็บสมอง.....เดือน

- 11.1 ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล.....เดือน
- 11.2 ระยะเวลาที่กลับไปอยู่ที่บ้าน.....เดือน

6. แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว์

การลืมตา		การพูดที่ดีที่สุด		การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด	
ลืมตาตัวเอง	4	พูดได้ไม่สับสน	5	ทำตามคำสั่งได้	6
ลืมตาเมื่อเรียก	3	พูดได้แต่สับสน	4	ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2	พูดเป็นคำๆ	3	ชักแขน-ขาหนีเมื่อเจ็บ	4
ไม่ลืมตา	1	ส่งเสียงได้แต่ไม่เป็นคำพูด	2	แขนงอเมื่อเจ็บ	3
		ไม่ออกเสียงเลย	1	แขนขาเกร็งเมื่อเจ็บ	2
				ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย	1
คะแนน					
คะแนนรวม					
ระดับความรู้สึกตัว		<input type="checkbox"/> Mild GCS 13-15		<input type="checkbox"/> Moderate 9-12	
				<input type="checkbox"/> Severe 3-8	

7. การประเมินความพิการที่หลงเหลืออยู่ (Glasgow outcome scale)

การประเมิน	สภาพผู้ป่วย	ระดับ
Good recovery มีการฟื้นตัวดี	ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดี อาจหายสนิทหรือหลงเหลือความพิการเพียงเล็กน้อย แต่สามารถดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งกลับไปทำงานได้	5
Moderate disability ระดับความพิการ ปานกลาง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสั้น ไม่รู้วัน เวลา บุคคล สถานที่ ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางอย่าง ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสังคมได้เหมือนเดิม	4
Severe disability ระดับความพิการรุนแรง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีความพิการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลมาจากความพิการทางร่างกายและสติปัญญา	3
Vegetative state ภาวะไม่มีการตอบสนอง อยู่ในสภาพผักเริ่อร์	ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองและการพูดเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยอาจหายจากการบาดเจ็บแต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การทำหน้าที่ในการรับรู้ความเข้าใจเสียไปโดยสมบูรณ์ ไม่มีการทำงานของสมองส่วน Cortex แต่ก้านสมองยังทำหน้าที่ได้ตามปกติ	2
Dead ตาย (เสียชีวิต)	ผู้ป่วยตาย (เสียชีวิต)	1

8. แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชชีบาร์เทิล

กิจกรรม/คะแนน	คะแนน
1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้ 5 = ช่วยใช้ช้อนตักอาหารไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 10 = ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ	
2. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)หรือต้องช่วยกันยกขึ้น 5 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 10 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลความปลอดภัย 15 = ทำได้เอง	
3. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 5 = ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะและไม่สามารถดูแลเองได้ 5 = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	
รวมคะแนน	

การแปลผลคะแนน

- | | | | |
|--------------------------|--------|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 0-20 | ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ | ฟังพามากที่สุด |
| <input type="checkbox"/> | 25-45 | ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย | ฟังพามาก |
| <input type="checkbox"/> | 50-70 | ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง | ฟังพปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> | 75-100 | ช่วยเหลือตัวเองได้ส่วนใหญ่ | ฟังพาน้อย |

9. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บสมอง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ภาวะแทรกซ้อน	ระยะเวลาในการเกิดภาวะแทรกซ้อน					
	เดือนที่ 1-3		เดือนที่ 4-6		เดือนที่ 6-12	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1. เกิดภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ						
2. ปอดอักเสบ						
3. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ						
4. ข้อติดแข็ง						
5. กล้ามเนื้อลีบเล็ก						
5. แผลกดทับ						
6. อื่นๆ ระบุ						

ส่วนที่ 1.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง
ของท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. () ชาย 2. () หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
 1. () โสด
 2. () คู่ อยู่ด้วยกัน
 3. () คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
 4. () หม้าย
 5. () หย่าร้าง
 6. () อื่นๆ ระบุ.....
4. บทบาทของท่านในครอบครัว
 1. () หัวหน้าครอบครัว
 2. () สมาชิกครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง
 3. () สมาชิกครอบครัวที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 1. () บิดา
 2. () มารดา
 3. () สามี
 4. () ภรรยา
 5. () พี่น้อง
 6. () บุตร
 7. () หลาน
 8. () เพื่อน
 9. () อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1. () ไม่ได้รับการศึกษา
 2. () ประถมศึกษา
 3. () มัธยมศึกษา
 4. () ปวช/ปวส
 5. () ปริญญาตรี
 6. () สูงกว่าปริญญาตรี
 7. () อื่นๆ ระบุ.....
7. อาชีพ
 1. () ข้าราชการ
 2. () พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 3. () พนักงานบริษัท/โรงงาน
 4. () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 5. () รับจ้างทั่วไป
 6. () เกษตรกรรม
 7. () เกษียณ
 8. () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 9. () อื่นๆ ระบุ.....

8. รายได้ครอบครัวต่อเดือน.....บาท/เดือน

9. แหล่งที่มาของรายได้

9.1 () ได้จากการประกอบอาชีพของผู้ดูแล

9.2 () ได้จากคนในครอบครัว ระบุ.....

9.3 () องค์กรที่ช่วยเหลือ/สวัสดิการสังคม

1. () เบี้ยคนพิการ.....บาท

2. () อื่นๆ ระบุ.....

10. โรคประจำตัว

10.1 () ไม่มีโรคประจำตัว

10.2 () มีโรคประจำตัว ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () โรคหลอดเลือดสมอง

2. () โรคเบาหวาน

3. () โรคความดันโลหิตสูง

4. () โรคหัวใจ

5. () โรคมะเร็ง

6. () โรคปอด

7. () ไชมันผิดปกติ

8. () โรคเก๊าท์

9. () โรคไตเรื้อรัง

10. () อื่นๆ ระบุ.....

11. สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

1. () แข็งแรงดีเยี่ยม

2. () แข็งแรงดี

3. () แข็งแรงพอใช้

4. () ไม่ค่อยแข็งแรง

5. () ไม่แน่ใจ ไม่เคยตรวจ

12. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา.....เดือน

13. ท่านดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนกี่วันต่อสัปดาห์

1. () 1-2 วันต่อสัปดาห์

2. () 3-4 วันต่อสัปดาห์

3. () 5-6 วันต่อสัปดาห์

4. () 7 วันต่อสัปดาห์

14. ท่านดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนกี่ชั่วโมงต่อวัน

1. () ดูแลได้น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน

2. () ดูแล 4 ชั่วโมงต่อวัน

3. () ดูแล 8 ชั่วโมงต่อวัน

4. () ดูแล 12 ชั่วโมงต่อวัน

5. () ดูแลมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้ในดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเข้าใจของท่านและตรงกับข้อที่ท่านเข้าใจ มากที่สุด

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	ใช่ 1	ไม่ใช่ 0	ไม่ทราบ 0
1. การบาดเจ็บสมอง เกิดจากการที่ศีรษะกระแทก กระแทบกระเทือน ทำให้สมองบอบช้ำและมีเลือดออก			
2. การบาดเจ็บสมองสมองทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและอัมพาตได้			
3. การบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตลอดชีวิต			
4.			
5.			
6.....			
7.....			
8.....			
9.....			
10.....			
11.....			
12.....			
13.....			
14.....			
15.....			
16.....			
17.....			
18.....			
19.....			
20. สายด่วนเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดอาการรุนแรง เช่น เรียกไม่รู้สติตัวหมดสติ ชักเกร็ง คือ เบอร์ 1669			

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเข้าใจของท่านและตรงกับข้อที่ท่านเข้าใจ **มากที่สุด**

ทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	ระดับทักษะ			
	ปฏิบัติเบื้องต้นได้	ปฏิบัติได้คล่องแคล่ว	ปฏิบัติอย่างชำนาญ	ปฏิบัติได้และมีพัฒนา
	1	2	3	4
การดูแลด้านสุขอนามัยทั่วไป				
1. ท่านสามารถดูแลอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยได้อย่างดีและชำนาญ				
2.				
3.				
4.				
การดูแลด้านการสื่อสาร				
7.				
การดูแลด้านการรับประทานอาหารและน้ำ				
10.				
ด้านการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย				
11.				
12.				
13.				
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสังเกตอาการเตือน				
การปฏิบัติตามแผนการรักษา				
21.				

