

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัว
ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



นางสาว เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-17-3917-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORTING PROGRAM ON ADJUSTMENT OF
FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

Miss Benjamaporn Wongkrai

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing


Chulalongkorn University

Academic Year 2005

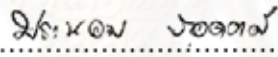
ISBN 974-17-3917-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
โดย นางสาว เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

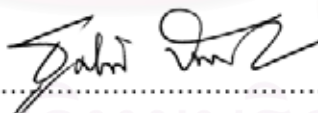
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลชิต)

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัว
ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORTING
PROGRAM ON ADJUSTMENT OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC
BRAIN INJURY) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา. 209 หน้า. ISBN 974-17-3917-6.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว และการ
ปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการ
ของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
ระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และ
ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่ม
ควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้าน อายุของ
สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วย และระดับความ
รุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการ
สนับสนุนความต้องการของครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของ
ครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยดัดแปลงจากแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ
Daley (1984) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการ
ปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัดการปรับตัวของ Derogatis
(1986) ซึ่งได้ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน และหาค่าความเที่ยง
สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .81 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าร้อยละ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Kolmogorov-Smimov test และสถิติทดสอบที (Paired t-test และ Independent
t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของ
ครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของ
ครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2548

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4777587636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : FAMILY NEEDS / ADJUSTMENT/ TRAUMATIC BRAIN INJURY

BENJAMAPORN WONGKRAI: THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORTING PROGRAM ON ADJUSTMENT OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 209 pp. ISBN 974-17-3917-6.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of the family needs supporting program on adjustment of family members of patients with traumatic brain injury. The sample consisted of 40 family members, and patients with traumatic brain injury admitted to the neurosurgery intensive care unit 1, neurosurgery intensive care unit 2, and trauma intensive care unit at Sappasittiprasong Hospital, Ubonrachatani province. Participants were selected into an experimental group and a control group. The groups were similar in age of family members, relationship between family members with traumatic brain injury patients, and level of consciousness of the patients. The experimental group received a family needs supporting program, while the control group received a conventional care. The research instruments were family needs supporting program developed based on family need concept (Daley, 1984). Instrument used were a demographic data form, and Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS (Derogatis, 1986). The instruments were tested for content validity by 8 experts. The reliability of the PAIS were .81. The data were analyzed by using mean, percentage, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test statistic and t-test statistic (Paired t-test and Independent t-test)

Results were as follows:

1. The adjustment of family members of patients with traumatic brain injury receiving the family needs supporting program at posttest was significantly higher than that of pretest at the .05 level.
2. The adjustment of family members of patients with traumatic brain injury receiving the family needs supporting program at posttest was significantly higher than those who receiving a conventional care at the .05 level.

Field of study Nursing Science

Academic year 2005

Student's signature *Benjamaporn Wongkrai*

Advisor's signature *Ch. J.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาใช้เวลา เพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะ แก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจ แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบ ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ช่วย แก้ไขข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการ วิจัย และขอกราบระลึกถึงอาจารย์ ดร. เยาวลักษณ์ โกโคยวณิชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ล่วงลับที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะรวมถึงกำลังใจตราบนานวาระสุดท้าย ขอผลบุญจง บันดาลให้อาจารย์ผู้สละชีวิตด้วยเทอญ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าพร้อมทั้งข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่ง แก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการ พยาบาล หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม และบุคลากรทุกท่าน ที่ให้โอกาสและสนับสนุน ผู้วิจัยอย่างยิ่ง ในการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบคุณเพื่อน ๆ สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่อายุ 5 ทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเสมอมา และขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท 1 หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุและบุคลากรทุกท่าน ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ได้ให้การสนับสนุน และความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและ สมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้องทุกคนที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในทุกด้าน ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย จนสำเร็จการศึกษา ตลอดจนทุกท่านที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงอยู่ตลอดเวลา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
การบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว.....	18
แนวคิดการปรับตัว.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ.....	36
บทบาทของพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	71
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	72
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	72
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	85
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	88

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	89
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	108
สรุปผลการวิจัย.....	112
การอภิปรายผลการวิจัย.....	112
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	123
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	124
รายการอ้างอิง.....	125
ภาคผนวก.....	137
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	138
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือใน การทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและจดหมาย ขอความอนุเคราะห์ถ่ายทำสื่อวีดิทัศน์.....	140
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและใบขอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย.....	144
ภาคผนวก ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	151
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	209

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
2	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย.....	75
3	จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	94
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษา และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษา.....	97
5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	99
6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	101
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	103
8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมแยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	105
9	การแจกแจงของข้อมูลการปรับตัว.....	152
10	เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัว ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง...	153

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	107
2	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	154
3	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	155
4	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	156
5	แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้กันของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	157
6	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	158
7	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	159

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทยและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะกว่า 500,000 คน เสียชีวิตประมาณ 50,000 คนต่อปี และร้อยละ 80 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตภายในเวลาที่รวดเร็ว (Bond, et al., 2003) ในประเทศไทยพบว่า อุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็ง (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2545) จากรายงานการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งปี พ.ศ. 2543-2546 พบว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขนส่ง จำนวน 47,871-55,019 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 3,836-4,591 ราย (กาญจนีย์ ดำนาคแก้วและวณัสนันท์ รุจิวิวัฒน์, 2549) อวัยวะที่พบบาดเจ็บรุนแรงสูงสุดและเป็นสาเหตุสำคัญของการตายจากอุบัติเหตุขนส่งคือ ศีรษะและใบหน้า (ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์และศิริวรรณ สันติเจียรกุล, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถมาลาหอมและคณะ (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ และมารับบริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2547 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองร้อยละ 37.3 และกลุ่มที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 39.8 อยู่ในช่วงอายุ 15-30 ปี

การที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีใครคาดคิดมาก่อน (Johnson and Roberts, 1996; Grossman, 1995) ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Kosciulek, 1997; Acorn, 1995; Testani-Dufour, Chappel-Aiken, and Gueldner, 1992; Baker, 1990) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อนในเรื่องของสถานที่ บุคคล สิ่งแวดล้อม การถูกแยกจากผู้ป่วยที่มักต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด (Engli and Kirsivali-Farmer, 1993) อีกทั้งผู้ป่วยบางรายไม่รู้สึกรู้สียงไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้จึงทำให้การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นรวมถึงสมาชิกในครอบครัวลดลงด้วย (Kreutzer, Marwitz, and Kepler, 1992) ยิ่งส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น (Martin, 1994)

ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวเกิดจากที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการสูญเสียในเรื่องความทรงจำ สมรรถภาพทางกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมที่มีความก้าวร้าวมากขึ้น (Gouick and Gentleman, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พักพิงของผู้ป่วยจึงต้องรับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจและ สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540) นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยังต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และมีค่าใช้จ่ายที่สูงทำให้ครอบครัวต้องรับภาระทางการเงิน (Kosciulek, 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวมาก่อนจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความ ท้อแท้สิ้นหวังและก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Acorn and Roberts, 1992) อีกทั้งยังทำให้ สมาชิกในครอบครัวต้องแยกตัวออกจากสังคมขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรม ทางสังคมลดลง (Kreutzer, et al., 2002) เนื่องจากไม่มีเวลาตลอดจนเวลาในการพักผ่อนก็น้อยลง ด้วย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอมี อารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น และอาจทำให้มีอาการผิดปกติต่อร่างกายตามมาเช่น ปวดศีรษะ ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน เกิดแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น (Frye, 1987; Mauss-Clum, and Ryan, 1981)

การบาดเจ็บที่ศีรษะ มักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวไม่สามารถที่จะรอหรือยอมรับได้ การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยทำให้มีอาการไม่แน่นอน และพฤติกรรมการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวเกิดความกลัว เครียด วิตก กังวล ไม่เป็นสุข (Engli and Kirsivali-Farmer, 1993) จากความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ว่าอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สภาพของห้องฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยหนัก ที่ปิดกั้นความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว และ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ครอบครัวไม่คุ้นเคย สภาพการทำงานของแพทย์และพยาบาลที่เร่งรีบ เคร่งเครียดในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง ส่งผล ให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สมาชิกในครอบครัวบางรายแสดงออกเนื่องจากความเครียดทาง ร่างกายและพฤติกรรม เช่น ร้องไห้ เอะอะ นั่งหน้านิ่งคิ้วขมวด สับสนหรือจัด เดินไปเดินมา การถามคำถามซ้ำ ๆ จากเจ้าหน้าที่หลายคนเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การปฏิเสธไม่ ยอมรับความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การไม่สามารถนั่งรอให้ถึงเวลาเยี่ยมตามกำหนดได้ (มารยาท วัชราเกียรติ, 2536)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กับครอบครัว ตลอดจนความกลัวในสิ่งที่ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างกับผู้ป่วย ความไม่แน่ใจ

ในอาการของผู้ป่วย การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรค การรักษาพยาบาลที่มีให้กับผู้ป่วย ซึ่งความเครียดและวิตกกังวลเหล่านี้จะสามารถเกิดขึ้นได้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย และแต่ละคนจะมีความสามารถในการปรับตัวที่แตกต่างกัน การปรับตัวจะสำเร็จได้เมื่อมีสิ่งกระตุ้น หรือตัวที่ก่อให้เกิดปัญหานั้นอยู่ในระดับที่ไม่มากจนเกินไป (ทัศนบุญทอง, 2532) ถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวให้ระดับความเครียดลดลงได้ ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่สามารถแก้ไขปัญหได้ตามลำพังหรืออาจเกิดจากขาดบุคคลที่จะเข้าใจความต้องการและให้การสนับสนุน ความล้มเหลวในการปรับตัวนี้ จะเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียภาวะความสมดุลทางอารมณ์ หรือเรียกว่า ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Emotion crisis) (ทัศนบุญทอง, 2532; Leske, 1986) ส่งผลให้ระบบครอบครัวล่มสลายได้ และยังทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเต็มความสามารถ อันจะก่อให้เกิดผลเสียต่อการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยตามมา

Rivara, et al.(1992) กล่าวว่า การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาคือ ในช่วงระยะวิกฤตสมาชิกในครอบครัวจะมีความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะเรื้อรังซึ่งจะพบว่ามีความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดลดลงเมื่อเวลาผ่านไป และสมาชิกในครอบครัวจะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นยังขึ้นอยู่กับ การได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุน ความต้องการตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการบาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 72 ชั่วโมงแรกๆ ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (Daley, 1984) ซึ่งจากจุดนี้จึงพบว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการที่จะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการบาดเจ็บเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การที่จะช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวและลดความเครียดลงนั้น พยาบาลต้องมีวิธีการช่วยเหลือครอบครัว โดยต้องทราบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นเกิดจากอะไรบ้างและครอบครัวมีความต้องการอย่างไรบ้าง เพื่อจะได้ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ตามความต้องการ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปรับตัวได้ดีขึ้น เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวได้เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการบาดเจ็บ (Bokinskie, 1992) และพยาบาลยังเป็นผู้ที่สำคัญในการช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย (Hopkins, 1994; Meijs, 1989)

เนื่องจากพยาบาลต้องมีการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ (Engli and Kirsivali-Farmer, 1993)

หากครอบครัวไม่มีความเครียดและความวิตกกังวลที่มากเกินไป สมาชิกในครอบครัวจะเป็นแหล่งที่มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่รู้ข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย และบุคลิกภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และนอกจากนี้ครอบครัวยังสามารถช่วยสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลที่เขารักและเป็นห่วงอีกด้วย ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการช่วยเหลือและลดความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะคือการช่วยให้ได้รับการสนับสนุนตามความต้องการที่เหมาะสม

สำหรับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นโปรแกรมการพยาบาลที่นำแนวคิดเรื่องความต้องการของครอบครัว (Daley, 1984) มาประยุกต์ใช้ในการจัดแผนกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเป็นแรงผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเชื่อว่าการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) ได้และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวล การได้รับกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวลจะส่งเสริมให้บุคคลเกิดขวัญและกำลังใจรวมทั้งสามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) (Thoits, 1986) นอกจากนี้การที่สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลและอาการของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความพึงพอใจและกำลังใจในการเผชิญปัญหา รู้สึกว่าตนมีคุณค่าในการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Leske, 2002) และโปรแกรมนี้อย่างจะมีผลต่อการรู้คิดของสมาชิกในครอบครัวให้สามารถจัดการกับปัญหา เกิดทักษะในการเรียนรู้ และปฏิบัติจากประสบการณ์ จึงสามารถที่จะตัดสินใจและวางแผนเพื่อการปรับตัวได้รวมทั้งเป็นการสนับสนุนความต้องการของสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวได้ (Rivara, et al., 1992)

จากประสบการณ์การทำงานในห้องผู้ป่วยหนักที่ต้องรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการบาดเจ็บ พบว่าพยาบาลจะตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อรักษาชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงอาจเกิดการละเลยไม่สนใจในการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วยทั้ง ๆ ที่ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวเช่นกัน ครอบครัวจึงมีความต้องการการดูแลและสนับสนุนความต้องการในด้าน

ต่าง ๆ จากพยาบาลเช่นเดียวกันกับผู้ป่วยเพื่อที่จะทำให้สามารถปรับตัวเพื่อคงความสมดุลของระบบครอบครัวไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีผู้สนใจศึกษาการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤตน้อยมากได้แก่การศึกษาของกรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม(2546) ซึ่งเป็นการวิจัยแบบบรรยาย และได้มีการศึกษาที่มีการนำเอาการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการสนับสนุนในเรื่องข้อมูลและอารมณ์มาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะคือการศึกษาของ รัตนา อยู่เปลว (2543) แต่ยังไม่มียางานการศึกษาที่นำเอาการปฏิบัติการพยาบาลมาใช้เพื่อช่วยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการปรับตัวตั้งแต่ในระยะวิกฤต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างและศึกษาเกี่ยวกับผลของการนำเอาโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤตมาใช้ เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้สามารถปรับตัวได้ดีตั้งแต่ระยะวิกฤต ทำให้ครอบครัวสามารถรักษาสมดุลภายในระบบครอบครัวไว้ได้ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวและนำไปสู่การดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) และแนวคิดการปรับตัวของ Derogatis (1986) มาเป็นแนวทางในการศึกษาโดย Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินตัดสินโดยผ่านกระบวนการรู้คิด เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด บุคคลจะเผชิญปัญหาโดยผ่านกระบวนการตัดสินและพยายามจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดนั้น ซึ่งต้องอาศัยการเผชิญปัญหา (Coping) ที่เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยที่บุคคลจะใช้แหล่ง

ประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง และการเผชิญปัญหาจะแสดงผลพหุในการปรับตัว และ Derogatis (1986) กล่าวว่า การปรับตัวมีหลายองค์ประกอบ ที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 7 ด้านคือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ 2) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4) ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกลกัน 5) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม 6) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ และ 7) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดันซึ่งนักจิตวิทยาเรียกว่าความต้องการหรือความจำเป็น (Need) ความต้องการเหล่านี้จะทำให้มนุษย์ต้องมีปฏิกริยาตอบกลับโดยการปรับตัว และได้สรุปว่าการปรับตัวของบุคคลจะต้องประกอบขึ้นจากระบวนการทางจิตซึ่งมนุษย์ใช้ในการตอบสนองของความต้องการ

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้นย่อมจะทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องการการสนับสนุนเพื่อเป็นแรงผลักดันให้สามารถปรับตัวได้ ซึ่งถ้าความต้องการได้รับการสนับสนุนก็จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเต็มที่และจะส่งผลให้สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบครอบครัวก็จะดำรงความสมดุลต่อไปได้

โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาจากแรงผลักดันที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวนั้นคือความต้องการ และหากไม่ได้รับการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวจะเกิดความเครียดและต้องการการช่วยเหลือ (Daley, 1984) ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยดัดแปลงจากแนวคิดความต้องการตามการศึกษาของ Daley (1984) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านกำลังใจ ระบายความรู้สึกและลดความวิตกกังวล ความต้องการด้านมีส่วนร่วมช่วยเหลือและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Thoits, 1986; Lazarus and Folkman, 1984; สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี และสามารถทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Roy and Andrews, 1991) Thoits (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้นและการสนับสนุนด้านข้อมูลสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) ได้ สามารถเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับภาวะวิกฤตและพยายามปรับเปลี่ยนไปในด้านที่ดีหรือเพิ่มความเข้าใจต่อสถานการณ์นั้นได้ และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำทนายตนเองระหว่างที่ต้องถูกจำกัดในด้านต่าง ๆ ขณะนั้นได้

ตลอดจนคิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาไว้ล่วงหน้า (พิบูล ตันติธรรม, 2533) จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เหมาะสม

การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion- Focused Coping) (Thoits, 1986) เพื่อเป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวลและเป็นแรงผลักดันที่บุคคลใช้เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกกดดันเคร่งเครียดต่อจิตใจ Jacobson (1986) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมที่มีประโยชน์มากที่สุดในภาวะที่มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด โดยมีผลให้สมาชิกในครอบครัวใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ทำให้ความเครียดลดลงและสามารถใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้ ทำให้มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป (รัตนา อยู่เปลา, 2543; คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540; Halm, 1990; Thoits, 1986)

การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทย เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวที่เหลือจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (จุภา ภูไพบูลย์, 2541) การจัดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ครอบครัวเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ให้การช่วยเหลืออะไรไม่ได้แล้ว รู้สึกผิด หมดหนทาง เป็นความหวังว่าสามารถให้การช่วยเหลือได้ (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; Hickey, 1993) ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Leske, 2002) ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันภายในที่มีอิทธิพลทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะเป็นการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม มีการเผชิญปัญหาและวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะปรับตัวในด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกลกัน ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม และเป็นการเตรียมความพร้อมในการที่จะให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ที่ทั้งที่โรงพยาบาลและให้การดูแลต่อเนืองที่บ้านเมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ
2. การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมี

1. ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤตที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว
 - ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984) ประกอบด้วย

1.1 การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวต้องการ โดยข้อมูลจะประกอบไปด้วยเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก ลักษณะและสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัว เช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตรต่าง ๆ เป็นต้น (Daley, 1984) ซึ่งกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคล เริ่มตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 1 ครั้ง

1.2 การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล เป็นกิจกรรมที่มีการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกที่เป็นความเครียด ความวิตกกังวล รับฟังปัญหาของครอบครัวด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี ให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากพยาบาล และสร้างความไว้วางใจแก่สมาชิกในครอบครัวร่วมกับการให้คำแนะนำคำพูดสนับสนุนและการกระตุ้นที่แนะ (Daley, 1984) กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคลตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล และครั้งที่ 2 หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

1.3 การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและร่างกาย โดยให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การเช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า การสัมผัสผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย (Daley, 1984) กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคลตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 1 ครั้ง หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล

2. การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการในการประเมินตัดสินใจและผลของการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยยึดหลักแนวคิดของ Derogatis (1986) ประกอบด้วย

2.1 ด้านการดูแลสุขภาพ หมายถึง เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง ความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือดูแลและได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพภายหลังที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.2 ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ หมายถึง การให้ความสำคัญและความรู้สึกในการทำงาน ปัญหา ผลกระทบ อุปสรรคต่อการทำงานและผู้ร่วมงาน อันเนื่องมาจากการที่

สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งความคิดเห็นต่อเป้าหมายในการทำงานในอนาคต

2.3 ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ปัญหาในการช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกันในการทำงานบ้าน ความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมในครอบครัว และปัญหาเกี่ยวกับด้านการเงิน

2.4 ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกลกัน หมายถึง การติดต่อกับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน ความสนใจในการติดต่อกับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน ต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน และสัมพันธภาพกับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน

2.5 ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับความสนใจในการใช้เวลาว่างร่วมกับสมาชิกในสังคม และความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม

2.6 ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว ตกใจง่าย เศร้าไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โกรธ หงุดหงิดง่าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่าในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หรือรู้สึกว่าตนเองมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว สามารถวัดได้จากแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก Psychosocial Adjustment to Illness Scale : PAIS (Derogatis, 1986)

3. ครอบครัวผู้ป่วย หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 1 คน ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วยได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง และมีบทบาทในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากที่สุด สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเองเนื่องจากผลของการเจ็บป่วย ซึ่งได้จากการที่ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกกันเอง

4. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน โดยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและไม่มีการบาดเจ็บที่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกายร่วมด้วย

5. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาใหม่ในห้องผู้ป่วยหนักในช่วง 3 วันแรกของการเข้ารับการ

รักษาที่กระทำโดยพยาบาลประจำการของห้องผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย กฎระเบียบของห้องผู้ป่วยหนักและเวลาในการเข้าเยี่ยมโดยใช้ป้ายประกาศหน้าห้องผู้ป่วยหนัก การอธิบายอาการของผู้ป่วย การตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามทักษะของพยาบาลแต่ละคนหรือเมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเข้ามาซักถามตามโอกาสจากพยาบาลเท่าที่จะทำได้และไม่สม่ำเสมอในขณะที่เข้าเยี่ยมอาการผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทางด้านการพยาบาลสามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาบทบาทและความสามารถของพยาบาลในการให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤตที่มีการนำความรู้จากหลักฐานการวิจัยมารองรับ (Evidence based practice)
2. ทางด้านการศึกษา สามารถนำการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิกวมทั้งนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม
3. ทางด้านการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ
4. ทางด้านวิชาชีพเป็นการสร้างนวัตกรรมใหม่และการใช้การพยาบาลแบบองค์รวม การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อยกระดับวิชาชีพให้เป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.3 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.4 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย
 - 1.6 การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 2.1 รูปแบบของครอบครัว
 - 2.2 หน้าที่ของครอบครัว
 - 2.3 ระบบครอบครัว
 - 2.4 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัว
3. แนวคิดการปรับตัว
 - 3.1 ความหมายของการปรับตัว
 - 3.2 สาเหตุของการปรับตัว
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซาลัสและโพลคแมน
 - 3.4 การประเมินการปรับตัว
 - 3.5 การปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ
 - 4.1 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 4.2 โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว
5. บทบาทของพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิด

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

Jennett and Teasdale (1981) ได้ให้คำจำกัดความของการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ

1. มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระแทก
2. ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก
3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวแม้เพียงชั่วขณะ

ผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นแม้เพียงข้อเดียวหรือมากกว่าจัดว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้า เช่น การมีบาดแผลฉีกขาดที่ใบหน้า (Facial laceration), กระจกหน้าแตก, มีวัตถุแปลกปลอมเข้าไปในตา หู จมูก, หรือมีเลือดกำเดาไหล เป็นต้น แต่การบาดเจ็บเหล่านี้สามารถพบรวมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะได้

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่างๆ ของศีรษะ ซึ่งได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539; ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; จเร ผลประเสริฐ, 2541)

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบมากในปัจจุบันคือ อุบัติเหตุจากรถ (Traffic accident) โดยที่ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ สาเหตุรองลงมาคือ ตกจากที่สูง ถูกตี ถูกฟัน หรือถูกยิง (สุนันทา ศรีวิวัฒน์และคณะ, 2544) สำหรับการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบจากการเล่นกีฬาอาจพบได้บ้าง เช่น นักมวย มักเกิดเป็นแบบ Acute or subacute subdural hematoma เนื่องจากศีรษะถูกกระทบกระเทือนมาก (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539)

1.3 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบ (Bottcher, 1989; นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539; ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541) คือ

1.3.1 การบาดเจ็บโดยตรง (Direct injury) คือบาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด คือ

1.3.1.1 บาดเจ็บที่ศีรษะขณะอยู่นิ่ง (Static head injury) คือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นขณะที่ศีรษะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย แล้วมีวัตถุมากระทบ หรือมีแรงจากภายนอกเข้ามากระทำ เช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่ถ้าหากแรงที่มากระทำมีมากพอหรือวัตถุนั้นมีขนาดใหญ่หรือมีความเร็วสูง จะทำให้สมองเกิดการสั่นสะเทือนอย่างแรง

1.3.1.2 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนไหว (Dynamic head injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ ขับรถไปชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น ซึ่งมักมีการแตกตัวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย

1.3.2 การบาดเจ็บโดยอ้อม (Indirect injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงก้นกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรง หรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้มักไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

1.4 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถอธิบายตามลักษณะที่เกิดขึ้นได้ 2 ระยะ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; นครชัย เพื่อนปฐม, 2541) คือ

1.4.1 การบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary head injury) ได้แก่ การบาดเจ็บของหนังศีรษะหรือสมอง ซึ่งเกิดจากแรงมากระแทกโดยตรง เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บ ลักษณะของการบาดเจ็บนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความแรง และทิศทางของแรงที่มากระแทกที่ศีรษะ

1.4.2 การบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary head injury) เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายภายหลังจากเกิดเหตุซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรก หรือจากเหตุปัจจัยภายนอกที่ทำให้เนื้อสมองขาดออกซิเจนการบาดเจ็บทุติยภูมินี้ส่วนมากสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หรือถ้าเกิดขึ้นแล้วก็สามารถควบคุมจนลดความรุนแรงลงหรือหายได้ในที่สุด โดยอาจมีสาเหตุจากภายในหรือภายนอกกะโหลกศีรษะ เช่น การตกเลือดในสมอง ก็จะมีทาง

รักษาให้หายหรือทุเลาลงจนไม่เกิดการทำลายเนื้อสมองได้ ถ้ามีการค้นพบได้อย่างรวดเร็วและทำการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ นอกจากทำให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิตแล้วบางส่วนยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพของร่างกายโดยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย การสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้คิด การเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก (Testani-Dufour, et al., 1992; Sherer, et al., 2002; Gouick and Gentleman, 2004) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย คือการได้รับอันตรายของสมองใหญ่ทั่ว ๆ ไป ที่เปลือกสมอง หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนของก้านสมอง Reticular formation จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีอาการหมดสติ (ชัชวรินทร์ อังศุภากร, 2535) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท สัญญาณชีพ เกิดภาวะสมองบวม เลือดออกในสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง นอกจากนั้น ปัญหาที่สำคัญทางด้านร่างกายที่พบร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง ต้องนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ (Kosciulek, 1997; Duff and Wells, 1997) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ ปอดแฟบ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

1.5.2 ผลกระทบด้านการรู้คิด เป็นความสามารถของบุคคลในการให้ความหมายและทำความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้ การคัดเลือกข้อมูลข่าวสารเพื่อจัดเก็บและกำหนดรูปแบบเพื่อตอบสนองเป็นพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งองค์ประกอบของการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้เวลาและสถานที่ การตั้งใจมีสมาธิ ความจำ การคำนวณ การคิดที่เป็นตรรกะ รวมทั้งการใช้ภาษาสื่อสารกับบุคคลอื่น (Duff and Wells, 1997) เมื่อความสามารถด้านการรู้คิดพร่องไป ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องความจำ เนื่องจากมีการรบกวนกระบวนการที่จะแปลความหมายของความทรงจำในระยะสั้นไปสู่ความทรงจำในช่วงก่อนเกิดการบาดเจ็บ ทำให้มีอาการความจำเสื่อม ความสนใจหรือสมาธิลดลง มีการตอบสนองหรือรับรู้ช้า ความคิด สติปัญญา ความรู้ ความเข้าใจ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาลดลง เป็นต้น (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547)

1.5.3 ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ อาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองเอง จากสภาพแวดล้อม จากการสูญเสียสภาพลักษณ์ เนื่องจากความพิการที่หลงเหลืออยู่และจาก

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ความมีคุณค่าในตนเองลดลงสูญเสียการควบคุมตนเอง รู้สึกมีปมด้อย (กัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาร, 2539) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความคับข้องใจจากการที่ไม่สามารถสนองต่อความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ ซึ่งมีผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา คือ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด สับสน วิดกกังวล ก้าวร้าว หรือซึมเศร้า หมดหวัง สูญเสีย เหนื่อยล้า ปฏิเสธ แยกตัวเอง บางรายคิดฆ่าตัวตาย (กัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาร, 2539; Bottcher, 1989)

นอกจากนี้แล้วยังมีการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยอาศัยความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะขณะแรกแรกที่แผนกฉุกเฉิน (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541) พบว่า โดยส่วนมากพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor head injury) เกือบทุกคนจะหายโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) กลุ่มนี้อาการส่วนใหญ่เป็นที่น่าพอใจมีเพียงส่วนน้อยที่มีระดับสติปัญญาลดลง เนื่องจากมีการทำลายของเซลล์สมองอย่างถาวร และหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน จะมีอาการปวดศีรษะบ่อยครั้ง ความจำลดลง มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ไม่สามารถกลับเข้าสู่สังคมและอาชีพเดิมได้ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) พบอัตราการตายสูงสุดถึงร้อยละ 50 และหากรอดชีวิตมักจะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่

1.6 การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องได้รับการประเมินทางระบบประสาททุกรายเมื่อแรกรับ และในเวลาต่อมาเป็นระยะ ๆ การประเมินทางระบบประสาทที่สำคัญและใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดคือ การประเมินระดับความรู้สึกตัวเพราะทำให้ทราบถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับสมองและยังทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญและทำให้ทราบระยะเริ่มแรกสุดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ นอกจากนี้ยังทำให้ทราบผลของการรักษาว่าดีขึ้นหรือเลวลง (นครชัย เผื่อนปฐม, 2541)

Teasdale and Jennett (1974) ได้ร่วมกันคิดค้นวิธีประเมินความรู้สึกตัวจากการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง โดยให้ชื่อว่าแบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale) โดยจะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor response) การพูดที่ดีที่สุด (Verbal performance) การลืมตา (Eye opening) ดังมีรายละเอียดและคะแนนในแต่ละด้านดังนี้

1. การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M) ประกอบด้วย		
- สามารถเคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง	มีระดับคะแนน	6
- ไม่ทำตามคำสั่ง ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	มีระดับคะแนน	5
- ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด	มีระดับคะแนน	4
- แขนมีการเกร็งแบบศอกงอ	มีระดับคะแนน	3
- แขนมีการเกร็งแบบศอกเหยียด	มีระดับคะแนน	2
- ไม่เคลื่อนไหวเลย	มีระดับคะแนน	1
2. การพูดที่ดีที่สุด (V) ประกอบด้วย		
- พูดคุยได้ไม่สับสน	มีระดับคะแนน	5
- พูดคุยได้แต่สับสน	มีระดับคะแนน	4
- พูดเป็นคำ ๆ	มีระดับคะแนน	3
- ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	มีระดับคะแนน	2
- ไม่ออกเสียงเลย	มีระดับคะแนน	1
3. การลืมตา (E) ประกอบด้วย		
- ลืมตาได้เอง	มีระดับคะแนน	4
- ลืมตาเมื่อเรียก	มีระดับคะแนน	3
- ลืมตาเมื่อเจ็บ	มีระดับคะแนน	2
- ไม่ลืมตาเลย	มีระดับคะแนน	1

การบันทึกระดับความรู้สึกตัวเป็นค่าคะแนน (Glasgow Coma Score) โดยมีคะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน แสดงว่าระดับความรู้สึกตัวปกติ และคะแนนต่ำสุดคือ 3 คะแนน แสดงว่ามีส่วนของสมองที่ผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในภาวะหมดสติลึก (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539)

การแบ่งประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Rimel, et al., 1981; ทิพพาพร ตังอำนาจ, 2541) ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor head injury :MHI) คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 13-15 คะแนน ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เอง หรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย หรือสับสนเป็นบางครั้ง

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury :Mo.HI) คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 9-12 คะแนน ผู้ป่วยมีความ

รู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลาจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่าย ๆ ได้ถูกต้องโดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury :SHI) คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 3-8 คะแนน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใด ๆ ทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและสำคัญสำหรับมนุษย์ มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัวตลอดชีวิตสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นและใกล้ชิดกันมีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันทางสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างยาวนานมากกว่าสถาบันอื่น ๆ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) ดังนั้นบุคคลจะไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ได้ให้ความหมายของครอบครัว ดังนี้ 1) ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 2 คนขึ้นไป 2) สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย 3) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ 4) สมาชิกจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และมีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน

คณะกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้ให้นิยามของครอบครัวว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกันรวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายโลหิตและในบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537 อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

Friedman (1998) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่าเป็นการรวมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนหรือมากกว่านั้น โดยมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวกันไว้ก็คือ การแบ่งปันและการมีอารมณ์ใกล้ชิดผูกพันกันและบุคคลเหล่านั้นจำแนกตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

จากที่มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายท่านซึ่งส่วนใหญ่จะมีความหมายคล้ายคลึงกัน คือ ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่ร่วมกันด้วยความผูกพันและมีความเกี่ยวพันกันโดยการสมรส สายโลหิตหรือการยอมรับกันตามกฎหมาย มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และโดยทั่วไปแล้วบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวเดียวกันมักจะอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน

2.1 รูปแบบของครอบครัว

ครอบครัวอาจแบ่งได้หลายรูปแบบที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

2.1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) ประกอบด้วย สามีสามี ภรรยา และบุตรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน

2.1.2 คู่สมรสที่ไม่มีบุตร (Childless couples) ประกอบด้วยสามีและภรรยา

2.1.3 ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (One-parent หรือ single-parent family) ประกอบด้วยลูกและพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว ซึ่งต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกตามลำพังทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต หย่าร้างหรือแยกทางกัน หรือแม่ที่เลี้ยงดูลูกนั้นเป็นแม่ที่ไม่ได้แต่งงาน เป็นต้น

2.1.4 ครอบครัวบุญธรรม (Adoptive family)

2.1.5 ครอบครัวที่มีการแต่งงานใหม่ (Reconstituted family) ประกอบด้วยหญิงชายที่มาอยู่ร่วมกันโดยฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายเป็นม่ายหรือมีการหย่าร้างมาก่อน

2.1.6 ครอบครัวขยาย (Extended family) ประกอบด้วยเครือญาติตั้งแต่ 3 ชั่วคนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์กันโดยการเกิดหรือการแต่งงานมาอยู่ร่วมกัน

2.2 หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัวหรือกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวต้องร่วมกันปฏิบัติเพื่อความคงอยู่ของครอบครัวและเกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้อยู่ในสังคมได้ด้วยดี มี 7 ประการ (อุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ, 2532) คือ

2.2.1 การดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว โดยการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางชีวภาพและทางอารมณ์ โดยการจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่าง ๆ ให้เพียงพอตามสถานภาพของบุคคล และการให้ความรัก ความเอาใจใส่ต่อความต้องการทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งหาทางตอบสนองตามสมควร

2.2.2 การสั่งสอนอบรมและให้การศึกษแก่สมาชิกผู้เยาว์ โดยการให้คำแนะนำสั่งสอนแก่สมาชิกให้ทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบของตนให้รู้จักระเบียบวิธีปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนในการพัฒนาและช่วยเหลือในการเรียนรู้และฝึกทักษะซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

2.2.3 การสืบเชื้อสาย คือหน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่ ซึ่งอาจจะโดยการแต่งงานมีบุตรหลาน หรือการรับบุตรบุญธรรม เพื่อให้มีการสืบเชื้อสายอย่างต่อเนื่องและในขณะเดียวกันครอบครัวจะต้องเลี้ยงดูบุตรหรือสมาชิกใหม่ให้มีคุณภาพ เพื่อทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและสังคมสืบไป

2.2.4 การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ ด้วยการประกอบอาชีพและหารายได้ด้วยวิธีการสุจริต ใช้จ่ายทรัพย์สินที่หามาได้ด้วยความประหยัด ไม่สุรุ่ยสุร่าย เก็บออมทรัพย์ที่มีอยู่เพื่อให้ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปึกแผ่นมั่นคงและมีใช้เมื่อถึงคราวจำเป็น

2.2.5 การสร้างสถานภาพทางสังคมให้แก่สมาชิก โดยการนำสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสู่สังคมที่ครอบครัวนั้นสมาคมอยู่ พร้อมทั้งการให้กำลังใจ ฝึกฝนอบรมสมาชิกของครอบครัวให้มีความทะเยอทะยาน กระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะครอบครัวตนให้สูงขึ้น สนับสนุนสมาชิกของตนให้มีเกียรติเป็นที่ยอมรับในสังคมของตนและสังคมทั่วไป

2.2.6 การควบคุมทางสังคมได้แก่การดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ ให้การยกย่องชมเชยเมื่อสมาชิกปฏิบัติได้ถูกต้อง และช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งการลงโทษตามสมควร

2.2.7 หน้าที่ทางศาสนา คือหน้าที่ที่ครอบครัวจะต้องซักจูงให้สมาชิกยึดมั่นทางศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต บิดามารดาจะต้องนับถือศาสนาทั้งกาย วาจา และใจ ถือปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลาน

หน้าที่เหล่านี้เป็นหน้าที่หลักที่ครอบครัวทุกครอบครัวพึงปฏิบัติและมีความสำคัญอย่างยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

2.3 ระบบครอบครัว

ครอบครัวเป็นระบบเปิดที่ประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนจะต้องมีตำแหน่งหน้าที่และบทบาทของแต่ละคน ซึ่งการกำหนดบทบาทของสมาชิกแต่ละคนมีความชัดเจนและเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อประโยชน์ในการทำให้ครอบครัวมีความสมดุลและทำหน้าที่ต่อไปได้ Fawcett (1975) ได้กล่าวถึงลักษณะของครอบครัวในระบบเปิดไว้ดังนี้