แบบสอบถามชุดที่ 3 แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่เคย	น้อยมาก	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
	0	1	2	3	4
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาสำหรับตัวเองเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก					
3. ท่านรู้สึกหนักใจกับงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและมีงานอื่นที่ต้องทำ					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12.....					
13.....					
14.....					
15.....					
16.....					
19.....					
20.....					
21.....					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก					

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามภาวะการดูแลเชิงประนัยของผู้ดูแล

งานดูแลผู้ป่วย	ความรู้สึกเป็นภาระ				
	ไม่เลย	น้อยมาก	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
	0	1	2	3	4
1. ท่านต้องรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการแยลง					
2. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านนอนหลับไม่เพียงพอ หรืออดนอน					
3. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านเสียเวลาในการทำงาน					
4.					
5.					
6.					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11. การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลอื่น หรือเพื่อน บ้าน					

แบบสอบถามชุดที่ 4 แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 4.1 แบบสอบถามความเครียดทั่วไป

ความเครียดทั่วไป	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เคย	น้อยมาก	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
	0	1	2	3	4
1. ท่านรู้สึกกลัวการดูแลผู้ป่วยว่าจะเกิดความผิดพลาด					
2. ท่านคิดว่าไปไม่ถึงเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยตามที่คาดหวัง					
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20. เป็นหวัดบ่อยๆ					

ส่วนที่ 4.2 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดตอบข้อคำถามต่อไปนี้โดยเลือกตอบข้อที่ตรงตามเป็นจริงของตัวท่านมากที่สุด

ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เคย	น้อยมาก	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
	0	1	2	3	4
1. ท่านรู้สึกว่ามีภาระมากมายในการดูแลผู้ป่วยจนเกินที่จะรับไหว					
2. การต้องดูแลผู้ป่วยทำให้สัมพันธภาพของท่านและคู่สมรสหรือญาติคนอื่นเปลี่ยนแปลงไป					
3. ท่านรู้สึกเครียดที่ไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูงอย่างที่เคย					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10. ท่านหนักใจกับปัญหาทางเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วย					

การจัดการตนเอง
สำหรับ
ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง



พรทิพย์ สำนัดเปี่ยม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คำนำ

การบาดเจ็บสมอง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก เนื่องจากผลของการบาดเจ็บสมองจะทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพ พิการ และเกิดความบกพร่องแม้ในการดำเนินชีวิตประจำวันปกติ ไม่สามารถทำงานได้ ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแล บางคนพิการรุนแรงไม่รู้สึกรู้สีกตัว ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลทั้งหมด ผู้ดูแลหลักจึงต้องรับภาระหนัก ซึ่งบางครั้งทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาด้านจิตใจ บางคนเครียดมากจนชีวิตหมดความสุข และต้องจมอยู่กับความรู้สึกเป็นทุกข์ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางคนมีการปรับตัวที่ดีและพยายามส่งเสริมตนเองให้เกิดความรู้จักชะ และดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ก็จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของผู้ดูแลและลดภาระหนักในการดูแลได้ ดังนั้นคู่มือฉบับนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดการด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 1 ปีแรกของการดูแลที่บ้าน

คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ดูแลในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการจัดการความเครียดส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สร้างกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข ลดภาระและความเครียดที่เกิดขึ้นระยะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้ปกติสุข ไม่เกิดความเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำบ่อยๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผู้จัดทำ

พรทิพย์ สำริดเปี่ยม

มีนาคม 2561



บาดเจ็บสมอง ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรเทาลงได้ ในแต่ละปีก่อให้เกิดจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง เป็นการบาดเจ็บที่สำคัญเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และเป็นผู้ป่วยติดเตียงตามมา ซึ่งทำให้เกิดภาวะในการดูแลแก่ผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่จะเป็นพ่อแม่ สามี ภรรยา หรือญาติ พี่น้อง คนใกล้ชิดซึ่งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองคนหนึ่ง นับเป็นการงานที่หนักและก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายของผู้ดูแล ผลกระทบต่อจิตใจ หน้าที่การงานและรายได้ ค่าใช้จ่ายที่จะตามมามากมายของครอบครัว

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว การประคับประคองดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว เป็นเรื่องที่ต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยจะต้องมีการวางแผน การคิดประเมินวิธีการและการติดตามผลลัพธ์จากการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดจากการดูแลจนเกิดเป็นความทุกข์สะสม และทำให้ระบบครอบครัวพังทลายลง หรือระบบดูแลผู้ป่วยเกิดความล้มเหลวจนทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทับถมมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้มีสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่พร้อมให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาให้ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ชำนาญปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต ลดความเครียดและลดความรู้สึกเป็นภาระลงได้

อย่างไรก็ตามช่วงเวลาหลังการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะ 1 ปีแรก เมื่อผู้ดูแลรับผู้ป่วยกลับบ้านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในระยะแรกคงเป็นช่วงเวลาที่สร้างความสับสนอลหม่านให้กับผู้ดูแลเป็นอย่างมาก แต่ในวันที่ผ่านไปในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแลแต่ละคนคงแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละครอบครัว แต่ไม่ว่าจะอย่างไรผู้ดูแลก็ต้องทำวันเหล่านี้ให้ผ่านไป และต้องดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของผู้ดูแล แม้บางครั้งผู้ป่วยจะไม่สามารถสื่อสารกับผู้ดูแลได้ การตอบสนองบางอย่างของผู้ป่วยก็อาจสื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยซาบซึ้งและรักผู้ดูแลเพียงใด

ดังนั้นการดูแลที่ดีจากผู้ดูแลก็ย่อมได้สิ่งที่ดีๆ ตอบกลับมาไม่มากนักน้อยการดูแลผู้ป่วย จึงไม่อาจเรียกได้ว่าเป็นภาระอันหนักที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำ แต่สำหรับผู้ดูแลการดูแลนี้คือ ความรัก ความผูกพันสายใยในครอบครัวที่มีให้กันและกัน



เป้าหมายของการมอบความรักและสายใยรักจากผู้ดูแลสู่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะ บรรลุได้ มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องปรับตัว พัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อให้มีความรู้ ทักษะใน การดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม พร้อมทั้ง กังสร้างขวัญกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง โดยอาศัยกระบวนการจัดการตนเองที่เพิ่มสุขภาพสนับสนุนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัว เพื่อให้การจัดการดูแลผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายสูงสุดตามที่ผู้ดูแลต้องการต่อไป

บทที่ 1

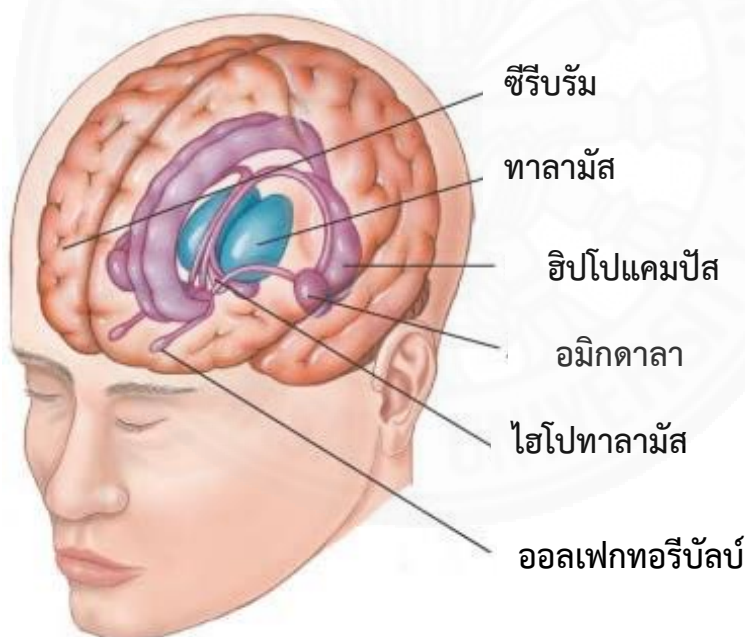
ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและปัญหาสุขภาพ

สมองและหน้าที่ของสมอง

สมอง บรรจุอยู่ภายในกะโหลกศีรษะ สมองแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ สมองส่วนหน้า ส่วนกลาง และส่วนท้าย โดยแต่ละส่วนทำหน้าที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. สมองส่วนหน้า

สมองส่วนหน้า มีขนาดใหญ่ที่สุด มีรอยหยักเป็นจำนวนมาก สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ส่วนหลักๆ ดังนี้



1.1 ออลเฟกทอรีบัลล์ สมองส่วนนี้อยู่ทางด้านหน้าสุด ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดมกลิ่น

1.2 สมองส่วนซีรีบรัม เป็นส่วนของสมองที่อยู่บนสุดของศีรษะ มีรูปร่างเป็นพู้อยู่ตั้งแต่หน้าผากไปตามรูปของกะโหลกศีรษะ จนถึงบริเวณท้ายทอย



บทที่ 2

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสำคัญอย่างไร

ผู้ที่มิบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัว ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ทั้งนี้หากผู้ดูแลสามารถดูแลและช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วยได้เหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้หรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสมทำให้เกิดความพิการถาวร กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงและทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลมากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะยาว

การฟื้นฟูทางร่างกาย เป็นการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย รวมทั้ง การบริหารร่างกายอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือดูแลภายหลังได้รับคำแนะนำอย่างถูกวิธีจากบุคลากรทางการแพทย์

การฟื้นฟูทางจิตใจและอารมณ์ ปัญหาทางสภาพจิตใจของผู้ป่วย อาจเกิดจากรอยโรคของสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า หรือการติดต่อสื่อสารความสามารถในการทำหน้าที่ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิดได้ง่าย หากมีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง ผู้ป่วยควรได้รับการดูทางด้านจิตใจ และในส่วนของผู้ดูแลควรมีความเข้าใจผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้กำลังใจ ในการทำสิ่งต่างๆ การหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ งานอดิเรก การออกกำลังกาย หรือการฟังเพลงก็จะช่วยในด้านอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่กลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลจึงเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญสำหรับชีวิตผู้ป่วย โดยผู้ที่มิบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาและแรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 3

ความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่จำเป็น

ก่อนที่ท่านจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน
ท่านจำเป็นจะต้องมีความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่จำเป็นอย่างถูกต้องเสียก่อน

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ท่านต้องการดูแลผู้ป่วย **มากที่สุด**

<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่จำเป็น
<input type="checkbox"/>	การดูแลสุขอนามัย
<input type="checkbox"/>	การได้รับอาหารและน้ำ
<input type="checkbox"/>	การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย
<input type="checkbox"/>	การสื่อสารและสนทนา
<input type="checkbox"/>	การดูแลด้านการขับถ่าย
<input type="checkbox"/>	การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
<input type="checkbox"/>	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บสมอง
<input type="checkbox"/>	การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
<input type="checkbox"/>	การป้องกันโรคปอดอักเสบติดเชื้อ
<input type="checkbox"/>	การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
<input type="checkbox"/>	การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
<input type="checkbox"/>	การป้องกันข้อติดแข็งและการลิบของกล้ามเนื้อ
<input type="checkbox"/>	อื่นๆ โปรดระบุ.....

การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีการเคลื่อนไหวลดลง ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระตุ้นการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยให้มากขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว

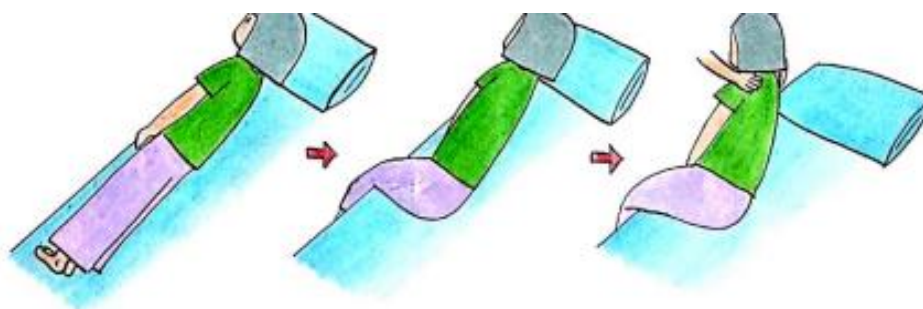
ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว ผู้ป่วยไม่รับรู้สิ่งแวดล้อม ท่านจะต้องดูแลทำให้ทุกอย่าง ได้แก่

1. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยต้องพลิกตะแคงตัวแบบ ท่อนซุง เพื่อให้ลำตัวอยู่ในแนวปกติอย่าง ชั่วๆ ป้องกันการเกิดความดันโลหิตลดต่ำลงทันทีจากการเปลี่ยนแปลงท่านอนโดยเร็ว นอกจากนี้ยังช่วยในเรื่องของการหมุนเวียนอากาศในปอดได้เพิ่มขึ้น ทำให้มีการเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต คือ เพิ่มการไหลกลับของเลือดดำ และไม่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ รวมทั้งยังช่วยลดแรงกดต่อผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่างๆ เป็นการป้องกันแผลกดทับ เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดอาการท้องผูก ท้องอืด ลดการสลายแคลเซียมจากกระดูกซึ่งจะทำให้เกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะได้

การพาผู้ป่วยนั่งข้างเตียง

- 1.1 ผู้ดูแลช่วยจับผู้ป่วยนอนตะแคง
- 1.2 ประคองผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งโดยจับข้างเตียงแล้วจึงประคองที่ไหล่



1.3 จัดมือผู้ป่วยที่ยืนเตียงเพื่อเหยียดตัวตรงหรือใช้หมอนรองใต้ศอกข้างที่อ่อนแรง

1.4 จัดเท้าผู้ป่วยให้ถึงพื้น หรือใช้ที่ปักเท้า



1.5 ญาติช่วยจับพยุที่หัวไหล่ผู้ป่วยไว้ขณะนั่ง



1. วัดตามปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต
2. ตรวจสอบผิวหนังขณะพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนทุกครั้ง โดยสำรวจการไหลเวียนโลหิตตามปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
3. ออกกำลังกายให้ผู้ป่วยด้วยการหมุนข้อต่อต่างๆ ตามองศาของแต่ละข้อ อย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง
4. จัดท่านอนให้ถูกต้อง โดยการประคองหรือหนุนตามส่วนโค้งเว้าของร่างกาย เพื่อให้อยู่ในแนวปกติ
5. ประเมินเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ ปอดบวม ปอดแฟบ การอุดตันของหลอดเลือดดำ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบเล็ก ตลอดจนภาวะโภชนาการและการขับถ่ายของผู้ป่วย

ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

1. ดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้

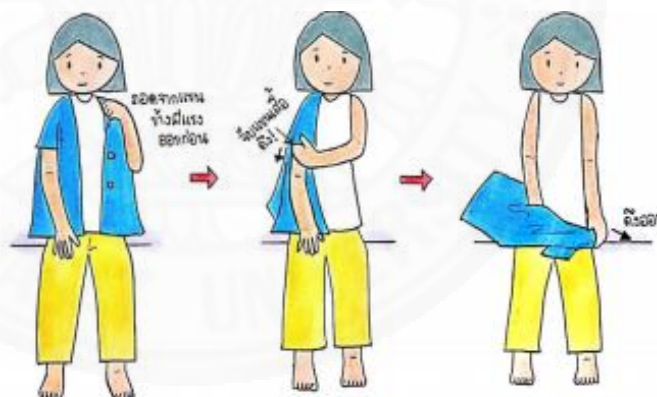
1.1 การสวมใส่เสื้อ ให้ผู้ป่วยใส่ในท่านั่งข้างเตียง ใส่เสื้อผ่าหน้า