2.3.1 ระบบครอบครัวเป็นส่วนรวมของส่วนต่าง ๆ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กัน ทั้งใน โครงสร้างและคุณสมบัติของส่วนประกอบแต่ละส่วน สำหรับระบบครอบครัวเป็นส่วนรวมของ ส่วนประกอบพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กันคือ สมาชิก ภรรยาและบุตร นอกจากนี้ยังรวมไปถึง ส่วนประกอบที่เป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน และการมีปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมไม่สามารถอยู่เดี่ยว ๆ ได้

2.3.2 ระบบครอบครัวมีสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมหมายถึงปัจจัยทั้งหมดที่มี ผลกระทบต่อระบบและที่จะได้รับผลกระทบจากระบบ การแยกขอบเขตระหว่างครอบครัวกับ สิ่งแวดล้อมไม่สามารถทำได้โดยเด็ดขาด เนื่องจากสิ่งแวดล้อมและระบบครอบครัวเป็นสนามพลัง ที่ถูกสมมติและกำหนดขึ้นมา ระบบครอบครัวจะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยระบบครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมต้องอยู่ร่วมกันและต้องอยู่ร่วมกันกับจักรวาล

2.3.3 ระบบครอบครัวเป็นระบบชีวิตที่เป็นระบบเปิด มีการแลกเปลี่ยนพลังงาน สสาร และข้อมูล ซึ่งการแลกเปลี่ยนนี้เป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในเวลาเดียวกันของ ระบบครอบครัวและสิ่งแวดล้อม และเนื่องจากระบบครอบครัวเป็นระบบชีวิตที่เป็นระบบเปิด ซึ่ง ทำให้ระบบครอบครัวมีการเจริญเติบโตมีพัฒนาการและมีวิวัฒนาการ

2.3.4 ระบบครอบครัวเป็นระบบที่รวมส่วนประกอบทั้งหมดเข้าด้วยกันเป็นหน่วย เดียว ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่เป็นการรวมเฉพาะบุคคลในครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นระบบที่ประกอบด้วย บุคคลและความสัมพันธ์ซึ่งปรากฏออกมาใหม่แตกต่างไปจากเดิม ลักษณะของบุคคลใดบุคคล หนึ่งในครอบครัวไม่สามารถบ่งบอกถึงลักษณะของระบบครอบครัวทั้งหมดได้

2.3.5 ระบบครอบครัวมีโครงสร้างโดยสนามพลังงานของระบบครอบครัวสามารถ เห็นได้ชัดเจนจากส่วนของโครงสร้างนี้ โดยที่โครงสร้างของระบบครอบครัวจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อระบบครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นกลไกตามธรรมชาติ

2.3.6 ระบบครอบครัวมีทิศทางเปลี่ยนแปลงที่เคลื่อนที่ไปตามกาลเวลา และ ไม่มีการย้อนกลับทุก ๆ เหตุการณ์เป็นการแสดงออกของระบบครอบครัวที่เกิดขึ้นเองได้ตลอดเวลา จำลองขึ้นมาไม่ได้ เพราะหลังการเปลี่ยนแปลงลักษณะของครอบครัวจะแตกต่างไปจากเดิม

2.3.7 ระบบครอบครัวสามารถเรียนรู้ มีความฝัน มีภาษา มีความคิด มีความรู้สึก และมีอารมณ์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ครอบครัวต้องมีปฏิสัมพันธ์ทั้งระบบ จะแยกมีปฏิสัมพันธ์เฉพาะบุคคลไม่ได้ จากความสามารถต่าง ๆ ของระบบครอบครัวดังกล่าวทำให้ระบบครอบครัวสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับสิ่งแวดล้อม และมีการให้ความหมายของ ข้อมูลข่าวสารนั้น

จากแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าครอบครัวซึ่งเป็นระบบเปิดสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หากเกิดการเจ็บป่วยกับสมาชิกในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวทำให้ครอบครัวเกิดภาวะขาดความสมดุล ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวย่อมเกิดภาวะขาดความสมดุลขึ้น ก่อให้เกิดความต้องการเพื่อที่จะทำให้สามารถปรับตัวและรักษาความสมดุลไว้ ถ้าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้รับการสนับสนุน ก็จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการปรับตัวและรักษาภาวะสมดุลไว้ได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวและเกิดภาวะสมดุลก็ย่อมทำให้ระบบครอบครัวคงความสมดุลต่อไปได้ ในทางตรงข้ามหากสมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนความต้องการย่อมทำให้ไม่สามารถที่จะปรับตัวและเกิดภาวะขาดสมดุลซึ่งจะส่งผลให้ระบบครอบครัวขาดความสมดุลด้วยเช่นกัน ก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมายไม่ว่าจะเป็นปัญหาภายในครอบครัว สังคม หรือต่อประเทศชาติได้

พยาบาลในฐานะต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงต้องให้ความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนความต้องการของครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะปรับตัวและคงความสมดุลของระบบครอบครัวไว้ได้ เมื่อครอบครัวสามารถปรับตัวและทำหน้าที่ต่อไปได้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือดูแลจากครอบครัว สามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็วต่อไป

2.4 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัว

ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย เนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีใครคาดคิดมาก่อน (Johnson and Roberts, 1996; Grossman, 1995) ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Kosciulek, 1997; Acorn, 1995; Testani-Dufour, et al., 1992; Baker, 1990) ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว เพราะอัตราการฟื้นหายจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นส่วนผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการหรือมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่ (Jennett and Teasdale, 1981) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มักมีการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Curtiss, Klemz, and Vanderploeg, 2000) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อระบบครอบครัวโดยตรง เพราะผู้ป่วยจะมี

ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ต่าง ๆ รวมทั้งยังต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยจึงต้องรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

จากการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อครอบครัวสามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเฉียบพลันซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Kosciulek, 1997; Acorn, 1995; Testani-Dufour, et al., 1992; Baker, 1990) เพราะผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และยิ่งผู้ป่วยมีอาการหนักมากเท่าใดความทุกข์ทรมานใจของสมาชิกในครอบครัวก็ยิ่งมีมากขึ้น ครอบครัวจะรู้สึกหมดหวัง ขาดกำลังใจ มึนงง คิดอะไรไม่ออก (ภรณ์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) บางครอบครัวจะมีความวิตกกังวลและตึงเครียดมาก สมาชิกในครอบครัวอาจจะมีความรู้สึกหยุดนิ่งเฉยชา ด้วยความรู้สึกกลัว ซ็อก และไม่เชื่อ (พรจันทร์ สุวรรณชาติและกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2537) บางคนร้องไห้ เอะอะ (มารยาท วัชรเกียรติ, 2536) และหากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัวไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมหรือสื่อสารกับครอบครัวได้เลย ก็ยิ่งส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น (Martin, 1994) ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวได้

Kreutzer, et al. (1992) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่ออารมณ์ จิตใจและสังคมของครอบครัวและได้สรุปไว้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ทำให้ครอบครัวมีระดับความเครียดสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รวมทั้งมีการปรับตัวทางสังคมลดลง นอกจากนี้การบาดเจ็บที่ศีรษะยังทำให้ครอบครัวเผชิญกับปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจซึ่งจะแสดงปฏิกิริยาที่แตกต่างกันไปแต่ละบุคคล เช่น โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เป็นต้น (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

2.4.2 ผลกระทบต่อโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ของครอบครัวและสังคม เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะครอบครัวของผู้ป่วยย่อมได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านโครงสร้างของครอบครัว การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมาก่อน (Acorn and Roberts, 1992) ทำให้ครอบครัวที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องพบกับปัญหามากมาย หลาย ๆ ครอบครัวสมาชิกต้องหยุดกระทำบทบาทความรับผิดชอบเช่น งานที่ทำอยู่เป็นประจำ มีการหยุดงานเพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วย แม้ว่าการหยุดงานนั้นอาจมีผลต้องออกจากงานก็ตาม

Curtiss, et al. (2000) ได้ทำการศึกษากลุ่มภรรยาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ร้อยละ 60 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวภรรยาต้องรับหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นบทบาทที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน นอกจากนี้ยังต้องทำบทบาทเดิมของตนในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้ภรรยาเกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และอาจส่งผลให้ระบบครอบครัวล้มเหลวในการดำเนินชีวิตครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งทำให้ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนแปลงไป (Tyerman and Booth, 2001) ผลกระทบเหล่านี้อาจนำไปสู่ความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น ปัญหาการหย่าร้าง (Frye, 1987)

นอกจากนั้นบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปในโครงสร้างของครอบครัว ยังส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมอีกด้วย (Griogo, 1993) เพราะสมาชิกในครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคมขาดสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมทางสังคมก็ลดลงด้วยเช่นกัน (Kreutzer, et al., 2002)

2.4.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ กลุ่มคนที่ตายและได้รับอุบัติเหตุจากรถซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมีอายุระหว่าง 15-55 ปี ซึ่งถือเป็นวัยทำงานที่มีความสำคัญต่อครอบครัวและประเทศชาติ (บัญญัติ แก้วส่องและคณะ, 2541) ทำให้เมื่อมีการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นต้องมีการหยุดพักงานเพื่อรักษาตัว ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูครอบครัว เป็นผลให้ครอบครัวเกิดการขาดรายได้แต่รายจ่ายกลับเพิ่มมากขึ้น และการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นต้องมีการใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานและมีค่าใช้จ่ายที่สูงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องออกจากงานทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาด้านการเงิน ค่ารักษาพยาบาล (Acorn and Roberts, 1992) ซึ่งหากเศรษฐกิจที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ชีวิตครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ถ้าเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นย่อมทำให้เศรษฐกิจของครอบครัวตกต่ำลง การดำเนินชีวิตในครอบครัวย่อมมีอุปสรรคหรือพบกับความยากลำบาก และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะยิ่งเพิ่มความเครียดและวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก

2.4.4 ผลกระทบด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง ทำให้มีความจำกัดในการทำหน้าที่ต่าง ๆ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยจึงต้องรับบทบาทในการดูแลเพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย หรือแม้แต่ในเรื่องของการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นต้น (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) สิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาสำหรับ

ตนเองน้อยลง ตลอดจนเวลาในการพักผ่อนก็น้อยลงด้วย (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามมา (Prevost, 1997) เช่น ปวดศีรษะ ท้องผูก ท้องเสีย เกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Mauss-Clum, and Ryan, 1981) ซึ่งสอดคล้องกับ Frye (1987) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัว พบว่าครอบครัวมีความเครียดสูงในช่วง 1ปีแรกหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และผลต่อร่างกายนั้นทำให้เกิดแผลในลำไส้และเกิดโรคหัวใจตามมา

ดังนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวทั้งในเรื่องของ หน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคม การใช้เวลาในความเป็นส่วนตัวหรือแม้แต่ในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.4.5 ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา บิดา มารดาและบุตร คู่สมรสจำนวนมากเกิดปัญหาเกี่ยวกับการหย่าร้างตามมา (Frye, 1987) อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ต้องมีการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน คู่สมรสจึงเกิดความรู้สึกว่าเหนื่อย โดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย (จุจา ภูโพนบูลย์, 2537) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กจึงไม่ได้รับความอบอุ่นหรืออบรมสั่งสอนอย่างเต็มที่ อันจะนำไปสู่ปัญหาภายในครอบครัว สังคมและประเทศชาติในอนาคต

3. แนวคิดการปรับตัว

3.1 ความหมายของการปรับตัว

การดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทั้งด้านชีวภาพและจิตวิทยาเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (ลักขณา สิริวัฒน์, 2545) ซึ่งแต่ละคนจะมีรูปแบบของการปรับตัวแตกต่างกันออกไป การปรับตัวที่เหมาะสมทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ส่วนบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดความเครียดและวิตกกังวล ทำให้การดำเนินชีวิตของตนเองหรือครอบครัวเป็นไปด้วยความยากลำบาก การปรับตัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้น จึงได้มีผู้สนใจทำการศึกษาและให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังนี้

Lazarus (1976) กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวเริ่มจากวิชาชีววิทยาโดย ชาร์ล ดาร์วิน (Charles Darwin) เป็นผู้เริ่มใช้คำว่าปรับตัวในทฤษฎีว่าด้วยวิวัฒนาการในปี 1859 โดยสรุปแนวความคิดการปรับตัวทางชีววิทยา และใช้คำว่า “Adjustment” แทน “Adaptation” โดยเน้นการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของจิตใจของแต่ละบุคคล เน้นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในด้านที่เกี่ยวกับการปรับตัวให้เป็นไปตามแรงขับ สิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของโลกที่เต็มไปด้วยอันตรายได้เท่านั้นจึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcome) หมายถึงผลของกระบวนการในการประเมินตัดสินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ซึ่งผลของการปรับตัวประกอบด้วย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ

Derogatis (1986) ให้ความหมายการปรับตัวทางจิตสังคมว่า เป็นความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม

Mishel (1988) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นพฤติกรรมด้านร่างกายและจิตสังคม ที่เป็นผลจากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกายและครอบคลุมทั้งด้านจิตสังคม ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้มาจากแนวคิดหลักของ Lazarus and Folkman (1984) แต่เน้นเฉพาะการปรับตัวจากการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนเท่านั้น

Roy and Andrews (1991) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการและการแสดงออกของความคิดและความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยอาศัยการตระหนักและรู้ตัว (Conscious-Awareness) และมีการเลือกเพื่อให้มีการรวมกันหรือผสมผสานให้เข้ากันได้ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม

นิภา นิธยาน (2530) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการวิธีต่าง ๆ ที่คนเราใช้ในการปรับตัวให้เป็นไปตามความต้องการของตนเองในสภาพแวดล้อม ซึ่งบางครั้งส่งเสริม บางครั้งขัดขวางการปรับตัวหรือบางครั้งสร้างความทุกข์ทรมานแก่บุคคล กระบวนการปรับตัวเกิดจากความจริงที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จำเป็นแก่ชีวิตมากมายหลายอย่าง ซึ่งเป็นผลจากแรงผลักดันภายนอกและภายในตัวมนุษย์ และอาจใช้วิธีการแบบต่าง ๆ ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการเหล่านี้ในสภาพแวดล้อมที่ปกติธรรมดา หรือมีอุปสรรคขัดขวางมากน้อยต่าง ๆ กันไป

ประวิณ เบี้ยวเก็บ (2536) กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะปรับกลไกขององค์ประกอบทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่รบกวนสภาวะปกติของบุคคล โดยสถานการณ์นั้นอาจอยู่ในตัวบุคคล เช่น การเจริญเติบโตของร่างกาย ภาวะความเสี่ยงหรือความชราภาพ ความรู้สึก ความคิดเห็น เป็นต้น หรืออยู่นอกตัวบุคคล เช่น สภาพแวดล้อม การเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เพื่อน ๆ หรือครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อความสมดุลของสภาพชีวิตของบุคคลนั้น

ชูทิติย์ ปานปรีชา (2539) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตที่คนนำมาใช้เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง สังคม และเข้าได้กับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่หรือที่เปลี่ยนแปลงไป และยังเป็นวิธีการที่ให้คุณค่าไว้ซึ่งสุขภาพจิตด้วยการแก้ไขปัญหา เพื่อจัดหรือผ่อนคลายความทุกข์ความคับข้องใจหรือความเครียด

จรัสพรรณ อรุณแก้ว (2545) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยการปรับกลไกขององค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง หรือเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของสภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ และเป็นผลให้เกิดสุขภาพที่ดี

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) กล่าวว่า การปรับตัว (Adjustment) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการปรับตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสภาพปัญหาความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความเครียด ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวลต่าง ๆ ฯลฯ จนกลายเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้น ๆ สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสภาพปัญหานั้น ๆ ได้ ถ้าบุคคลปรับตัวแล้วสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุขนั้นแสดงว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าหากบุคคลนั้นปรับตัวแล้วยังมีความทุกข์ใจ ว่าวุ่นไม่สบายใจอยู่ ความรู้สึกดังกล่าวยอมทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นผู้มีสุขภาพจิตไม่ดี และหากเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น อาจเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตประสาทได้

ลักขณา สิริวัฒน์ (2545) กล่าวว่า การปรับตัวคือการทำงานที่บุคคลสามารถสร้างหรือขัดเกลาพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนของสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขทั้งกายและจิตใจ ไม่เกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เป็นผลของความพยายามของบุคคลที่จะปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการหรือด้านอารมณ์ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมจนเป็นสภาพที่บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ได้

จากการให้ความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่มนุษย์ใช้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งจากภายในหรือภายนอกตัวบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเป็นการใช้องค์ประกอบในด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถบรรลุความต้องการของตนเองและเป็นการคงไว้ซึ่งความสมดุลในสภาพชีวิตของบุคคล

3.2 สาเหตุของการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดันซึ่งนักจิตวิทยาเรียกว่าความต้องการหรือความจำเป็น (Need) ความต้องการเหล่านี้จะทำให้มนุษย์ต้องมีปฏิกิริยาตอบโต้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของคนทั้งคนเสมอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กระบวนการการปรับตัวทั้ง 3 ด้านนั้นดำเนินไปโดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัวมี 2 ประการซึ่งสอดคล้องกับกันยา สุวรรณแสง (2533) คือ

3.2.1 แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล เป็นความต้องการทางจิตใจและเกิดจากสภาพทางสรีระได้แก่ ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพเช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ อีกประการหนึ่งคือ จากประสบการณ์ทางสังคมที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้ในอดีต เรียกอีกนัยหนึ่งคือ “เหตุจูงใจทางสังคม” ได้แก่ ความต้องการมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการทางด้านจิตใจ เป็นที่ยกย่องนับถือ ยอมรับทางสังคม เพื่อให้ได้ความต้องการเหล่านี้ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว

3.2.2 แรงผลักดันภายนอก ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมและสภาพแวดล้อม และบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันซึ่งได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี กฎหมาย ระเบียบวินัย ข้อบังคับ ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม เป็นต้น ทำให้คนเราต้องปรับตัวเพื่อสนองตอบความต้องการต่าง ๆ และทำให้สามารถดำรงอยู่ได้โดยไม่มีความกดดันทางจิตใจ

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซาลัสและโฟลคแมน

3.3.1 ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factor) แบ่งออกเป็น

3.3.1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำรงของชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3.3.1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าต่อไปจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

3.3.1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอนบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นความเครียด เพราะเนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ๆ

3.3.2 ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factor)

3.3.2.1 ข้อผูกพัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากก็ได้

3.3.2.2 ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำทนาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้อาจจะประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

3.3.2.3 สถิติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมินผู้ที่มีสถิติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริง จึงอาจเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

3.3.3 การเผชิญความเครียด (Coping)

3.3.3.1 การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

3.3.3.2 การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.4 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด (Coping resources) วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น ๆ

3.3.4.1 ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ คนที่มีสุขภาพดี มีพลังกำลัง จะช่วยให้เผชิญกับความเครียดได้ดี

3.3.4.2 ความเชื่อในทางที่ดี ได้แก่ ความเชื่อที่ดีในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลที่ตามมาได้ และมีความหวังว่าจะช่วยเอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น

3.3.4.3 ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ จะสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

3.3.4.4 ทักษะด้านสังคม ความสามารถที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

3.3.4.5 การได้รับความช่วยเหลือระดับประคองจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายสังคม ซึ่งรวมทั้งครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิดมีคนที่เขาารู้สึกไว้วางใจได้ในยามทุกข์ การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ

3.3.4.6 แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น

3.4 การประเมินการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวว่า การปรับตัวเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จากบุคคลเอง จากสังคมรอบข้างและสิ่งที่เกิดขึ้น และแสดงเป็นผลลัพธ์ในการปรับตัว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) มาเป็นพื้นฐานแนวคิดและจากการทบทวนวรรณกรรมได้มีนักวิชาการได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังนี้

3.4.1 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่สร้างขึ้นโดยชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ซึ่งใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้วัดประสิทธิภาพในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งแบ่งออกเป็น การปรับตัวทางด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน ประกอบด้วยข้อคำถามด้านละ 10 ข้อ รวมทั้งหมดเป็น 40 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 คะแนนของแบบวัดทั้งหมดอยู่ระหว่าง 40-200

คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลยังสามารถปรับตัวได้ดี คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .91 และจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88

3.4.2 แบบประเมินการปรับตัวของดาราพรณ อุทัย (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อใช้ประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการประเมินการปรับตัว 3 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัวและสังคม อาชีพการงาน จำนวน 10 ข้อ ด้านขวัญกำลังใจ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกรังเกียจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ข้อ และด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ ดังนี้ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงที่สุด ในแบบสอบถามจะมีข้อความในด้านบวกจำนวน 17 ข้อและข้อคำถามในด้านลบจำนวน 13 ข้อ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .84 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลนครปฐมจำนวน 30 คนแล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .85 และหลังจากเก็บข้อมูลจริงจากผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 100 คนได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอีกครั้งได้เท่ากับ .90

3.4.3 แบบประเมินการปรับตัวของนิตยา โรจนทินกร (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัวของจาโลวิค (Jalowiec coping scale) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยมีการประเมินการปรับตัว 2 ด้านคือ พฤติกรรมการปรับตัวด้านการมุ่งแก้ปัญหาที่มีจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ และพฤติกรรมการปรับตัวด้านการจัดการกับอารมณ์มีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ บ่อยที่สุด บ่อย ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านตรวจสอบและหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งของศิริราชและคอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย ปัสสาวะ ระบบโลหิตและน้ำเหลือง และเป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา มะเร็งโรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่ จำนวน 20 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .79

3.4.4 แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเองสร้างขึ้นโดย Derogatis (1986) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ซึ่งประเมินการปรับตัว 7 ด้านคือ

3.4.4.1 ด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการรักษา ความรู้สึกเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความคิดเห็นและความคาดหวังในการรักษา

3.4.4.2 ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ประกอบด้วย ความรู้สึกต่อการทำงานภายหลังการเจ็บป่วย ผลกระทบต่อการทำงานหลังการเจ็บป่วย ปัญหากับผู้ร่วมงานที่เนื่องมาจากการเจ็บป่วย ความคิดเห็นต่อเป้าหมายการทำงานในอนาคต

3.4.4.3 ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ปัญหาในการทำงานบ้านที่เนื่องมาจากการเจ็บป่วย ความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว ความสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ปัญหาเกี่ยวกับด้านการเงินภายในครอบครัว

3.4.4.4 ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยา ความสนใจในเรื่องเพศภายหลังการเจ็บป่วย การมีเพศสัมพันธ์ ความสุขและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา

3.4.4.5 ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ประกอบด้วย การติดต่อกับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน ความสนใจในการติดต่อกับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน ความต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน สัมพันธภาพกับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน

3.4.4.6 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วย ความสนใจในการใช้เวลาว่างหรืองานอดิเรก ความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสนใจในการใช้เวลาว่างร่วมกับสมาชิกในสังคม ความสม่ำเสมอในการใช้เวลาว่างร่วมกับสมาชิกในสังคม

3.4.4.7 ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ประกอบด้วย ความรู้สึกเกี่ยวกับความกลัว ความตึงเครียด ความกังวลใจ ความเศร้า ความหมัดหวัง ความโกรธ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า

แบบวัดนี้มีทั้งหมด 45 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยมอโร ชิเรลโล และเดอโรเกติสทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังนี้

1. ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยฮอดกินส์ 37 ราย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคฮอดกินส์ 38 ราย โดยที่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนี้ ไม่ใช่กลุ่มญาติของผู้ป่วย 37 ราย นำคะแนนแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้ค่าระหว่าง .01-.33 ($p > .05$) แสดงว่าเนื้อหาในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ จากนั้นนำคะแนนของแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์กับคะแนนรวมพบว่า มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมได้ค่าระหว่าง .34-.47 ($p < .05$) ยกเว้นด้านอาชีพการงานและด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล ได้ค่า .22 และ .08 ($p > .05$) ซึ่งแสดงว่า เครื่องมือนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง

2. การทดสอบความตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) ตรวจสอบจากการนำคะแนนที่ได้แต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานอื่น ด้านการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับความคาดหวังต่อคุณภาพการดูแลที่ได้รับ โดยใช้แบบวัด 3-point scale ($r = .47, p < .001$) นอกจากนี้ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (State-trait anxiety inventory) ค่า $r = .51$ ($p < .001$) และแบบวัด Symptom Checklist 90 Analogue Scale ของเดอโรเกติส ได้ค่า $r = .47$ ($p < .001$)

3. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ กระทำในกลุ่มตัวอย่างซึ่งป่วยด้วยโรคฮอดกินส์ (hodgkin's disease) มาอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 37 ราย ให้ผู้สังเกตการร่วมทั้งหมด 6 คน เพื่อให้การทดสอบความเที่ยงครั้งนี้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน เทคนิคการแพทย์ 2 คน นักศึกษาแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ในขั้นตอนการนั้นผู้สังเกต 1 ใน 6 คน จะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดการปรับตัวในสังคม (PAIS) พร้อมกันนั้นบุคคลที่เหลือ 1 ใน 5 จะเป็นผู้ร่วมสังเกต และให้คะแนนโดยใช้แบบวัดชุดเดียวกัน เมื่อครบ 37 รายแล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยรวมได้เท่ากับ .83 และรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง .33-.82

แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ซึ่งมุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ได้ตัดด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศออก เหลือทั้งหมด 39 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งหมด 0-117 คะแนน เนื่องจากส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่ยังไม่ได้แต่งงาน และเนื่องจากลักษณะวัฒนธรรมของสังคมไทยมักจะไม่เปิดเผยเรื่องทางเพศสัมพันธ์ หลังจากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคจอประสาทตาออก จำนวน 20 ราย ได้ค่า

ความเที่ยงเท่ากับ .90 และเมื่อหาซ้ำในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ในครั้งแรกได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .93 ในการเก็บข้อมูลครั้งหลัง

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้นำแบบสอบถามซึ่งแปลโดยมุกดา คุณาวัดณ์ (2535) ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยได้ดัดแปลงด้วยการตัดข้อความบางส่วนออกเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็ง คงเหลือเพียงข้อความในการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม ด้านความไม่สุขสบายทางใจ และได้เพิ่มข้อความการปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางเพศ ซึ่งเป็นข้อความเดิมในแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986) เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการปรับตัว 2 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและความพึงพอใจในชีวิต ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 4 ท่านและแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการรักษา มะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด 1 ท่าน หลังจากนั้นทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 และ เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้นำแบบสอบถามซึ่งแปลโดยมุกดา คุณาวัดณ์ (2535) ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง และมีการวัดการปรับตัวจำนวน 7 ด้านตาม Derogatis (1986) คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีจำนวนข้อความ 45 ข้อ ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 หลังจากนั้นทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

อรพรธรณ ลือบุญธวัชชัยและคณะ (2544) ได้นำเครื่องมือวัดการปรับตัวด้านจิตสังคมของ Derogatis (1986) ไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว ซึ่งวัดการปรับตัว 7 ด้านคือ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพในสังคม ด้านกิจกรรมทางสังคม และด้านความกดดันทางจิตใจ ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

จำนวน 7 ท่าน และได้หาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .94

แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986) สามารถวัดการปรับตัวได้หลายองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคลซึ่งจะสามารถประเมินการปรับตัวได้ครอบคลุมและชัดเจน รวมทั้งความตรงและความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมาจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของ Derogatis (1986) และทำการตัดด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศออกเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเป็นคนที่ยังไม่แต่งงานและไม่มีประสบการณ์ด้านการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไมตรงตามความเป็นจริง

3.5 การปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่ประสบกับภาวะวิกฤตนั้น จำเป็นที่จะต้องทราบว่ครอบครัวนั้น ๆ มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์วิกฤตนั้นอย่างไร และมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร (ภรณ์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) การปรับตัวจึงเป็นสิ่งที่พยายามให้ความสนใจศึกษาทั้งการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วย

ในกรณีที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยด้วย นับตั้งแต่วันที่แรกที่ครอบครัวได้รับข่าวว่ามีสมาชิกของครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีเวลาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเวลาเลยในการเตรียมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวโดยไม่คาดคิด (Hudak, Gallo, and Morton, 1998) ครอบครัวของผู้ป่วยจึงต้องเตรียมตัวเพื่อรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกซึ่งเป็นภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บ (Hopkins, 1994)

Hudak, et al.(1998) ยังได้กล่าวว่สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ คือ

1. เหตุการณ์ที่เป็นความเครียดเกิดขึ้นและคุกคามจนกระทั่งครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง
2. วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่ใช้ตามปกติไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป ทำให้ครอบครัวไม่สามารถเข้าสู่ภาวะสมดุลได้รวดเร็วเช่นที่เคย

3. ภาวะเสียสมดุลของครอบครัวที่เกิดขึ้น ไม่สามารถช่วยให้ครอบครัวปรับตัวได้ และไม่ช่วยให้ภาวะสุขภาพของครอบครัวดีขึ้น หรือลดการปรับตัวที่ดีของสังคม และเพิ่มความไวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

Baker (1990) ทำการศึกษาการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยเด็ก จำนวน 26 ราย ที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองระดับน้อยและระดับรุนแรงอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 5 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการแสดงออกทางอารมณ์ และไม่พบความแตกต่างในการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

Kreutzer, et al. (1992) ศึกษาการตอบสนองและผลของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวและได้สรุปยืนยันถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของครอบครัวจากที่ได้มีการทบทวนงานวิจัยไว้ว่า ส่วนใหญ่การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ครอบครัวมีระดับความเครียดสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รวมทั้งมีการปรับตัวทางสังคมลดลง ครอบครัวจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อคงความสมดุลของครอบครัวไว้ เพราะหากมีการปรับตัวที่ไม่ดีก็จะมี ความเกี่ยวข้องกับสภาวะอารมณ์ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Martin, 1994)

Wade, et al. (1998) ได้ศึกษาภาวะและการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่บาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและรุนแรงกับครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่บาดเจ็บที่กระดูกที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือนหลังการบาดเจ็บ โดยวัดจากภาวะในการดูแลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ความกดดันของพ่อแม่ผู้ป่วย และการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงจะมีระดับภาวะการดูแลและความเครียดสูง และมีระดับของการเสียบทบาทหน้าที่ของครอบครัวมากกว่ากลุ่มครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูก แต่ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความกดดันของสัมพันธภาพการสมรส ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Wade, et al. (2002) ที่ได้ทำการศึกษาการพยากรณ์การดูแลระยะยาวและการปรับตัวของครอบครัวภายหลังการบาดเจ็บที่สมองในผู้ป่วยเด็กที่บาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและรุนแรงกับครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่บาดเจ็บที่กระดูกที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือนซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าในปี 1998 และเพิ่มเติมในส่วนที่ว่ารูปแบบของการปรับตัวจะดีและลงตัวขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปทั้งสองกลุ่ม

4. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ

มนุษย์เรามีความต้องการตามธรรมชาติโดยไม่มีที่สิ้นสุด และเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งจะมีความต้องการทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย ถ้าได้บรรลุความต้องการตามความประสงค์ ก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และมานะพยายามที่จะทำ

ประโยชน์ต่อไป เพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางตรงข้าม หากความต้องการไม่ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถปรับตัวหรือไม่สามารถดำรงชีวิตโดยปกติสุขได้

Maslow (1970) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์มี 5 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นมากและเกิดก่อนความต้องการในระดับอื่น

2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (Safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นใจ ความเท่าเทียมกัน ความสม่ำเสมอ ความไว้วางใจ เชื่อถือได้ ความเป็นอิสระจากความกลัว ตลอดจนความต้องการความปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่าง ๆ

3. ความต้องการความรักและรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging needs and love needs) ได้แก่ ความรัก ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นเพื่อนและความมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน

4. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Esteem needs) ได้แก่ ความต้องการตระหนักในคุณค่า ความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น ได้รับการทักทาย ความเป็นอิสระ และได้รับการยกย่องนับถือว่ามีความสำคัญจากครอบครัว เพื่อน และสังคม

5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จด้วยความสามารถแห่งตน (Need for self-actualization or self- fulfillment) ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์อันได้แก่ ความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง รู้จักตนเองและได้ทำงานที่ตนเองพอใจ

Kozier and Erb (1983) ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 7 ด้านดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการที่เป็นพื้นฐานของการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิต เพื่อรักษาสมดุลทางด้านชีวภาพ ถ้าความต้องการด้านนี้ไม่ได้รับการสนับสนุน จะมีผลกระทบต่อความต้องการด้านอื่น ๆ ด้วย ความต้องการด้านนี้ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การนอนหลับ การออกกำลังกาย อุดหนุนภูมิร่างกายที่เหมาะสม

2. ความต้องการการกระตุ้น (Stimulation needs) เป็นความต้องการเพื่อให้มีการจัดกระทำ (activity) ตามพัฒนาการ และเพื่อรักษาความสมดุลของลักษณะชีวิตประจำวัน เนื่องจากการปฏิบัติบางอย่างต้องมีการกระตุ้น เช่น การคลาน การเดินของเด็ก เป็นต้น สิ่งกระตุ้นได้แก่ กระตุ้นทางอารมณ์ กระตุ้นความรู้สึก กระตุ้นการรับรู้

3. ความต้องการการปกป้อง (Protection needs) เป็นความต้องการเพื่อการปกป้องบุคคลให้พ้นจากสิ่งที่เป็นอันตราย และได้รับความปลอดภัย แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

3.1 ความต้องการความปลอดภัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความปลอดภัยจากสารเคมี เครื่องจักร ความร้อน และเชื้อโรค สำหรับผู้ป่วยมักจะเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมทั้งความสะอาดส่วนบุคคล ป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ในร่างกาย และความสะอาดของสิ่งแวดล้อม

3.2 ความต้องการความปลอดภัยด้านจิตใจ เป็นความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งทำให้บุคคลมั่นใจ ปราศจากความวิตกกังวล ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ได้แก่ ต้องการมีความรู้ความเข้าใจถึงวิธีป้องกันอันตราย ต้องการรู้การพยากรณ์โรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกปลอดภัยด้านจิตใจ

4. ความต้องการความรักและความรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วม (Love and belonging needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความสนใจ การช่วยเหลือประคับประคอง กำลังใจ และความใกล้ชิดกับบุคคล เช่น บิดามารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ความต้องการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย การไม่ได้มีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกว่าคุณค่า รู้สึกเดียวดาย

5. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Self-esteem needs) บุคคลต้องการการยอมรับนับถือจากสิ่งที่เขากระทำและสามารถกระทำ บุคคลคิดว่าตนเองถูกต้อง เป็นที่ต้องการ และเป็นประโยชน์ การไม่พึงพาผู้อื่นทำให้บุคคลมีความมั่นใจในตนเอง บุคคลต้องการความเห็นพ้องด้วยและการระลึกถึงจากสังคมต่อการกระทำของเขา

6. ความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นผลของความเชื่อ เป็นความต้องการเพื่อความหวัง เป็นความเลื่อมใสในศาสนา ศรัทธา มั่นใจ เชื่อถือในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งที่อยู่เหนือมนุษย์ อยู่เหนือธรรมชาติ คล้ายพระเจ้า มักจะเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมทางศาสนา พิธีบูชาต่าง ๆ ในการเจ็บป่วย หากการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยไม่ดี สมาชิกในครอบครัวยังคงมีความหวังว่าบางสิ่งอาจทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น มีความต้องการด้านจิตวิญญาณขึ้น เพื่อให้ความหวังเป็นไปตามความคาดหวัง

7. ความต้องการเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ (Self-actualization needs) เป็นความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต

Taylor, Lillis and LeMore (1993) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งแบ่งเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับขบวนการทางสรีรวิทยา เช่น อากาศหายใจ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การไหลเวียนโลหิต อุณหภูมิ การเคลื่อนไหว เป็นต้น
2. ความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลเช่น ความเครียด ความกลัว ความเศร้า มีความสุข รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น
3. ความต้องการด้านสติปัญญา (Intellectual needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับกระบวนการคิด การเรียนรู้ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ
4. ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมรอบร่างกายที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัย ได้แก่ ที่พักอาศัย เพื่อนบ้าน ฤดูกาล และบรรยากาศ
5. ความต้องการด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ การมีเพื่อน ความรู้สึกมีส่วนร่วมในกลุ่มหรือชุมชน และการเป็นคนที่มีคนมารัก เป็นต้น
6. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับค่านิยม และความเชื่อของบุคคล

จากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการทั่วไปจะเห็นได้ว่าความต้องการของมนุษย์แม้จะจำแนกแตกต่างกันออกไป แต่ก็พบว่ามีความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกายที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต รวมทั้งความต้องการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งความต้องการของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มากระทบต่อความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต และหากได้รับการสนับสนุนความต้องการอย่างถูกต้องและเหมาะสมย่อมทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงชีวิตอยู่อย่างสมดุลต่อไปได้

4.1 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ครอบครัวเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์กันภายในและมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกัน การเปลี่ยนแปลงของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวย่อมจะมีผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งระบบ (Fawcett, 1975) ดังนั้น การที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะย่อมเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Kosciulek, 1997; Acorn, 1995; Testani-Dufour, et al, 1992; Baker, 1990) โดยที่ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวนั้นอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยเสียอีก ทั้งนี้เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่มีการเตือนให้ทราบล่วงหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีเวลาเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์ฉุกเฉินนี้ จึงก่อให้เกิด