เริ่มใส่จากแขนข้างที่อ่อนแรงก่อน แล้วอ้อมแขนพาดไปด้านหลัง จากนั้นจึงใส่แขนข้างที่มีแรง



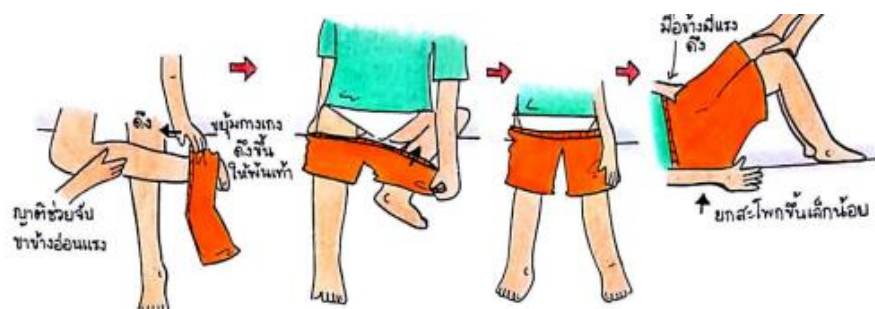
1.2 การถอดเสื้อ ให้ผู้ป่วยถอดเสื้อในท่านั่งข้างเตียง

เริ่มถอดจากแขนข้างที่มีแรงก่อน แล้วจึงถอดออกจากแขนข้างที่อ่อนแรง



1.3 การสวมใส่กางเกงให้ผู้ป่วยใส่ในท่านั่งข้างเตียง

ใช้กางเกงแบบขอบเอวที่ยืด เริ่มใส่จากขาข้างที่อ่อนแรงก่อน แล้วจึงใส่ขาข้างที่มีแรง จากนั้นให้นอนราบกับเตียง แล้วยกกันขึ้นพร้อมกับดึงกางเกงขึ้น



บทที่ 4

การจัดการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การป้องกันโรคปอดอักเสบติดเชื้อ

ภาวะปอดอักเสบ เป็นการติดเชื้อที่สำคัญในระบบทางเดินหายใจส่วนลึกหรือในถุงลมปอด ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบรุนแรง และเชื้ออาจเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้บ่อย

สาเหตุการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

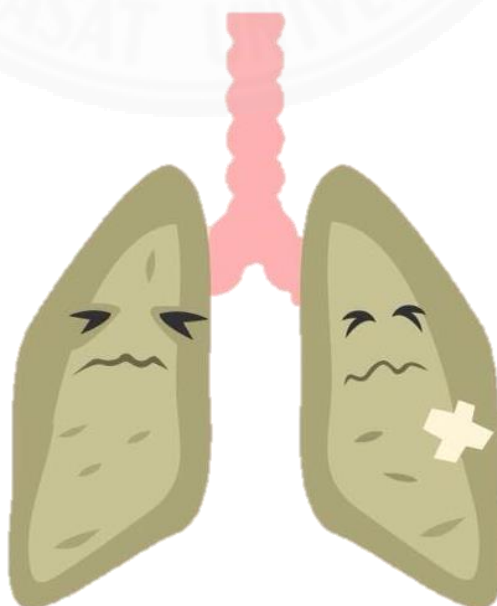
ส่วนใหญ่เกิดจากการสำลักอาหารหรือน้ำเข้าสู่ปอด

การไหลย้อนของอาหารจากกระเพาะอาหารขึ้นมาสู่หลอดลมและไหลเข้าสู่ปอดส่วนล่าง

มักจะทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อตามมาเนื่องจากปกติปอดส่วนล่างเป็นบริเวณปราศจากเชื้อ ไม่ควรมีเชื้อโรคใดๆ ตกลงไป

การสำลักอาหารเพียง 1 ครั้ง

หรือการไหลย้อนของอาหารเข้าสู่ปอดเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดภาวะปอดติดเชื้อรุนแรงได้



อาการแสดงของภาวะปอดติดเชื้อ.....มีอะไรบ้าง

ผู้ป่วยที่ท่านดูแล มีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่

- มีอาการไอบ่อยครั้ง
- ไอมีเสียงเสมหะ หรือมีเสมหะมาก
- ไอเสมหะมีกลิ่นเหม็น เสมหะจากปอดมีลักษณะเป็นหนองหรือมีเลือดปน
- ผู้ป่วยหายใจหอบเร็ว เหนื่อยและอ่อนเพลีย
- สีหน้าผู้ป่วยอิดโรย ไม่สดชื่น แวตาไม่สดใส
- สนิมคัล้าง ริมฝีปาก เล็บซีด หรือม่วง
- ตัวร้อน มีไข้สูง หรือหนาวสั่น เหงื่อออก

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบ

การจัดท่านอน

1. ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยโดยหมั่นเปลี่ยนท่านอนให้บ่อยๆ รวมทั้งจัดสลับ เพื่อให้ผู้ป่วยนอนตะแคงกึ่งคว่ำเป็นครั้งคราว เพื่อกระตุ้นให้เสมหะไหลออกได้ดี
2. ควรจัดท่านอนตะแคงหน้าซ้าย - ขวา ไม่ควรนอนหงายหน้า เพื่อป้องกัน ลื่นตกไปปิดทางเดินหายใจ
3. จัดตารางเวลาพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่า ให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับปอดทำไตท่าหนึ่งนานเกินไป จะทำให้ปอดแฟบได้ และการเปลี่ยนท่านอนจะช่วยระบายเสมหะจากหลอดลมส่วนลึก ให้ไหลออกได้ดี



4. ควรจัดท่านอนแบบศีรษะสูงสลับเป็นระยะ และจัดท่านอนศีรษะสูงเมื่อจะให้อาหารทางสายยาง กรณีที่ผู้ป่วยสามารถไอได้ กระตุ้นให้อัปเดตเสมหะ



การทำความสะอาดปากและฟัน

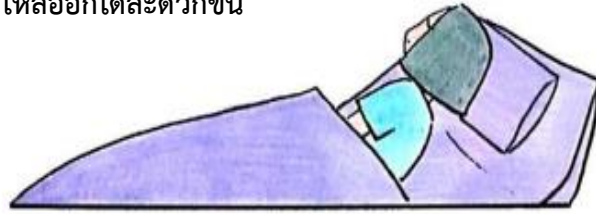
1. ก่อนการทำความสะอาดภายในช่องปาก ควรจัดท่าผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ในกรณีที่ไม่สามารถจัดให้นอนศีรษะสูงได้ให้ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือจัดให้อยู่ในท่านอนตะแคง
2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ก่อนการดูแลทำความสะอาดภายในช่องปากให้ผู้ป่วย
3. กรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือไม่รู้สึกตัว ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มขนาดเล็กแปรงฟันให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีฟันใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำยาบ้วนปากทำความสะอาดภายในช่องปาก

การดูดเสมหะ

1. กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีเสมหะในลำคอมาก กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออก โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออก ลึกๆ 3-4 ครั้งแล้ว ไอขับเสมหะออกมา หรือผู้ดูแลควรช่วยเคาะปอดให้ผู้ป่วย
2. กรณีมีเสมหะหรือน้ำลายในช่องปากและผู้ป่วยไม่สามารถไอได้เอง ผู้ดูแลควรดูดเสมหะในจมูกและลำคอให้ หรือช่วยเคาะปอดกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ



3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ให้ตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพอยู่ด้านบน หากไม่มีข้อห้าม เพื่อให้เสมหะไหลออกได้สะดวกขึ้น



4. การจัดทำเพื่อระบายเสมหะและเคาะปอด โดยผู้ดูแลจัดทำ จากนั้นใช้ผ้ารองที่หน้าอก สลับมือซ้าย-ขวา เคาะด้วยแรงที่เหมาะสมทั่วทั้งปอด และให้ผู้ป่วยไอขับเสมหะออก หากไม่สามารถไอออกได้ให้ดูดเสมหะช่วย

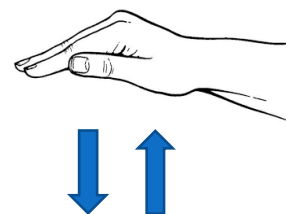
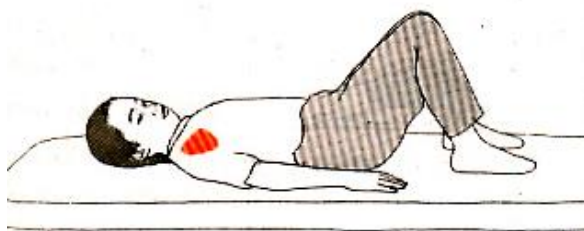
ใช้ผ้ารองที่หน้าอก

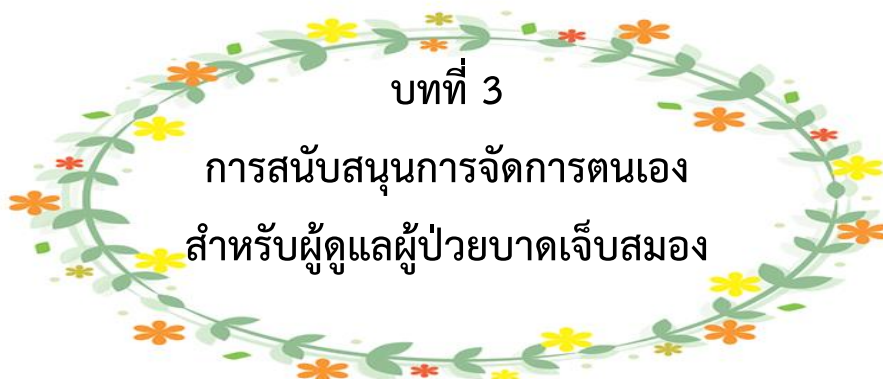


ทำทวิจ้าวซ้าย-ขวา จ้าวละ 3-5 นาที



นิ้วเหยียดทาหรือนิ้วขัดสมาธิก็ได้





บทที่ 3
การสนับสนุนการจัดการตนเอง
สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแล ครั้งที่ 1
ความคาดหวังในการปฏิบัติกิจกรรมของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านมีความมั่นใจมากขึ้นแค่ไหนในการดำเนินกิจกรรมให้ท่านบรรลุเป้าหมาย

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ

การคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง ประมาณขนาดอิทธิพล (effect size) ของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของเพ็ญภา จายวรรณ์ (2557) จากนั้นนำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง ของโคเฮน (Cohen, 1988 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{เมื่อ Pooled SD} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}}$$

\bar{X}_1	=	ขนาดอิทธิพล
\bar{X}_2	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
\bar{X}_2	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
n_1	=	จำนวนประชากรของกลุ่มทดลอง
n_2	=	จำนวนประชากรของกลุ่มควบคุม
S_1	=	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
S_2	=	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ได้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .90 จากนั้นนำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีจำนวนน้อยกว่าแตกต่างจากงานวิจัยของเพ็ญภา จายวรรณ์ (2557) จึงปรับให้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน ตามงานวิจัยของเพ็ญภา จายวรรณ์ (2557) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ (Polit & Beck, 2012) คือ 13 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน

ภาคผนวก ฉ

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ชุด	เครื่องมือวิจัย	จำนวน ข้อ	ค่าความตรงทั้งฉบับ (S-CVI)
1.	แบบสอบถามความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	41	1
	ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ในดูแลผู้ป่วย	20	1
	ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วย	21	1
2.	แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	43	0.93
	ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการดูแลเชิงอัตนัย	22	0.95
	ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลเชิงปรนัย	11	0.91
3.	แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	30	1
	ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเครียดทั่วไป	20	1
	ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย	10	1

2. ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability analysis)

ชุด	เครื่องมือวิจัย	จำนวน ข้อ	ค่าความเที่ยง ทั้งฉบับ
1.	แบบสอบถามความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย	41	0.84
	ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ในดูแลผู้ป่วย	20	0.82
	ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วย	21	0.93
2.	แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	43	0.80
	ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการดูแลเชิงอัตนัย	22	0.94
	ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแล	11	0.95
3.	แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	30	0.80
	ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเครียดทั่วไป	20	0.81
	ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย	10	0.82

ภาคผนวก ข

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูล

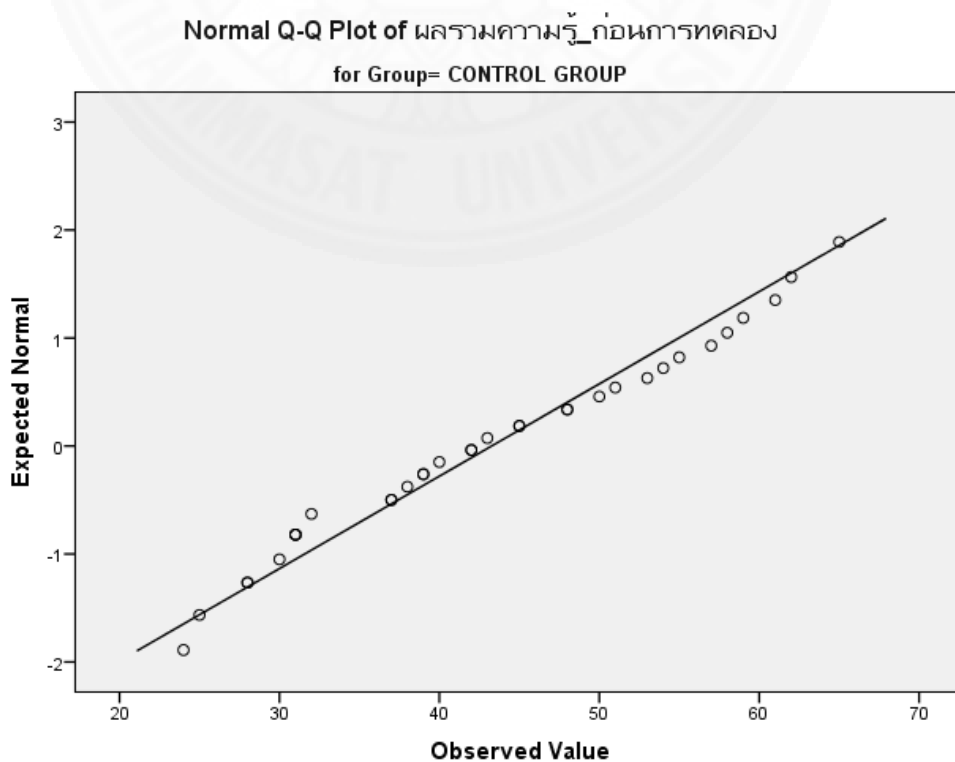
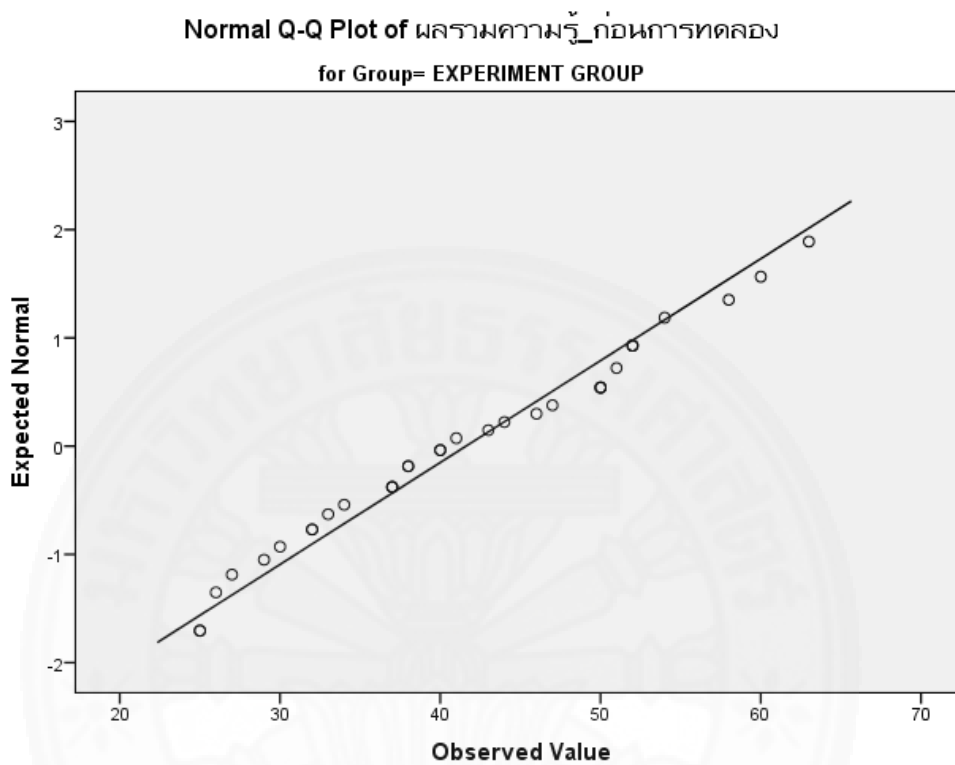
1. การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