ความเครียดทั้งแก่ผู้ป่วยเองและส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย (Gaglione, 1984) การที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตนี้ สมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลกระทบโดยตรงทำให้เกิดความต้องการในด้านต่าง ๆ เพื่อที่จะรักษาความสมดุลไว้ ซึ่งความต้องการนี้จะแสดงออกมาในรูปของความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Mathis, 1984) และหากไม่ได้รับการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวจะเกิดความเครียดและต้องการความช่วยเหลือ (Daley, 1984)

ในสภาพที่เร่งด่วนและภาวะวิกฤตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พยาบาลจึงมักจะให้ความสนใจและใช้เวลาทั้งหมดในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย โดยมักจะลืมและไม่สนใจความต้องการของครอบครัว ทำให้ครอบครัวไม่ได้รับการดูแลและเกิดภาวะขาดความสมดุลตามมาได้ การที่จะตอบสนองและสนับสนุนความต้องการของครอบครัวได้นั้น พยาบาลจะต้องทำการประเมินและมีความเข้าใจในความต้องการของครอบครัว จึงจะสามารถให้การสนับสนุนความต้องการของครอบครัวและช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Elliott and Smith, 1985) จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าเมื่อนักวิชาการที่ได้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวไว้หลายท่าน ดังนี้

Molter (1979) ได้กล่าวว่า การที่จะประเมินความต้องการของผู้ป่วย จะต้องคำนึงว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วยไม่ว่าจะเป็นคู่สมรสหรือบิดามารดาของผู้ป่วย Molter จึงได้ทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักพบว่า ความต้องการของญาติส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองจากพยาบาลและความต้องการ 10 ข้อแรกที่มีความสำคัญต่อญาติมากที่สุดได้แก่ 1) ความรู้สึกมีความหวัง 2) ความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วย 3) มีที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย 4) ได้รับแจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ได้รับคำตอบที่ตรงกับความจริง 7) ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย 8) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง 9) ได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย และ 10) ได้แวะไปดูผู้ป่วยบ่อย ๆ

Mauss-Clum, and Ryan (1981) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองพบว่า ญาติมีความต้องการที่จะได้รับคำอธิบายที่ชัดเจน มีการพูดคุยถึงความคาดหวัง การให้กำลังใจ การมีแหล่งที่ปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องการเงิน

Daley (1984) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชม. จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 46 ข้อ ซึ่งรวบรวมจากการศึกษาของ Hampe (1975) Molter (1979) Gardner and Stewart (1978) และจากประสบการณ์ของดาเลย์เอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ด้านตามการศึกษาของ Breu and Dracup (1978) ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการกำลังใจและได้ระบายความรู้สึก ความ

ต้องการข้อมูล ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความ ต้องการส่วนบุคคล พบว่า สิ่งที่ญาติต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความ ต้องการข้อมูล ซึ่งผลการศึกษานับสนุนการศึกษาของมอลเตอร์ คือญาติต้องการ ทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย ต้องการความหวัง และพบว่าบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มาก ที่สุดคือ แพทย์ ทั้งนี้ดาเลย์ได้อภิปรายไว้ว่าอาจเป็นเพราะความต้องการของญาติส่วนใหญ่ จะ เกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การรักษาและการวินิจฉัย ซึ่งมักจะเป็นแพทย์ที่ตอบสนองความ ต้องการเหล่านี้

Marthis (1984) ทำการศึกษาญาติผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มี การบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันและกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมอง อย่างเฉียบพลัน พบว่า ความต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยความต้องการของ ญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน 5 อันดับแรก คือ ความต้องการ มีความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ต้องการให้มีการโทรศัพท์แจ้งไปที่ บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบว่าผู้ป่วยมีการดูแลรักษาอย่างไร ต้องการ ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด และต้องการได้รับคำตอบที่ตรงตามความเป็น จริง ส่วนในกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน มีความ ต้องการ 5 อันดับแรกคือ ต้องการความรู้สึกว่ายังมีความหวัง ต้องการให้มีการโทรศัพท์แจ้งไป ที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบว่าผู้ป่วยกำลังได้รับการดูแลรักษาอย่างไร ต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับอาการดีเลวของผู้ป่วย และต้องการได้รับคำตอบที่ตรงตามความ เป็นจริง

Engli and Kirsivali-Farmer (1993) ทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะ วิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันเปรียบเทียบกับญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการ บาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ Marthis (1984) นั่นคือ ความ ต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน 5 อันดับแรก คือ ต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบตามความจริง ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการได้รับโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และต้องการมีความรู้สึก ว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ส่วนกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่ สมองอย่างเฉียบพลันมีความต้องการ 5 อันดับแรก คือ ต้องการทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยยาอย่างไรบ้าง ต้องการมีใครสักคนที่จะรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของญาติ ต้องการได้รับ

คำอธิบายที่เข้าใจง่าย ต้องการได้รับโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และ ต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับอาการดีเลวของผู้ป่วย

Bond, et al.(2003) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง อย่างรุนแรง พบว่า ในช่วงวันที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักสมาชิกในครอบครัวจะมีความต้องการ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ในวันที่ 1 ต้องการทราบและเข้าใจ (need to know) ในวันที่ 2 มีความ ต้องการได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ (need for consistent information) ในวันที่ 3-6 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล (need for involment in care) และในวันที่ 7-22 ต้องการพบกับสิ่งที่มีความเหมาะสม (need to make sense of experience)

Chien, et al.(2006) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมความต้องการพื้นฐานของ ครอบครัวในห้องผู้ป่วยหนักต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจ เป็นการศึกษแบบกึ่ง ทดลองในช่วง 3 วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความ วิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและระดับความพึงพอใจในกลุ่มทดลองสูงขึ้นมากกว่ากลุ่ม ควบคุมเช่นกัน

อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความ ต้องการอันดับแรก คือลดความวิตกกังวลและอันดับสุดท้ายคือต้องการกำลังใจและระบายความ รู้สึก

จากการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าว ทำให้ได้ทราบ ถึงความต้องการด้านต่าง ๆ ของครอบครัว ซึ่งผลที่ได้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางให้พยาบาล สามารถประเมินและวางแผนเพื่อให้การสนับสนุนความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริง และจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะปรับตัว ให้เข้าภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

4.2 โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว

จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ ทำให้ครอบครัวเกิด ความเครียด วิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับเหตุการณ์นั้น สมาชิกในครอบครัวย่อมจะได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้สมาชิกในครอบครัวขาดความสมดุล เกิดเป็นความต้องการในด้านต่าง ๆ ขึ้นเพื่อที่จะพยายามรักษาความสมดุลของบุคคลและระบบ ครอบครัวไว้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความต้องการของ Daley (1984) มาศึกษา

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ซึ่งความต้องการของครอบครัวตามแนวคิดของ Daley (1984) ประกอบด้วย

1. ความต้องการลดความวิตกกังวล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับความสบายใจ ความสมหวังในชีวิตที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือรอดชีวิต ความมั่นคงทางจิตใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยและได้รับการเอาใจใส่ดูแลที่ดีที่สุด โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วย และได้ทราบความจริงเกี่ยวกับการรักษาอาการของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะเลวลงก็ตาม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยมีหรือรับทราบว่ามีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือเมื่อครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ

2. ความต้องการด้านข้อมูล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับการได้รับข่าวสาร คำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ถูกต้องชัดเจน และตรงตามความเป็นจริงในเรื่องต่อไปนี้อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล วิธีปฏิบัติที่สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก แหล่งที่จะให้ข้อมูลหรือช่วยเหลือเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา ประเภทของเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือและการใช้บริการต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โดยได้มีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ ๆ ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนัก

4. ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาลในเรื่องของการเช็ดตัว การนวดหรือออกกำลังกายในส่วนของร่างกายให้กับผู้ป่วย การพูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจ การช่วยจัดทำหรือเปลี่ยนท่าให้กับผู้ป่วย และอื่น ๆ ภายในขอบเขตที่จำกัด

5. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในเรื่องของการมีคนอยู่เป็นเพื่อนใกล้ ๆ คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือเมื่อเข้าไปเยี่ยมในห้องผู้ป่วยหนัก มีผู้รับฟังการระบายความรู้สึกเครียด วิตกกังวล มีโอกาสได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกผิดและความรู้สึกว่าจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วย การได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และอื่น ๆ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

6. ความต้องการส่วนบุคคล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในการที่จะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องส่วนตัวของแต่ละบุคคลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตหรืออยู่รอดในชีวิตประจำวันได้ อันได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ที่พักรอเยี่ยม ห้องน้ำสำหรับขับถ่าย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจเพื่อความเพลิดเพลิน การติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ เป็นต้น เงินสำหรับใช้จ่ายในการยังชีพ บุคคลที่จะช่วยแก้ปัญหาภายในครอบครัว หรือดูแลสุขภาพภายในครอบครัว

เมื่อทราบว่าความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยมีอะไรบ้าง การศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงได้นำเอาแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984) มาดัดแปลงเพื่อใช้ในการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยในโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวต้องการ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถนำไปใช้เพื่อเผชิญปัญหาทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งข้อมูลที่ให้นั้นเป็นประโยชน์สามารถนำไปใช้ประกอบในการตัดสินใจและวางแผนเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ข้อมูลจะประกอบไปด้วยเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตร เป็นต้น (Daley, 1984) ซึ่งกิจกรรมผู้วิจัยนี้จัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 1 ครั้ง

2. การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล เป็นกิจกรรมที่มีการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกที่เป็นความเครียด ความวิตกกังวล รับฟังปัญหาของครอบครัวด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี ให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากพยาบาล และสร้างความไว้วางใจแก่สมาชิกในครอบครัว ร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุนและการกระตุ้นชี้แนะ (Daley, 1984) กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคลตั้งแต่วันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล และครั้งที่ 2 หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

3. การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและร่างกาย เป็นการให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การเช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า การสัมผัสผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย (Daley, 1984) กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคลตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 1 ครั้ง หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล

5. บทบาทของพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องพบกับภาวะวิกฤต พยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) จะต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งต้องมีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

ดังนั้นในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพื่อที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตของตนที่มีต่อการบาดเจ็บของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถรักษาภาวะสมดุลของครอบครัวต่อไปได้

Johnson (1986) ได้แนะนำวิธีการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. พยาบาลต้องเข้าใจถึงความเศร้าหมองของครอบครัวผู้ป่วยและต้องแสดงให้ครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเข้าใจถึงความเศร้าของเขา และต้องการให้เขาระบายความรู้สึกออกมา
2. อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและวิตกกังวล และกล้าที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลด้านร่างกาย โดยควรอธิบายให้เข้าใจหลักการและเหตุผลง่าย ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และควรพิจารณาถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจ และสภาพจิตใจ/อารมณ์ขณะรับฟังคำอธิบายด้วย ส่วนใหญ่แล้วครอบครัวต้องการทราบคำตอบเพียง 4 คำตอบ ได้แก่

- 2.1 ใส่ท่อหรือเครื่องมือเข้าส่วนตรงไหนของร่างกาย
 - 2.2 มีอันตรายหรือเจ็บปวดหรือไม่อย่างไร
 - 2.3 มีความจำเป็นอย่างไรจึงต้องใช้เครื่องมือเหล่านี้
 - 2.4 จะเอาเครื่องมือเหล่านี้ออกจากผู้ป่วยได้เมื่อใด
3. ใช้ภาษาและคำพูดที่ครอบคลุมผู้ป่วยมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว และพยาบาลควรช่วยให้ครอบคลุมผู้ป่วยมีความกระจ่างในความหมายของคำบางคำอย่างง่าย ๆ
 4. พยายามให้เป้าหมายของครอบครัวแคบลง โดยควรช่วยให้ครอบคลุมผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน ไม่ขยายวงกว้างออกไป เพื่อไม่ให้ครอบคลุมผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าเกินไป
 5. หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ทำให้เกิด ซึ่งอาจเกิดจากคำพูด การกระทำ หรือท่าทางของเจ้าหน้าที่
 6. ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องบทบาทของเขาในโรงพยาบาล โดยควรเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้สังเกตมาเป็นผู้ให้ความสุขสบายหรือดูแลผู้ป่วย ควรให้คำอธิบายและชี้แจงเหตุผลในสิ่งที่เขากระทำต่อผู้ป่วยได้
 7. ให้ความช่วยเหลือด้านการตัดสินใจ โดยพยาบาลควรมีส่วนช่วยในการพิจารณาตัดสินใจ แก้ปัญหา หรือชี้แนวทางให้วิธีแก้ปัญหานั้นให้ง่ายลงสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย
 8. ชี้แนะญาติในการหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ
 9. ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทในครอบครัวที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป
 10. ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย ครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความไม่แน่นอนของความเป็นความตายของผู้ป่วยมักจะมีอาการเครียดและความวิตกกังวลสูง จึงต้องการความมั่นใจและกำลังใจเป็นอย่างมาก พยาบาลต้องให้กำลังใจกับครอบครัวและเข้าใจว่าสิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาปกติต่อภาวะวิกฤต และทุกสิ่งจะสามารถดีขึ้นได้เมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งแม้ว่าการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตจะไม่ใช่ว่าเรื่องง่าย แต่ความเข้มแข็งและกำลังใจจากพยาบาลจะช่วยทำให้ครอบครัวรู้สึกดีขึ้นได้

จากการศึกษาของ Lust (1984) พบว่า พยาบาลสามารถช่วยเหลือครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้โดยต้องคำนึงถึงความต้องการของครอบครัว และการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญคือ การให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการปรับตัวและจิตใจให้สามารถเรียนรู้ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Bleulin, Rook, and Sills (1982) ได้ให้แนวทางในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตไว้ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือทันทีโดยการแนะนำครอบครัวผู้ป่วยให้รู้จักกับสภาพของห้องผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ คือ

1.1 ให้คำอธิบายโดยการสรุปสั้น ๆ และเข้าใจได้ง่ายในเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย การรักษาที่ให้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1.2 บอกชื่อแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ร่วมกันให้การรักษาดูแลผู้ป่วย

1.3 ปฐมนิเทศแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบงานของห้องผู้ป่วยภาวะวิกฤต พยาบาลควรอธิบายเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ สถานที่ที่รอพักของครอบครัวผู้ป่วย ควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้กับครอบครัวผู้ป่วยในระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่คับขัน และแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุกครั้ง

2. การรับรู้เหตุการณ์วิกฤตของครอบครัวในบางครั้งอาจมีการบิดเบือนได้ การที่ครอบครัวเกิดภาวะเครียด/วิตกกังวลในขณะนั้นอาจทำให้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์คลาดเคลื่อนไป พยาบาลจึงควรประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของครอบครัวโดยการสอบถามสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นและจากการพูดคุยสอบถามกับครอบครัว รวมทั้งคำถามที่เกิดจากครอบครัวอาจจะเป็นข้อมูลที่ทำให้สามารถประเมินการรับรู้ของครอบครัวได้

วิธีการที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือครอบครัวได้คือ การให้ข้อมูลที่ตรงและสม่ำเสมอ มีความอดทนในการอธิบายซ้ำ ๆ เกี่ยวกับสภาวะร่างกาย อารมณ์ และความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3. การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตและการให้ความหวัง

3.1 การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตกระบวนการคร่ำครวญ (grieving process) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้ดีมากขึ้นในสถานการณ์วิกฤตและสูญเสีย

พยาบาลควรช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วน การฟังด้วยความสนใจและให้ความสำคัญ เป็นการยอมรับความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้การตอบสนองทางอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตดำเนินไปได้ด้วยดี

3.2 การให้ความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสถานการณ์ที่ยุ่งยากที่สุดใน การต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต โดยการคำนึงถึงการเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย สามารถกระทำด้วยวิธีการสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล และให้การส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารทั้งทางวัจนภาษา และอวัจนภาษา เช่น การเขียนหนังสือโต้ตอบกัน การพยักหน้า/ส่ายหน้า การสัมผัสบีบมือให้กำลังใจ

พยาบาลควรจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็น การเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ให้การช่วยเหลืออะไรไม่ได้แล้ว เป็นความหวังว่าสามารถให้การ ช่วยเหลือได้และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

4. การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือและกลวิธีแก้ปัญหา

4.1 การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือ โดยพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือ ครอบครัวผู้ป่วยในการจัดหาสิ่งที่จะมาสนับสนุนที่เหมาะสม และมีกลวิธีแก้ไขปัญหาก็เพียงพอ ช่วยค้นหาแหล่งที่สามารถช่วยครอบครัวในภาวะวิกฤตจัดให้มีการประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัว และจัดให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวผู้ป่วยรายอื่นที่มีประสบการณ์วิกฤตที่ คล้ายคลึงกัน

4.2 การสำรวจกลวิธีแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วย ได้ใช้ทักษะเดิมที่เคยได้ผลมาแล้วนำมาใช้ใหม่ให้มีประสิทธิภาพ และควรหาวิธีที่เป็นทางเลือกใหม่ ตลอดจนช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อเผชิญ กับภาวะวิกฤตในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาจะเห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญสำหรับ มนุษย์ เป็นระบบที่มีความผูกพันและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะมี ตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อดำรงความสมดุลของระบบครอบครัว ดังนั้นหากมี สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ ไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้ามาก่อน ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวเกิด ภาวะเสียสมดุลตามมา ดังนั้นพยาบาลผู้ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญ ในการช่วยเหลือ ดูแล และสนับสนุนต่อความต้องการของครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัว สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ สามารถฟื้นฟูสภาพได้ในเวลาอันรวดเร็ว

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นสาเหตุที่สำคัญของความพิการหรือการสูญเสียชีวิตของ ประชาชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ด้านบุคคล และการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว เนื่องจากระบบ ครอบครัวประกอบขึ้นด้วยสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อมีสมาชิกคนใด

เจ็บป่วยสมาชิกคนอื่นในครอบครัวต้องช่วยเหลือกัน และเกิดความต้องการในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถปรับตัว ปรับวิถีชีวิตที่เป็นอยู่เดิมมาให้การดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของครอบครัว ดังนี้

Mauss-Clum, and Ryan (1981) ทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 30 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ ญาติจะถูกขอร้องไห้เล่าถึงความต้องการของญาติในระหว่างภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ญาติมีความต้องการได้รับคำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจ มีการได้รับความหวัง การได้รับกำลังใจ การปรึกษาเกี่ยวกับการเงินและแหล่งที่ปรึกษา และพบว่า บุคคลที่ให้กำลังใจแก่ญาตินั้น ร้อยละ 50 เป็นญาติด้วยตัวเอง ร้อยละ 43 เป็นแพทย์ และร้อยละ 7 เป็นพยาบาล

Marthis (1984) ทำการศึกษาญาติผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันและกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน พบว่า ความต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน 5 อันดับแรก คือ ความต้องการมีความรู้สึกเป็นเจ้าของหน้าที่ของโรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ต้องการให้มีการโทรศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบว่าผู้ป่วยมีการดูแลรักษาอย่างไร ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด และต้องการได้รับคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง ส่วนในกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน มีความต้องการ 5 อันดับแรกคือ ต้องการความรู้สึกว่ายังมีความหวัง ต้องการให้มีการโทรศัพท์แจ้งไปที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ต้องการทราบว่าผู้ป่วยกำลังได้รับการดูแลรักษาอย่างไร ต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับอาการดีเลวของผู้ป่วย และต้องการได้รับคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง

Daley (1984) ศึกษาความต้องการของครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชม. จำนวน 40 ราย โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 46 ข้อ ซึ่งได้รวบรวมจากการศึกษาของ Hampe (1975) Molter (1979) และ Gardner and Stewart (1978) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัย โดยได้แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ด้าน ตามการศึกษาของ Breu and Dracup (1978) ได้แก่ ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ความต้องการข้อมูล ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการส่วนบุคคล และพบว่า สิ่งที่ครอบครัวมีความต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูล ซึ่งผลการศึกษาได้สนับสนุนผลการศึกษาของ Molter (1979) ที่ว่า ครอบครัวต้องการ

ทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบที่ตรงกับความจริง ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย ต้องการความหวัง และพบว่าบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้มากที่สุดคือ แพทย์ ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยได้อธิบายไว้ว่าอาจเป็นเพราะความต้องการของครอบครัวส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การรักษาและการวินิจฉัย ซึ่งมักจะเป็นแพทย์ที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านี้

Elliott and Smith (1985) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง เพื่อให้เห็นความสำคัญของการตอบสนองความต้องการของญาติโดยให้มีการเพิ่มการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและครอบครัว มีการจัดตั้งกลุ่มให้กำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งจะมีการประชุมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและกัน ซึ่งจากการศึกษาและทำกลุ่มดังกล่าว ทำให้พยาบาลได้ทราบถึงความต้องการและการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับผู้ป่วย การรักษาและอาการของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพและการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยดีขึ้น สำหรับครอบครัวจะได้รับทราบถึงนโยบายของโรงพยาบาล กฎระเบียบ และข้อมูลอื่น ๆ เพิ่ม และจากการพูดคุยระหว่างครอบครัวทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยในการลดความเครียด ครอบครัวสามารถใช้ทักษะในการเผชิญความเครียดและมีการรับรู้ข้อมูลได้ถูกต้องขึ้น

Reider (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของครอบครัว กับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในขั้นวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มาเยี่ยมผู้ป่วยในช่วง 48-96 ชม. หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย ในด้านกลวิธีในการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยนั้น พบว่าการแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย และห้องผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วย

Baker (1990) ทำการศึกษาการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยเด็ก จำนวน 26 ราย ที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองระดับน้อยและระดับรุนแรงอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 5 ปี พบว่าการปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการแสดงออกทางอารมณ์ ($r = .52$, $p < .05$) และไม่พบความแตกต่างในการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

Engli and Kirsivali-Farmer (1993) ทำการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันเปรียบเทียบกับญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการ

ขาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการขาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน 5 อันดับแรก คือ ต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบตามความจริง ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการได้รับโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และต้องการมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ส่วนกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการขาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันมีความต้องการ 5 อันดับแรก คือ ต้องการทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างไรบ้าง ต้องการมีใครสักคนที่จะรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของญาติ ต้องการได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย ต้องการได้รับโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับอาการดีเลวของผู้ป่วย

Acorn (1995) ศึกษาการช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางสมอง และเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จำนวน 11 ราย กลุ่มที่ 2 จำนวน 8 ราย ในกลุ่มที่ 1 จะได้รับความรู้และการสนับสนุนด้านคำแนะนำและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องของการเผชิญปัญหา ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจะมีส่วนส่งเสริมในการที่ญาติจะใช้การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

Chien, et al. (2006) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมความต้องการพื้นฐานของครอบครัวในห้องผู้ป่วยหนักต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจ เป็นการศึกษาระยะกึ่งทดลองในช่วง 3 วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและระดับความพึงพอใจในกลุ่มทดลองสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในประเทศที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัว และการสนับสนุนต่อความต้องการของครอบครัวเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัย/ปี	อุไรพร พงศ์พัฒน์นาวุฒิ. 2532.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักและบุคคลที่ตอบสนองต่อความต้องการของญาติ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีความต้องการของครอบครัวในภาวะวิกฤตของ Molter (1979) และทฤษฎีความต้องการของครอบครัว Daley (1986)
รูปแบบการวิจัย	เชิงบรรยาย
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 คน จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 70 และ 30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุ 36-55 ปี มีอาชีพทำนา ทำไร่ มากที่สุด คือร้อยละ 55 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างร้อยละ 16.17 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 200-2,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 71.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ศึกษาร้อยละ 58.3 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ไม่รู้หนังสือและการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปซึ่งมีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 13.3 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรร้อยละ 51.7 นอกนั้นเป็นบิดามารดาและคู่สมรสในจำนวนใกล้เคียงกัน
เครื่องมือ	แบบสอบถามความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตและบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติของ Molter (1979) และแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้านตามการศึกษาของ Daley (1986) คือ 1)ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2)ความต้องการข้อมูล 3)ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย 4)ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5)ความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึก 6)ความต้องการส่วนบุคคล และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติให้ญาติพิจารณาเลือกจากแพทย์ พยาบาล ญาติ และอื่น ๆ ทดสอบโดยทดลองใช้กับญาติ 12 ราย ทดสอบความสอดคล้องภายในแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้เท่ากับ .94
ผลการวิจัย	ความต้องการแต่ละด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยและความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการด้านที่ญาติให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ ความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึก นอกจากนั้นยังพบว่าบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือ พยาบาล

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	พิกุล ตันติธรรม. 2533.
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้เข้ารับการเตรียมกับที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญปัญหาของ Lazarus (1984)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยแบบทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	ญาติผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์ จำนวน 52 ราย จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.62 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 73.08 และ 65.38 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 88.64 และ 92.30 ตามลำดับ ทำงานบ้านเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ ร้อยละ 65.38 มีประสบการณ์ที่ญาติเคยมาเยี่ยมสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในโรงพยาบาลเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือ ร้อยละ 69.23 ไม่มีปัญหาการรักษา พยาบาลร้อยละ 61.54 และ 76.93 ตามลำดับ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มคือ 42.65 และ 43.57 ปี ตามลำดับ
เครื่องมือ	1.แบบแผนการเตรียมญาติผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนของผู้ป่วย 2.แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1970) หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้เท่ากับ .92
ผลการวิจัย	ระดับความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมของญาติทั้งสองกลุ่ม ลดลงกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิและคณะ. 2536.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีความต้องการของครอบครัวในภาวะวิกฤตของ Molter (1979)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงบรรยาย
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 99 ราย จำแนกได้ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.72 มีอายุอยู่ในช่วง 26-45 ปีร้อยละ 60.60 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 61.61 ส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 51.52 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.99 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาคือ มัธยมศึกษาร้อยละ 68.69 เกือบครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรร้อยละ 47.48
เครื่องมือ	แบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติ ของอุไรพร พงศ์พัฒนาภูมิ (2532) ที่แปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของ Molter (1979) โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้านคือ 1) ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึก 6) ความต้องการส่วนบุคคล หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92
ผลการวิจัย	ความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุด เรียงตามลำดับคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการส่วนบุคคล ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึก

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	นาฏยา เคื่องไพโรจน์. 2535.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ผู้วิจัยไม่ระบุไว้
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 20 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกได้ดังนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการสมรสมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ไม่มีบุตรและมีบุตร 1 คนคิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน แหล่งรายได้ของครอบครัวมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 1,001-3,000 บาท ร้อยละ 40 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งนี้ส่วนใหญ่ชำระเองคิดเป็นร้อยละ 65
เครื่องมือ	แบบวัดวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกศาทรและมาลี นิสสัยสุข และได้นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นจากผู้สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 6 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89
ผลการวิจัย	ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	มารยาท วิชาเกียรติ . 2536.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปเปลาว
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดาของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคือร้อยละ 50 ส่วนโรคหรือชนิดของการบาดเจ็บมีการเจ็บป่วยของระบบกระดูกมากที่สุดคือร้อยละ 55
เครื่องมือ	<p>1.แผนการสนับสนุนทางการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมี 3 ขั้นตอน 1)ขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ 2)ขั้นตอนการช่วยเหลือประคับ ประคอง 3) ขั้นตอนการสิ้นสุดสัมพันธภาพ</p> <p>2.แบบประเมินการเป็นผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง</p> <p>3.แบบวัดวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของSpielbergerและคณะ (1970) หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92</p> <p>4.แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยเป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน 2) พฤติกรรมการดูแลด้านความ สุขสบาย หาค่าความเที่ยงของการสังเกตจากผู้วิจัย 2 ท่าน และกลุ่มที่คล้ายประชากรกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย แล้วนำไปหาค่าความสอดคล้องของการสังเกตโดยใช้สูตร Scott ได้ค่าความสอดคล้อง .94</p>
ผลการวิจัย	ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลหลังการทดลองมีระดับต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับความวิตกกังวลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	อารีย์ บุญบวรรัตนกุล. 2538.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีการเกิดภาวะวิกฤตของอควิลล่า (Aguilera, 1989)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงบรรยาย
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 90 ราย จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.4 อายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี ร้อยละ 68.9 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 43.3 อาชีพรับจ้างร้อยละ 38.9 รายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.2 มีการรับรู้ว่าผู้ป่วยเจ็บรุนแรงมาก ร้อยละ 73.3 และไม่ทราบล่วงหน้าก่อนเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ ร้อยละ 52.2
เครื่องมือ	1.แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1970) ทดสอบความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ .88 2.แบบสำรวจความต้องการและการตอบสนองตามความต้องการของญาติ ซึ่งดัดแปลงมาจากของ Molter (1979) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงได้เท่ากับ .94 และทดสอบความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้เท่ากับ .92
ผลการวิจัย	พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความต้องการการตอบสนองที่ญาติผู้ป่วยได้รับไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่าความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ลดความวิตกกังวล รองลงมาคือต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่ต้องการน้อยที่สุดคือต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก และความต้องการของญาติผู้ป่วยที่มีบทบาทความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือลดความวิตกกังวล ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ กำลังใจและระบายความรู้สึก

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	รัมรดา อินทร. 2539.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยกึ่งทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย และกลุ่มทดลอง 13 ราย จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ย 0-3,000 บาท มีอายุเฉลี่ย กลุ่มควบคุม 32.8 ปี กลุ่มทดลอง 33.6 ปี ระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในวันแรกที่รับไว้ในการศึกษา กลุ่มควบคุมเท่ากับ 14 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.5 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ย 0-3,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นภรรยา และบิดามารดาเป็นส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย กลุ่มควบคุม 39.2 ปี กลุ่มทดลอง 36.4 ปี
เครื่องมือ	1.คู่มือส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นคู่มือที่สร้างขึ้นเนื้อหาประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยการฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดและด้านร่างกาย 2.แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามแบบวัดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดระดับความพิการของแรพพอร์ต แบ่งเป็น 3 หมวดคือ 1) ระดับความรู้สึกตัวตาม GCS 2) ความสามารถในการรู้และเข้าใจ 3)ความสามารถในการทำกิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง ทำการทดสอบหาค่าความเที่ยงจากญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ30 รายได้ค่าความเที่ยง .92 และ .89 ตามลำดับ
ผลการวิจัย	พบว่า ระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	คณิงนิตย์ บุรีเทศน์ . 2540.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีความต้องการของครอบครัวของ Breu & Dracup (1978), Molter (1979) และ Daley(1984)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 30 คน จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุของกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นบุตรสาวของผู้ป่วยร้อยละ 40 ส่วนการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.6 ความรุนแรงของการบาดเจ็บของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยประเภท 1 คิดเป็น ร้อยละ 93.33
เครื่องมือ	1.แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ(1970) ทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .81 2.การจัดการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ตอบสนองของความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 4 ด้านคือ 1) ด้านการให้ข้อมูล 2) ด้านการอยู่ใกล้ชิด 3) ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก
ผลการวิจัย	พบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	ธิติมา วทานิชเวช . 2540.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีความต้องการของครอบครัวของ Molter(1979)
รูปแบบการวิจัย	เชิงพรรณนาเปรียบเทียบ
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 6 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 ราย และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ในหอผู้ป่วยหนักดังกล่าว จำนวน 51 คน จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-50 ปี ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยและอาศัยอยู่กับผู้ป่วย การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง ส่วนมากมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 4,000 บาท และส่วนใหญ่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลนั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-40 ปี เกือบทั้งหมดคือร้อยละ 98.04 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวนพยาบาลที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมมีมากที่สุด มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง 6-10 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยหนัก 1-5 ปี
เครื่องมือ	1.แบบสัมภาษณ์ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter (1979) และแบ่งความต้องการของสมาชิกในครอบครัวตามแนวคิดของ Gaglione (1984) มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านอารมณ์ 4) ด้านจิตวิญญาณ ทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .73 2.แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งใช้แบบเดียวกับแบบสัมภาษณ์ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88
ผลการวิจัย	พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่นๆ และความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	พรชัย จุลเมตต์. 2540.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ Brandt and Weinert (1985)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 75 โดยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-39 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6,550 บาทและกลุ่มทดลองเท่ากับ 6,450 บาท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลามากกว่า 12-18 เดือนมากที่สุดร้อยละ 30
เครื่องมือ	1.แบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่แปลและดัดแปลงโดย เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยได้เท่ากับ .83 และ .76 ตามลำดับ 2.แผนการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt and Weinert (1985)
ผลการวิจัย	พบว่า ภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่า ภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภาวะเชิงอัตนัยหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	นิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง. 2541.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีความต้องการของครอบครัวของ Molter (1979)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงเชิงบรรยาย
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 112 คน จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 84.8 มีอายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี ร้อยละ 59.8 และครึ่งหนึ่งมีบทบาทเป็นคู่สมรสร้อยละ 50 รองลงมาเป็นบิดามารดาร้อยละ 35.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000บาท ร้อยละ 39.3 และส่วนใหญ่มีอาชีพคือรับจ้างร้อยละ 48.2
เครื่องมือ	แบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตของ Molter (1979) ซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถามของอุไรพร พงศ์พัฒนาดุฒิ (2532) และ อารีย์ บุญบรรรัตนกุล (2538) แบ่งเป็น 6 ด้านคือ 1)ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2)ความต้องการข้อมูล 3)ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย 4)ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5)ความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึก 6)ความต้องการส่วนบุคคล และทำการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 และ .92 ตามลำดับ
ผลการวิจัย	พบว่า ความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ส่วนความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยรองลงมาคือต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ด้านที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ความต้องการและการตอบสนองที่ได้รับในแต่ละด้านและโดยรวมของญาติที่มีบทบาทเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร และพี่น้อง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือ พยาบาล

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	รัตนา อยู่เปลลา. 2543.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House(1981)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกได้ดังนี้กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 ครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปีร้อยละ 50 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 ครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 50 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 65 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยร้อยละ 35
เครื่องมือ	แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงของ Spielberg และคณะ (1983) ที่แปลโดยธาทรี นนทศักดิ์และคณะ หลังจากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์และความวิตกกังวลแฝงเท่ากับ .93 และ .87 ตาม ลำดับ
ผลการวิจัย	พบว่า ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล . 2543.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีความต้องการของครอบครัวของ Molter (1979) และ Daley(1984)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงบรรยาย
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	<p>กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน ซึ่งเข้ารับการรักษาในหน่วยผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมจำนวน 123 ราย และพยาบาลวิชาชีพประจำการในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 107 ราย จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 มีอายุ 18-29 ปี มากที่สุดร้อยละ 36.6 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.9 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 54.5 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 36.6 ส่วนความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบิดามารดา มากที่สุดร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่เดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้รถประจำทางร้อยละ 90.2 ใช้เวลาในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย 31-60 นาที และเกิน 60 นาทีมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 41.5 ส่วนใหญ่สะดวกที่จะมาติดต่อด้วยตนเองเพื่อรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ร้อยละ 82.9 ช่วงเวลาที่สะดวกในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยคือ 11.00-13.00 และ 17.00-19.00 น. ร้อยละ 40.7 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.1 อายุอยู่ในช่วง 30-44 ปีมากที่สุด ร้อยละ 49.5 มีประสบการณ์ในการทำงานต่ำกว่า 5 ปี มากที่สุดร้อยละ 38.3 และส่วนใหญ่เคยได้รับการศึกษาต่อและ/หรือการอบรมเพิ่มเติมร้อยละ 63.3 โดยเคยได้รับการอบรมระยะสั้นคิดเป็นร้อยละ 42.1</p>
เครื่องมือ	<p>แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter (1979) และแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้านตามการศึกษาของ Daley (1986) คือ 1)ด้านความต้องการลดความวิตกกังวล 2)ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึก</p>

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ . 2543. (ต่อ)
เครื่องมือ (ต่อ)	6)ความต้องการส่วนบุคคล และทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเท่ากับ .90 และในกลุ่มพยาบาลเท่ากับ .94
ผลการวิจัย	พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรกคือ การลดความวิตกกังวล และอันดับสุดท้ายคือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก สำหรับพยาบาลรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการอันดับแรกคือ การลดความวิตกกังวล และอันดับสุดท้ายคือ การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุดคือ พยาบาล

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	สุนิศา สุขตระภูณ. 2544.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังพร้อมทั้งเปรียบเทียบความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีความต้องการของครอบครัวของ Breu & Dracup(1978)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลัน 53 ราย โรคเรื้อรัง 50 ราย จำแนกได้ดังนี้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันส่วนใหญ่มีอายุ 19-40 ปีร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.8 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 77.3 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 35.9 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 49.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 73.6 และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบิดาหรือมารดามากที่สุดร้อยละ 56.6สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุ 19-40 ปีร้อยละ 64 เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 60 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 70 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 28 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 62 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 54 และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบิดาหรือมารดามากที่สุดร้อยละ 46
เครื่องมือ	1.แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการของผู้ป่วยประกอบด้วย 1) ความรุนแรงของผู้ป่วยจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต 2) ความหวังที่ผู้ป่วยจะหายจากโรค 3) โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ 4) การอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต 5) โอกาสสูญเสียผู้ป่วย 2.แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายประกอบด้วย 5 ด้านตามการศึกษาของ Breu & Dracup (1978) คือ 1) ด้านความต้องการการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ด้านความต้องการมี