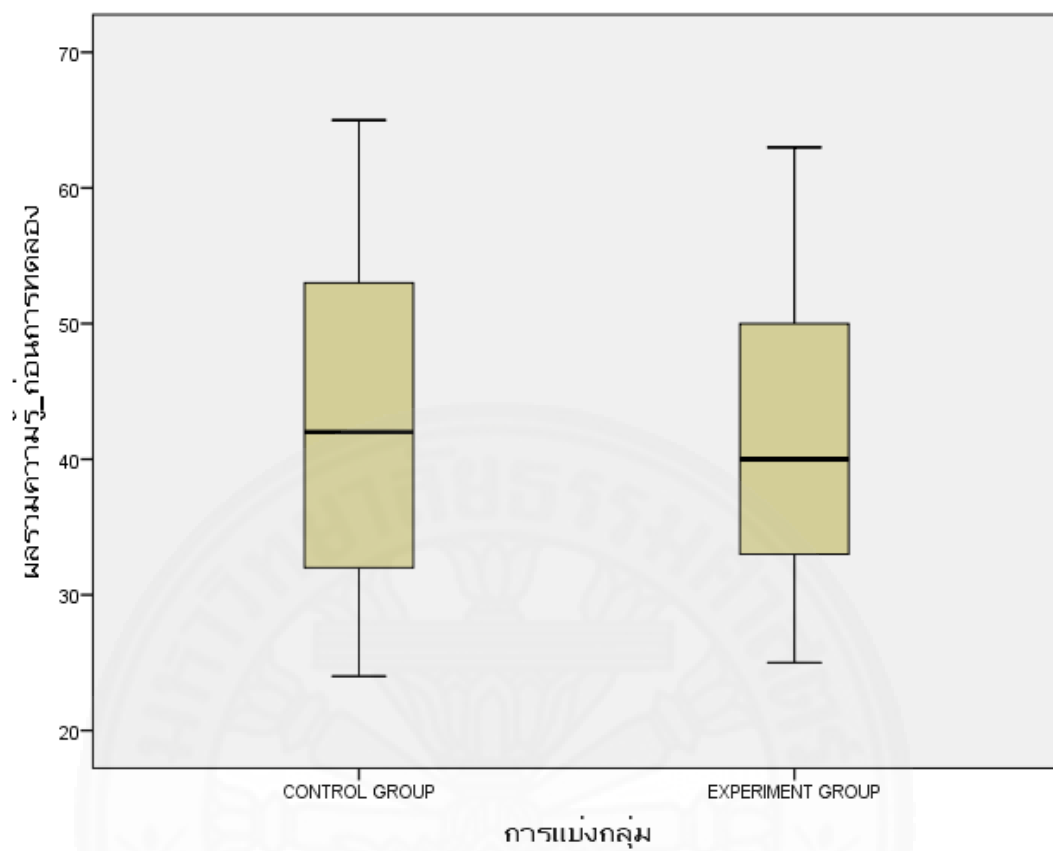
Tests of Normality							
ตัวแปร	การแบ่งกลุ่ม	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ความรู้ของผู้ดูแล	CONTROL	.105	33	.200 [*]	.963	33	.310
	EXPERIMENT	.119	33	.200 [*]	.964	33	.335
ภาวะการดูแลของผู้ดูแล	CONTROL	.140	33	.100	.922	33	.121
	EXPERIMENT	.105	33	.200 [*]	.974	33	.595
ความเครียดของผู้ดูแล	CONTROL	.100	33	.200 [*]	.973	33	.561
	EXPERIMENT	.103	33	.200 [*]	.955	33	.184

*. This is a lower bound of the true significance.

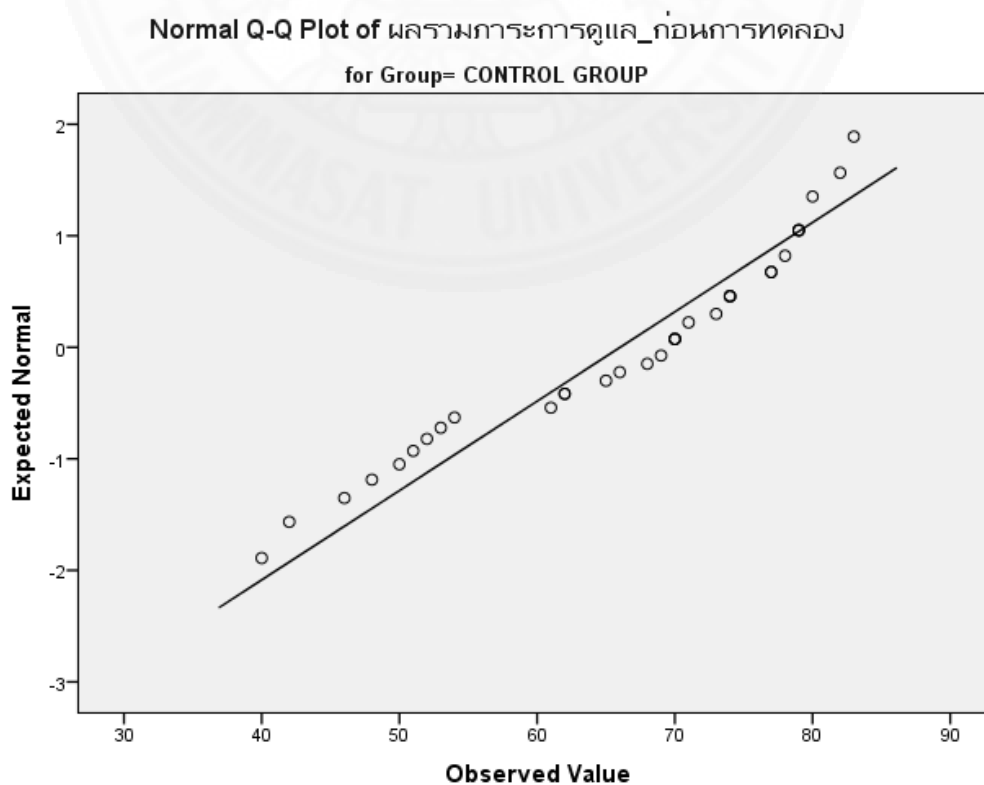
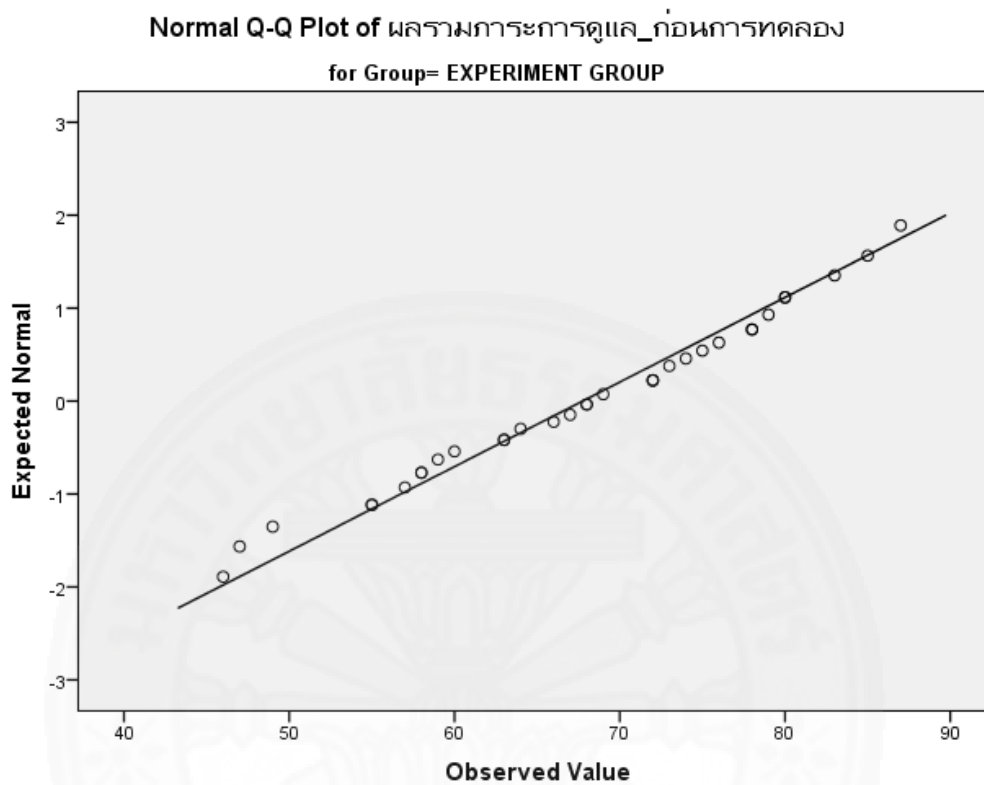
a. Lilliefors Significance Correction

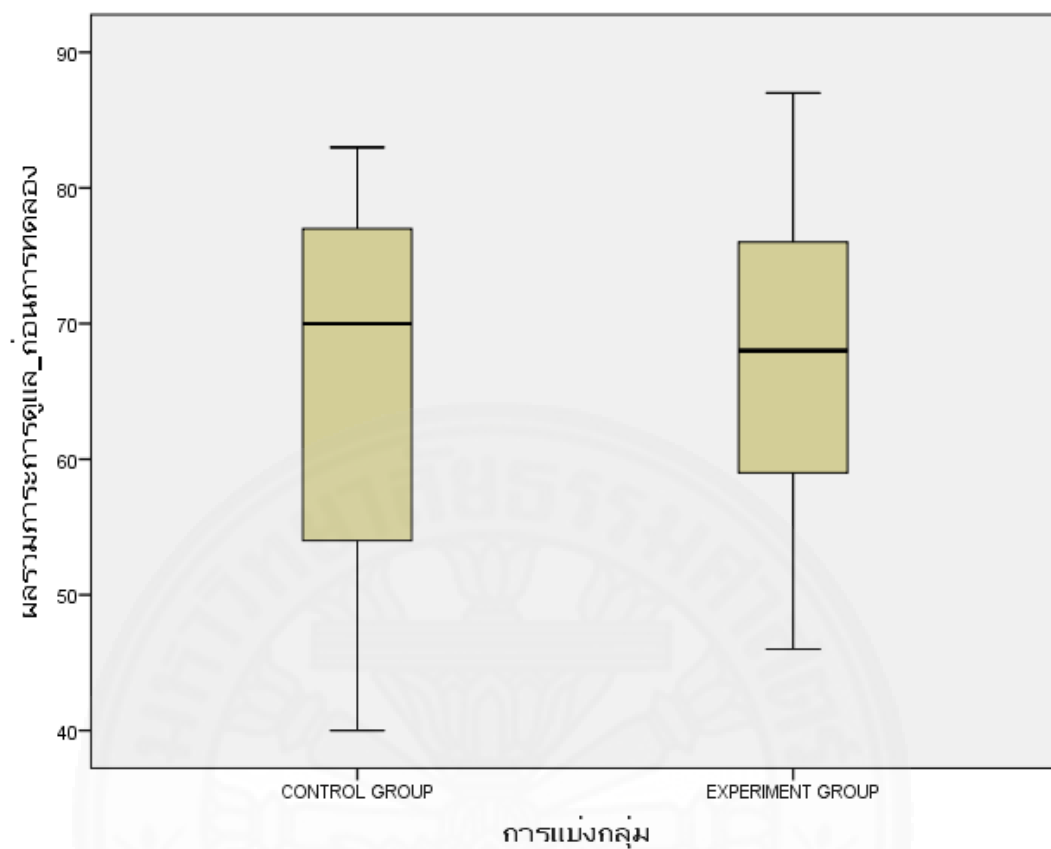
ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง



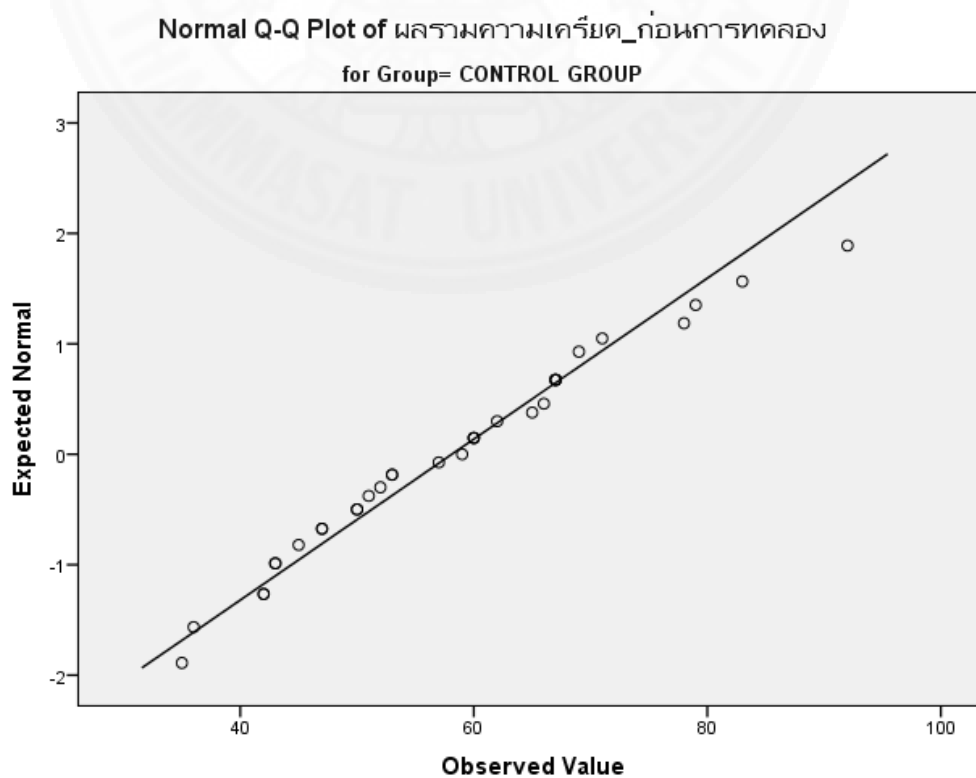
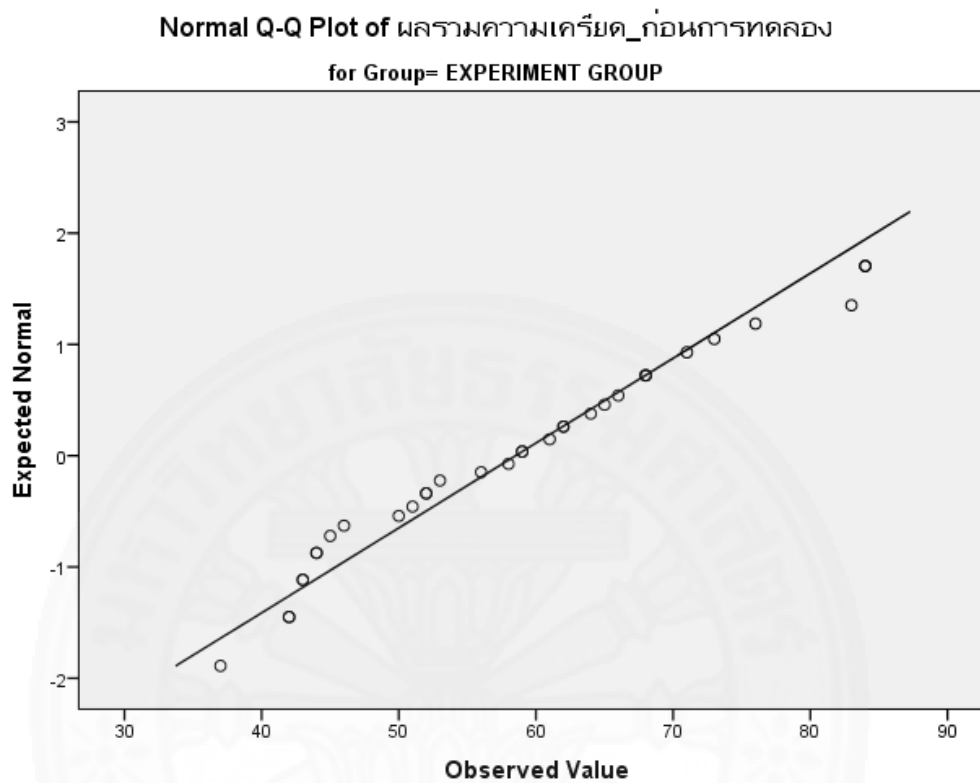


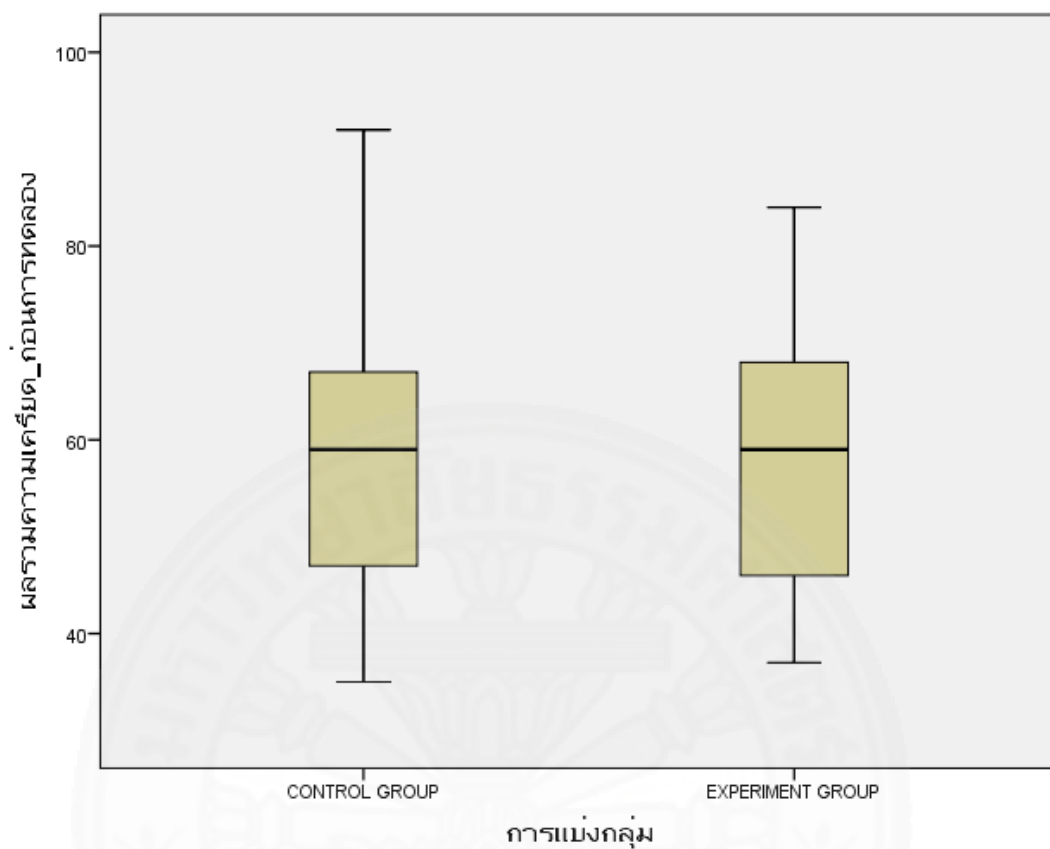
ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง





ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง





2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 33) โดยใช้สถิติ Paired t-test

	Paired Differences							Sig.
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	
				Lower	Upper			
ความรู้ของผู้ดูแล	-37.60	15.96	2.77	-43.268	-31.945	-13.53	32	.000
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	-6.90	2.52	.440	-7.806	-6.012	-15.69	32	.000
ทักษะในการดูแลผู้ป่วย	-30.69	14.20	2.47	-35.735	-25.659	-12.41	32	.000
ภาวะการดูแลของผู้ดูแล	17.48	13.34	2.32	12.753	22.217	7.52	32	.000
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	9.21	12.58	2.191	4.748	13.676	4.20	32	.000
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย	8.27	7.48	1.30	5.620	10.925	6.35	32	.000
ความเครียดของผู้ดูแล	18.06	9.30	1.62	14.762	21.360	11.15	32	.000
ความเครียดทั่วไป	11.75	7.34	1.27	9.152	14.363	9.19	32	.000
ความเครียดจากการดูแล	6.30	3.40	.59	5.096	7.510	10.63	32	.000

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
 สมองกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 33) โดยใช้สถิติ Paired t-test

	Paired Differences						t	df	Sig.
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
ความรู้ของผู้ดูแล									
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	-1.18	1.667	.290	-.773	.409	-.627	32	.535	
ทักษะในการดูแลผู้ป่วย	-1.75	7.098	1.236	-4.274	.759	-1.423	32	.165	
ภาวะการดูแลของผู้ดูแล									
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	-2.66	8.406	1.463	-5.647	.314	-1.822	32	.078	
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย	-.636	5.355	.932	-2.535	1.262	-.683	32	.500	
ความเครียดของผู้ดูแล									
ความเครียดทั่วไป	1.182	6.023	1.048	-.954	3.318	1.127	32	.268	
ความเครียดจากการดูแล	-.182	1.667	.290	-.773	.409	-.627	32	.535	
	-1.758	7.098	1.236	-4.274	.759	-1.423	32	.165	

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย
 บาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent
 t-test

	Levene's test		t-test Equality of Mean						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
ความรู้ของผู้ดูแล	1.63	.20	-12.52	64	.000	-34.00	2.71	-39.42	-28.57
			-12.52	59.29	.000	-34.00	2.71	-39.43	-28.57
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	.049	.82	-13.76	64	.000	-7.21	.52	-8.25	-6.16
			-13.76	63.93	.000	-7.21	.52	-8.25	-6.16
ทักษะในการดูแลผู้ป่วย	1.25	.26	-10.72	64	.000	-26.78	2.49	-31.78	-21.79
			-10.72	59.84	.000	-26.78	2.49	-31.78	-21.78
ภาวะการดูแลของผู้ดูแล	8.97	.00	5.77	64	.000	19.06	3.30	12.46	25.65
			5.77	47.60	.000	19.06	3.302	12.420	25.701
ภาวะการดูแลเชิงอัตโนมัติ	5.66	.02	5.16	64	.000	11.87	2.30	7.28	16.47
			5.16	48.113	.000	11.87	2.30	7.25	16.50
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย	5.77	.01	3.91	64	.000	7.18	1.83	3.50	10.84
			3.91	57.27	.000	7.18	1.833	3.51	10.85
ผลรวมความเครียดของผู้ดูแล	3.67	.060	5.70	64	.000	16.81	2.948	10.929	22.707
			5.70	57.06	.000	16.81	2.948	10.915	22.721
ความเครียดทั่วไป	2.57	.11	4.87	64	.000	10.63	2.182	6.27	14.99
			4.87	57.50	.000	10.63	2.18	6.26	15.00
ความเครียดจากการดูแล	.036	.85	4.732	64	.000	6.18	1.30	3.572	8.79
			4.73	62.85	.000	6.18	1.30	3.57	8.79

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางสาวพรทิพย์ สำริดเปี่ยม
วัน เดือน ปี เกิด	2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดสิงห์บุรี
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2553 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
ประสบการณ์ทำงาน	พ.ศ. 2554 ถึงปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