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	สุนิศา สุขตระกูล. 2544. (ต่อ)
เครื่องมือ (ต่อ)	ส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และ 5) ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .94
ผลการวิจัย	พบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลัน เรียงตามลำดับความสำคัญคือ ต้องการข้อมูลข่าวสาร ต้องการอยู่กับผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ต้องการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือ และต้องการบรรเทาความวิตกกังวล สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง เรียงตามลำดับความสำคัญคือ ต้องการข้อมูลข่าวสาร ต้องการอยู่กับผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ต้องการบรรเทาความวิตกกังวล และต้องการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	กฤษฎีพิชญ์ โคตรประทุม. 2546.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาการปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	ทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของ Hill (1949)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงบรรยาย
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 100 ครอบครัวจำแนกได้ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 35 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 85 สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสมาชิกร้อยละ 59 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 79 เกินครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วยร้อยละ 51 ประกอบอาชีพทำนาและรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 32 แหล่งช่วยเหลือด้านการเงินของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นกองทุนในหมู่บ้านร้อยละ 69 และความเพียงพอของรายได้พบว่าพอใช้แต่มีหนี้มากที่สุดร้อยละ 52
เครื่องมือ	แนวทางการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปรับตัวมีประเด็นดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปได้แก่โครงสร้างของครอบครัวและเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น 2) แหล่งช่วยเหลือภายในและภายนอกครอบครัว 3) การรับรู้เหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น 4) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์วิกฤต 5) การทำหน้าที่ของครอบครัว ทั้งก่อนและหลังการเกิดเหตุการณ์วิกฤต 6) ปัญหาที่เกิดขึ้นและกลวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของครอบครัวรวมถึงวางแผนดำเนินชีวิตต่อไป
ผลการวิจัย	พบว่า การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้ 1) เหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น 2) แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของครอบครัว 3) การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 4) ภาวะวิกฤตของครอบครัว และ 5) วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	สุทธิณี วัฒนกุล . 2547.
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	แนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลของ Laventhal and Johnson (1983) แนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยมของ Daly (1999) และแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002)
รูปแบบการวิจัย	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาใหม่ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลอินทรีบุรี จำนวน 40 คน แบ่ง เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน จำแนกได้ดังนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 47.5 ส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 60 เกือบครึ่งหนึ่งมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 45 ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.5 และเกือบครึ่งหนึ่งมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วยร้อยละ 42.5
เครื่องมือ	1.แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมาชิกในครอบครัวของ Spielberg (1983) ทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .90 2.โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนประกอบด้วย 1) แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน 2) สไลด์มัลติมีเดียเรื่องการเตรียมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน 3) คู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก
ผลการวิจัย	พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ย่อมทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล และหากว่าผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ก็จะทำให้ครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวลมากยิ่งขึ้น จึงเกิดมีความต้องการในด้านต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อที่จะสามารถประเมินสถานการณ์และปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

สำหรับวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ได้อรวบรวมนานี้ เป็นการศึกษาในประเทศไทย 16 เรื่อง (ในต่างประเทศ 8 เรื่อง) เชียงบรรยาย 8 เรื่องและกึ่งทดลอง 8 เรื่อง กลุ่มประชากรส่วนใหญ่คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายตามลำดับ ซึ่งวิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ได้อรวบรวมนานี้ เป็นการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และการใช้การสนับสนุนความต้องการในด้านต่าง ๆ มาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ ลดความวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งพบว่าหลังการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวสมาชิกในครอบครัวมีระดับความวิตกกังวลลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า มีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่า ยกเว้นการศึกษาของพิกุลตันดิธรรม (2533) ที่มีความขัดแย้งคือพบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด และเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองและสนับสนุนความต้องการของครอบครัวในทุก ๆ ด้านได้มากที่สุด จึงควรมีการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและควรมีการวางแผนปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว

1. **การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล** การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เป็นการให้ข้อมูลที่ประกอบไปด้วยเรื่องบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตร เป็นต้น โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. **การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล** เป็นกิจกรรมที่มีการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกที่เป็น ความเครียด ความวิตกกังวล รับฟังปัญหาของครอบครัวด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี ให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากพยาบาล และสร้างความไว้วางใจแก่สมาชิกในครอบครัว ร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน การกระตุ้นชี้แนะ

3. **การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย** เป็นกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและร่างกาย เป็นการให้สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การเช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า การสัมผัสผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว

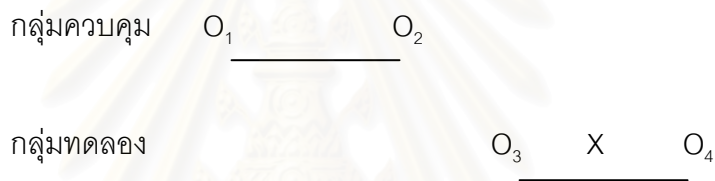
1. ด้านการดูแลสุขภาพ
2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน
4. ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน
5. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม
6. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ดำเนินการวิจัยโดยการเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว

แบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Control Group Design) (Polit and Hungler, 1999) โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



O₁ และ O₂ แทน การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติตามลำดับ

O₃ และ O₄ แทน การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวตามลำดับ

X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษานี้คือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤตที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษานี้คือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤต ที่มารับการรักษาพยาบาลที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 21 พฤศจิกายน 2548-31 มกราคม 2549 จำนวน 40 คน ขนาด

ของกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามแนวคิดของ Burns and Grove (2001) และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ

1.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน และไม่มีอาการบาดเจ็บที่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกายร่วมด้วย

1.2 เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่รับไหมในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 หรือห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 หรือห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ และอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักดังกล่าวเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน

1.3 ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (Glasgow Coma Scale: GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษาอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน (การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง)

2. กำหนดคุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย คือ

2.1 มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วยได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดได้แก่ มารดา บิดา บุตร พี่น้อง และมีบทบาทในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

2.2 อายุ 20-59 ปี

2.3 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

2.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท

2.5 ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดและอ่านภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ

3. จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 20 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลอง และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยให้มีความคล้ายคลึงกันในลักษณะดังนี้

3.1 อายุของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นิภา นิธยาน, 2530)

3.2 ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยอยู่ในระดับเดียวกัน (ปานกลางหรือรุนแรง) (Wade, et al., 2002)

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วยอยู่ในลักษณะเดียวกัน (Goick and Gentleman, 2004)

4. โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 หรือห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 หรือห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ น้อยกว่า 3 วัน

4.2 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบทั้ง 3 วัน

ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คู่ มีลักษณะแสดงในตารางที่ 2



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย

คู่ที่	อายุของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย(ปี)		ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วย		ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	1	35	33	บุตร	บุตร	รุนแรง
2	50	47	ภรรยา	ภรรยา	รุนแรง	รุนแรง
3	46	49	มารดา	มารดา	รุนแรง	รุนแรง
4	30	28	บุตร	บุตร	ปานกลาง	ปานกลาง
5	28	28	บุตร	บุตร	รุนแรง	รุนแรง
6	35	37	มารดา	มารดา	รุนแรง	รุนแรง
7	26	30	บุตร	บุตร	รุนแรง	รุนแรง
8	46	45	บิดา	บิดา	รุนแรง	รุนแรง
9	25	26	บุตร	บุตร	รุนแรง	รุนแรง
10	32	33	น้ำ	น้ำ	รุนแรง	รุนแรง
11	31	31	พี่น้อง	พี่น้อง	รุนแรง	รุนแรง
12	44	43	มารดา	มารดา	รุนแรง	รุนแรง
13	24	27	ภรรยา	ภรรยา	รุนแรง	รุนแรง
14	38	41	ภรรยา	ภรรยา	รุนแรง	รุนแรง
15	52	55	พี่น้อง	พี่น้อง	รุนแรง	รุนแรง
16	32	35	พี่น้อง	พี่น้อง	รุนแรง	รุนแรง
17	38	35	ภรรยา	ภรรยา	ปานกลาง	ปานกลาง
18	47	47	ภรรยา	ภรรยา	รุนแรง	รุนแรง
19	37	38	มารดา	มารดา	รุนแรง	รุนแรง
20	20	24	บุตร	บุตร	รุนแรง	รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่

ศีรษะ

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.2 แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนความ

ต้องการของครอบครัว

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพเป็นข้อความให้เลือก 6 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 5 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นข้อความให้เลือก 7 ข้อ ข้อมูลส่วนนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกรอกแบบบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึก

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษาและระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษา

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะคือ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ข้อมูลเกี่ยวกับ

ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นแบบเต็มคำในช่องว่าง ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนระดับความรู้สึกรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษาเป็นแบบเต็มคำในช่องว่าง และข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษาเป็นแบบเต็มคำในช่องว่าง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนี้ เป็นส่วนที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจากการประเมินคะแนนระดับความรู้สึกรู้สึกตัวของผู้ป่วยจากแพทย์และผู้วิจัย

1.2 แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว โดยยึดหลักแนวคิดของ Derogatis (1986) โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามการปรับตัวดังนี้

1.2.1 ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

1.2.2 ศึกษาเครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของ Derogatis (1986) (Psychosocial Adjustment to Illness Scale : PAIS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้านคือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกลกัน ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ในข้อนี้จะเป็นคำถามในทางบวก การให้คะแนนจะเรียงลำดับเป็นแบบลิกิต ดังนี้ ตัวเลือก ก) = 0 ; ข) = 1 ; ค) = 2 ; และ ง) = 3 ส่วนคำถามในข้อนี้จะเป็นคำถามในทางลบ จะกลับให้คะแนนในทางตรงข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-135 คะแนน คะแนนรวมต่ำแสดงว่ามีการปรับตัวดี แบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย และมีการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .83 และรายด้านได้ค่าอยู่ระหว่าง .33 - .82

1.2.3 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบวัดการปรับตัวนี้ให้มีความเหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยได้ดัดแปลงจากแบบวัดการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาของมุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ซึ่งได้แปลมาจาก Derogatis (1986) โดยมุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ได้ตัดด้านสัมพันธภาพทางเพศออก เหลือทั้งหมด 39 ข้อ มีคะแนนรวมทั้งหมด 0-117 คะแนน และได้ทดสอบคุณภาพด้วยการหาความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนนาคเท่ากับ .90 และจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ในครั้งแรกได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .93 ในการเก็บข้อมูลครั้งหลัง อรพรรณ ลือบุญวัชรชัยและคณะ (2544) ได้นำแบบวัดการปรับตัวของ Derogatis (1986) ไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว โดยใช้ข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้านเช่นเดียวกับ Derogatis (1986) และได้ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และได้หาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนนาค เท่ากับ .94

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือนี้โดยได้ตัดด้านสัมพันธภาพทางเพศออกเช่นเดียวกับ มุกดา คุณาวัดณ์ (2535) เนื่องจากลักษณะวัฒนธรรมของคนไทยจะไม่เปิดเผยเรื่องทางเพศสัมพันธ์ และส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่ยังไม่ได้แต่งงาน ไม่มีประสบการณ์ด้านการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง และได้ดัดแปลงเครื่องมือนี้ในส่วนของมาตรวัด เนื่องจากลักษณะของมาตรวัดเดิม (Likert scale) เป็นแบบให้เลือกตอบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก (Multiple choice) ทำให้คำตอบนั้นมีความหลากหลาย อาจทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนและยุ่งยากในการตอบ รวมทั้งเสียเวลาในการพิจารณาคำตอบมากเกินไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงดัดแปลงมาตรวัดโดยให้ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนี้มี 39 ข้อ คือ

- 1) ด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 1-8
- 2) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 9-14
- 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 15-22
- 4) ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 23-26
- 5) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 27-32
- 6) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 33-39

ลักษณะเครื่องมือ

ลักษณะเครื่องมือวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความคิดเห็น ความรู้สึกและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งในข้อคำถามมีทั้งข้อความหมายทางบวกและข้อความหมายทางลบ โดยในข้อนี้จะเป็นข้อความหมายทางบวก ส่วนข้อคู่จะเป็นข้อความหมายทางลบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ข้อความหมายทางบวก	ข้อความหมายทางลบ
ไม่จริงที่สุด = 1 คะแนน	ไม่จริงที่สุด = 5 คะแนน
ไม่จริง = 2 คะแนน	ไม่จริง = 4 คะแนน
ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน	ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน
จริง = 4 คะแนน	จริง = 2 คะแนน
จริงที่สุด = 5 คะแนน	จริงที่สุด = 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แบบสอบถามนี้มีคะแนนอยู่ระหว่าง 39-195 คะแนน คะแนนการปรับตัวคิดจากคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมสูงหมายถึงการปรับตัวดี และการคิดคะแนนรายด้านคิดได้จากคะแนนแต่ละข้อในด้านนั้น ๆ มารวมกัน โดยในแต่ละด้านมีคะแนนดังนี้

ด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน

ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน

ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน

ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียง จำนวน 4 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน

ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน

ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ จำนวน 7 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเพื่อแบ่งระดับการปรับตัวคิดจาก คะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อ โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามการแบ่งระดับของ ประคอง กรรณสูต (2538) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50 -5.00	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวในระดับสูงสุด
3.50 -4.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวในระดับสูง
2.50 -3.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวในระดับปานกลาง
1.50 -2.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวน้อย
1.00 -1.49	สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวซึ่งได้ปรับเพื่อความเหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไปตรวจสอบหาความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา ขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและการใช้ภาษา

1.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 8 ท่าน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการทางคลินิกประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว จำนวน 3 ท่าน

2) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว และมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม และมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 2 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการศึกษา ผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักและครอบครัว และมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน

5) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการปรับตัว และมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับภาษาและความหมายในข้อที่มีความหมายซ้ำซ้อนกัน ได้แก่ ข้อ 2 และข้อ 3, ข้อ 1 และข้อ 6, และให้ปรับข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นสองนัยยะคือ ข้อ 1, 2, 10, 38, และ 39 ให้มีลักษณะเป็นนัยยะเดียว รวมทั้งให้หลีกเลี่ยงการใช้คำคุณศัพท์และคำวิเศษณ์ เช่น บ่อย มาก เป็นต้น และผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการปรับตัวเท่ากับ .82

1.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง (ภาคผนวก ๑)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81 และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งหลังนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้เท่ากับ .82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2.2 นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าที่ผ่านมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการปรับตัวได้เป็นแผนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวโดยใช้สื่อคือ สื่อวีดิทัศน์และคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

2.2.1 แผนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว เป็นการกำหนดแผนและเนื้อหาของการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล และการสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984) (ภาคผนวก ๑) มีเนื้อหาครอบคลุม ดังนี้

2.2.1.1 การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ประกอบไปด้วยเรื่องบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตรต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมนี้จัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคลโดยเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ให้ดูสื่อวีดิทัศน์และมอบคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ใช้เวลา 20 นาที) ในครั้งที่ 2 (วันที่ 2) และครั้งที่ 3 (วันที่ 3) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยให้จัดวันละ 1 ครั้ง (ใช้เวลา 10 นาที)

2.2.1.2 การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึก และการลดความวิตกกังวล เป็นกิจกรรมที่มีการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกที่เป็นความเครียด ความวิตกกังวล รับฟังปัญหาของครอบครัวด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี ให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากพยาบาล และสร้างความไว้วางใจแก่สมาชิกในครอบครัว ร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน การกระตุ้นชี้แนะ กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคลตั้งแต่วันที่ 1 จนถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 2 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล และครั้งที่ 2 หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที

2.2.1.3 การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการตอบสนองของความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและร่างกาย เป็นการสาริตและให้สมาชิกในครอบครัวได้ลงมือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย ได้แก่ การเช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า การสัมผัสผู้ป่วยและกระตุ้นให้ครอบครัวได้มีการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคลตั้งแต่วันที่ 1 จนถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยจัดให้วันละ 1 ครั้ง หลังผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที

2.2.2 สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นสื่อผสม ประกอบด้วย ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงบรรยาย ประกอบภาพที่มีเนื้อหาประกอบด้วยการบาดเจ็บที่ศีรษะ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบของห้องผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตรต่าง ๆ และสถานที่ต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว (ภาคผนวก จ)

2.2.3 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นเอกสารที่มีรายละเอียดในเรื่องเกี่ยวกับ บาดเจ็บที่ศีรษะ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบของห้องผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตรต่าง ๆ และสถานที่ต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว โดยมีทั้งหมด 30 หน้า และมอบให้กับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองคนละ 1 เล่ม (ภาคผนวก จ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1) ประสาทศัลยแพทย์ ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการรักษาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว จำนวน 1 ท่าน

2) พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการทางคลินิกประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว จำนวน 3 ท่าน

3) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว และมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน

4) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม และมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน

5) อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการศึกษา ผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักและครอบครัว และมีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบในเรื่องความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม และความถูกต้องเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับปรุงในเรื่องของรูปภาพที่นำเสนอ เนื่องจากบางภาพไม่เหมาะสมอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น และบางภาพไม่ชัดเจนให้ปรับปรุงนำเสนอให้ภาพชัดเจนมากขึ้น ในส่วนของเนื้อหาให้เพิ่มรายละเอียดอีกเล็กน้อย เช่น ในเรื่องของกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น และตัดการตรวจวินิจฉัยโดยใช้เทคนิคคอมพิวเตอร์ที่อาศัยการเปลี่ยนคลื่นแม่เหล็กที่เกิดขึ้นให้เป็นภาพ (Magnetic Resonance Imaging-MRI) ออกเนื่องจากผู้ป่วยอุบัติเหตุและบาดเจ็บที่ศีรษะไม่นิยมตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีนี้

1.2 ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่าน แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวและสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ๙ ที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 3 คน (Try out) พบว่าขณะทำกิจกรรมคือการดูสื่อวีดิทัศน์สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความสนใจและตั้งใจติดตามในเนื้อหาและรายละเอียดที่มีในสื่อวีดิทัศน์รวมทั้งเมื่อได้มอบคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ บางรายได้ซักถามผู้วิจัย เช่น “แล้วในสมุดเล่มนี้มีเนื้อหาเหมือนที่ดูในทีวีไหม” ในขั้นตอนการสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการระบายความรู้สึกเครียด วิตกกังวล และสนใจซักถามผู้วิจัยเช่น อาการปัจจุบันและแนวโน้ม

เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยรวมทั้งมีการขอร้องให้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่และสอบถามในเรื่องการใช้สิทธิบัตรของผู้ป่วย และในขั้นตอนการสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยพบว่า ในครั้งแรกสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้ง 3 คนแสดงท่าทางไม่มั่นใจ กลัว ผู้วิจัยจึงได้ทำการกระตุ้นและให้กำลังใจกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งหลังจากที่ได้ผ่านการลงมือปฏิบัติแล้วสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีท่าทางมั่นใจมากขึ้น หลังจากที่ได้ทดลองใช้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวครบ 3 วันแล้ว ผู้วิจัยพบว่าสถานที่ เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสมของการนำเสนอ ระยะเวลาของกิจกรรมเป็นไปตามกำหนด และสามารถนำไปใช้ในการทดลองต่อไปได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2548 จนถึง 31 มกราคม 2549 ที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวและเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลจากการวิจัย ส่วนการเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้สนับสนุนความต้องการของครอบครัวแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทดลองดำเนินการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 3 ราย
2. ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณา
3. ผู้วิจัยจัดทำแผนดำเนินการทดลองโดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อขออนุญาต โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ และขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของขั้นตอนและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม
2. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 (24 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) เชิญกลุ่มควบคุมนั่งในสถานที่ที่จัดไว้ ทำการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวผู้วิจัย แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเมื่อกลุ่มควบคุมยินดีให้ความร่วมมือผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบวัดการปรับตัว หลังจากนั้นทำการนัดหมายกลุ่มควบคุมในวันที่ 3 (ใช้เวลา 10-15 นาที) วัดภูประสงศ์ในการพบครั้งที่ 1 เพื่อประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 (pre-test)

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 (72 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) วัดการปรับตัวของกลุ่มควบคุมหลังจากที่กลุ่มควบคุมได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสร็จแล้ว (ใช้เวลา 10 นาที) วัดภูประสงศ์ในการพบครั้งที่ 2 เพื่อประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 3 (post-test)

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวทั้งหมด 3 ครั้ง และมีระยะเวลา 3 วัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทุกวันตั้งแต่วันแรกจนถึงวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยใช้เวลาในวันแรก 80-85 นาที วันที่ 2 และ 3 ใช้เวลา 65-70 นาที

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 (24 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

ขั้นตอนที่ 1 เชิญกลุ่มทดลองนั่งในสถานที่ที่จัดไว้ ทำการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบวัดการปรับตัว (ใช้เวลา 10-15 นาที) วัดอุณหภูมิตั้งแต่ในขั้นตอนนี้เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลองรวมทั้งเป็นการประเมินความพร้อมและการปรับตัวของกลุ่มทดลองก่อนที่จะให้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว (pre-test)

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลเริ่มจากการให้กลุ่มทดลองดูสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาประกอบไปด้วยเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะ การตรวจวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตร เป็นต้น รวมทั้งอาการของผู้ป่วยและแนวทางในการรักษาพยาบาลขณะนั้น พร้อมทั้งมอบคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งมีเนื้อหาและรายละเอียดเช่นเดียวกับสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้สามารถอ่านทบทวนทวนภายหลังได้ (ใช้เวลา 20 นาที) วัดอุณหภูมิตั้งแต่ในขั้นตอนนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนต่อความต้องการของกลุ่มทดลองและกระตุ้นให้ได้มีการรับรู้และเกิดการเรียนรู้ รวมทั้งหาแนวทางในการเผชิญปัญหาจากแหล่งประโยชน์และข้อมูลที่ได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามและระบายความรู้สึกพร้อมทั้งให้กำลังใจ (ใช้เวลา 15 นาที) วัดอุณหภูมิตั้งแต่ในขั้นตอนนี้เพื่อทำให้กลุ่มทดลองได้เกิดขวัญและกำลังใจจากการที่ได้ระบายความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 4 นำกลุ่มทดลองไปที่เตียงผู้ป่วย และอธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย จากนั้นกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเรียกและพูดคุยกับผู้ป่วย การพูดให้กำลังใจ การสัมผัสโดยการจับมือ จับแก้มเบา ๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม และแนะนำวิธีการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดให้ผู้ป่วย อธิบายและสาธิตการเช็ดตัว หวีผม และการออกกำลังมือและเท้าผู้ป่วย และให้กลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับผู้วิจัยที่ละกิจกรรม โดยส่งเสริมให้กลุ่มทดลองได้พูดคุยกับผู้ป่วยไปด้วย (ใช้เวลา 20 นาที) วัดอุณหภูมิตั้งแต่ในขั้นตอนนี้เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้ลงมือปฏิบัติรวมทั้งเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่

สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่รวมทั้งได้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 หลังจากที่ถูกกลุ่มทดลองได้ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแล้วผู้วิจัยทำการสอบถามความรู้สึกของกลุ่มทดลองในการมีส่วนร่วมในการดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความวิตกกังวล หรือการซักถามในข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจต่าง ๆ ผู้วิจัยช่วยแนะนำและหาแนวทางในการแก้ปัญหาแก่กลุ่มทดลอง และทำการนัดเวลาในการที่จะพบบกลุ่มทดลองในวันที่ 2 (ใช้เวลา 15 นาที) วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้เพื่อให้บรรเทาความรู้สึกเครียดและสามารถใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ได้

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 (48 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนถึงเวลานัดหมายกับกลุ่มทดลองผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยทั้งในเรื่องของอาการและแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล(ใช้เวลา 10 นาที) วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้เพื่อจะได้นำเอาข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันที่สุดมาให้กับกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 2 พบกับกลุ่มทดลองในสถานที่ที่จัดไว้ กล่าวทักทายกับกลุ่มทดลอง ในขั้นตอนนี้กลุ่มทดลองจะไม่ได้รับการดูสื่อวีดีทัศน์แต่ให้เฉพาะข้อมูลอาการของผู้ป่วยรวมทั้งแนวทางในการรักษาพยาบาล (ใช้เวลา 10 นาที) วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสมและรับทราบข้อมูลที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 3-5 ดำเนินการเหมือนวันที่ 1 และเพิ่มเติมในขั้นตอนที่ 5 คือนัดเวลาในการที่จะพบบกลุ่มทดลองในวันที่ 3

ครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 (72 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา)

ดำเนินการตามขั้นตอน 1-5 เหมือนในวันที่ 2 และเพิ่มเติมในขั้นตอนที่ 5 คือทำการวัดการปรับตัวของกลุ่มทดลอง (post-test) (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวละเอียดดังกล่าวกับกลุ่มทดลองจนได้กลุ่มทดลองจนครบ 20 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง หัวหน้างาน หัวหน้าห้องผู้ป่วยและพยาบาลประจำการในห้องผู้ป่วยได้รับทราบ

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวตามลำดับ และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามเวลาที่กำหนด และตรวจความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทุกครั้ง

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการได้เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้พบกับครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งแพทย์เจ้าของไข้ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยได้ พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าคำตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มี การบังคับใด ๆ ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เท่านั้นรวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Science for Window (SPSS/FW) ดังรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การหาความถี่ และหาร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ภาคผนวก ง)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงจะทำการทดสอบในข้อที่ 6
6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย



ขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
<p style="text-align: center;">วัดการปรับตัว</p>	<p style="text-align: center;">วัดการปรับตัว</p>
<p>ได้รับการพยาบาลตามปกติ</p> <p>ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>ขั้นที่ 2 การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยมจากพยาบาลที่หอผู้ป่วย - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอจังหวะและโอกาสซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากพยาบาล <p>ขั้นที่ 3 การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่มั่นใจเนื่องจากต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาล ซึ่งไม่รู้จักหรือคุ้นเคย <p>ขั้นที่ 4 การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและไม่รู้ว่าจะให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร <p>ขั้นที่ 5 การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อมีปัญหาจะพูดคุยปรึกษาในครอบครัวผู้ป่วยคนอื่นหรือในครอบครัวตน และหาโอกาสพูดคุยกับพยาบาลเท่าที่จะทำได้ 	<p>ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว</p> <p>ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>ขั้นที่ 2 การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและอาการของผู้ป่วย เครื่องมือ บุคลากร สภาพแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ (สื่อวีดิทัศน์) - มอบคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ <p>ขั้นที่ 3 การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามและระบายความรู้สึก <p>-ได้รับการให้กำลังใจ และความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มที่</p> <p>ขั้นที่ 4 การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย คือ การเช็ดตัว หวีผม ออกกำลังมือและเท้าผู้ป่วยและด้านจิตใจ คือ การสัมผัส พุดคุยและให้กำลังใจผู้ป่วย <p>ขั้นที่ 5 การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกเกี่ยวกับที่ได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งได้รับคำปรึกษาและหาแนวทางในการแก้ปัญหา -ปลอบและให้กำลังใจ
<p style="text-align: center;">วัดการปรับตัว</p>	<p style="text-align: center;">วัดการปรับตัว</p>

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว และเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย และภาพประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3 และตารางที่ 4)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว (ตารางที่ 5)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว (ตารางที่ 6)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว (ตารางที่ 7)

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 8)

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ภาพที่ 1)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n=20		รวม n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	4	20	3	15	7	17.50
หญิง	16	80	17	85	33	82.50
อายุ(ปี)						
20-29	5	25	5	25	10	25
30-39	9	45	8	40	17	42.50
40-49	4	20	6	30	10	25
50-59	2	10	1	5	3	7.50
อายุเฉลี่ย (\bar{X})	35.50		36.60		36.05	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	8.95		8.76		8.76	
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25	5	25	10	25
คู่	15	75	14	70	29	72.50
ม่าย	-	-	1	5	1	2.50
อาชีพ						
ทำนา/ทำไร่	11	55	9	45	20	50
รับราชการ	1	5	-	-	1	2.50
รับจ้าง	5	25	7	35	12	30
กำลังศึกษา	2	10	-	-	2	5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	n=20		n=20		n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ (ต่อ)						
ค้าขาย	1	5	4	20	5	12.50
การศึกษา						
ประถมศึกษา	8	40	11	55	19	47.50
มัธยมศึกษา1-3	4	20	3	15	7	17.50
มัธยมศึกษา4-6	5	25	5	25	10	25
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	1	5	-	-	1	2.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	10	1	5	3	7.50
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา	1	5	1	5	2	5
มารดา	4	20	4	20	8	20
ภรรยา	5	25	5	25	10	25
บุตร	6	30	6	30	12	30
พี่น้อง	3	15	3	15	6	15
อื่นๆ	1	5	1	5	2	5

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 82.50 ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนมากสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 ครึ่งหนึ่งมีอาชีพทำนา/ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมามีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 12.50 เกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.50 และส่วนมากมีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาเป็น ภรรยาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 25



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษา และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	n=20		n=20		n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	18	90	19	95	37	92.50
หญิง	2	10	1	5	3	7.50
อายุ(ปี)						
10-19	6	30	4	20	10	25
20-29	2	10	2	10	4	10
30-39	1	5	3	15	4	10
40-49	4	20	5	25	9	22.50
50-59	7	35	5	25	12	30
60-69	-	-	1	5	1	2.50
อายุเฉลี่ย (\bar{X})	37.05		38.45		37.75	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	16.87		15.51		16.01	
ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ						
Fracture base of skull	3	15	-	-	3	7.50
Cerebral contusion	-	-	2	10	2	5
Brain swelling	2	10	7	35	9	22.50
SDH	8	40	6	30	14	35
EDH	3	15	3	15	6	15
IVH	1	5	1	5	2	5
SAH	1	5	-	-	1	2.50
ICH	2	10	1	5	3	7.50

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	n=20		n=20		n=40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษา (คะแนน)						
3	3	15	-	-	3	7.50
4	-	-	1	5	1	2.50
5	1	5	2	10	3	7.50
6	6	30	6	30	12	30
7	4	20	7	35	11	27.50
8	4	20	2	10	6	15
9	1	5	1	5	2	5
10	1	5	1	5	2	5
คะแนน GCS เฉลี่ย (\bar{X})	6.45		6.70		6.58	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	1.90		1.38		1.64	
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษา						
ระดับปานกลาง	2	10	2	10	4	10
ระดับรุนแรง	18	90	18	90	36	90

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 92.50 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนมากมีชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะคือ SDH (Subdural hematoma) ส่วนมากมีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษาคือ 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 30 และส่วนใหญ่มิ่ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษาคือ บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 90

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม

การปรับตัว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	18.90	1.29	19.05	1.87	-.29	.38 ^{NS}
2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	13.50	1.79	13.45	1.66	.09	.46 ^{NS}
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	19.40	1.42	19.25	1.48	.32	.37 ^{NS}
4. ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้กัน	10.05	1.50	9.85	1.38	.43	.33 ^{NS}
5. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	13.45	1.53	13.90	1.61	-.90	.18 ^{NS}
6. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	16.65	1.69	16.55	1.70	.18	.42 ^{NS}
การปรับตัวโดยรวม	91.95	3.30	92.05	3.88	-.08	.46 ^{NS}

^{NS} p>.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัว โดยรวมเท่ากับ 91.95 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 92.05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า การปรับตัวในทุก ๆ ด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความ
ต้องการของครอบครัว

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและ
โดยรวม

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	19.05	1.87	23.80	2.72	-6.03	.00*
2. ด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับอาชีพ	13.45	1.66	13.85	1.69	-.69	.24 ^{NS}
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายใน บ้าน	19.25	1.48	24.10	1.97	-8.03	.00*
4. ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่ อยู่ใกล้กัน	9.85	1.38	11.75	2.02	-3.67	.00*
5. ด้านสภาพแวดล้อมทาง สังคม	13.90	1.61	16.45	3.03	-3.22	.00*
6. ด้านความไม่สุขสบายทาง จิตใจ	16.55	1.70	25.05	1.82	-16.32	.00*
การปรับตัวโดยรวม	92.05	3.88	115	5.98	-13.60	.00*

*p<.05, ^{NS} p>.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลองเท่ากับ 92.05 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองเท่ากับ 115 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธ์กับญาติที่อยู่ใกล้เคียง การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของ ครอบครัว

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็น รายด้านและโดยรวม

การปรับตัว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	18.40	2.06	23.80	2.72	-7.06	.00*
2. ด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับอาชีพ	13.80	1.90	13.85	1.69	-.08	.46 ^{NS}
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายใน บ้าน	19.80	1.67	24.10	1.97	-7.43	.00*
4. ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่ อยู่ใกล้กัน	10.30	1.78	11.75	2.02	-2.40	.01*
5. ด้านสภาพแวดล้อมทาง สังคม	13.95	1.70	16.45	3.03	-3.21	.00*
6. ด้านความไม่สุขสบายทาง จิตใจ	17.80	1.50	25.05	1.82	-13.71	.00*
การปรับตัวโดยรวม	94.05	3.56	115	5.98	-13.45	.00*

*p<.05, ^{NS} p>.05

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 94.05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 115 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธ์กับญาติที่อยู่ใกล้กัน การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายละเอียดการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยกราฟปรากฏในภาพที่ 1 และภาพที่ 2-7 (ภาคผนวก ง)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมแยกเป็นรายด้านและ
โดยรวม

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	18.90	1.29	18.40	2.06	.79	.21 ^{NS}
2. ด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับอาชีพ	13.50	1.79	13.80	1.90	-.48	.31 ^{NS}
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายใน บ้าน	19.40	1.42	19.80	1.67	-.74	.23 ^{NS}
4. ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่ อยู่ใกล้กัน	10.05	1.50	10.30	1.78	-.56	.29 ^{NS}
5. ด้านสภาพแวดล้อมทาง สังคม	13.45	1.53	13.95	1.70	-.81	.21 ^{NS}
6. ด้านความไม่สุขสบายทาง จิตใจ	16.65	1.69	17.80	1.50	-2.35	.01*
การปรับตัวโดยรวม	91.95	3.30	94.05	3.56	-2.53	.01*

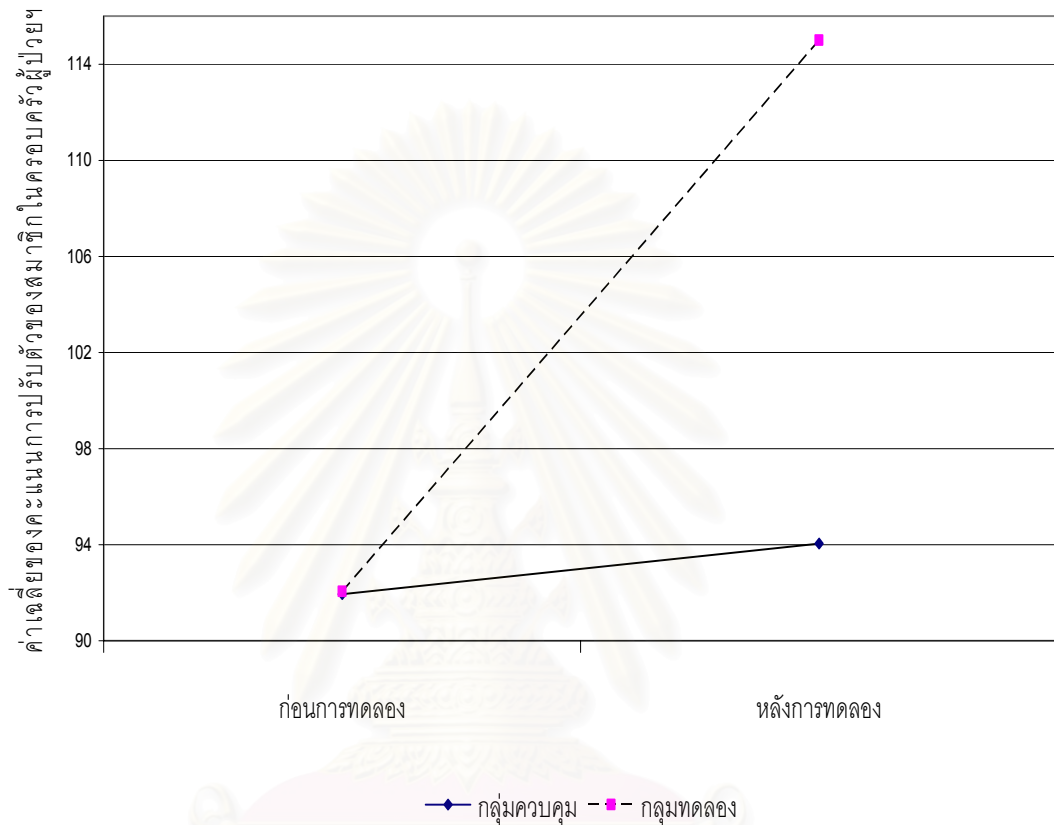
*p<.05, ^{NS} p>.05

จากตารางที่ 8 พบว่า ในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลองเท่ากับ 91.95 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองเท่ากับ 94.05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ การปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้กัน และการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง



ภาพที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ
2. การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤตที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤต ที่มารับการรักษาพยาบาลที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2548-31 มกราคม 2549 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจาก

นั้นคัดเลือกตัวอย่างอีกจำนวน 20 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) ตามลักษณะอายุของสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น
 - 1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.2 แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนความ ต้องการของครอบครัว ประกอบด้วย
 - 2.1 แผนการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ประกอบด้วย
 - 2.1.1 การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล
 - 2.1.2 การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและ การลดความวิตกกังวล
 - 2.1.3 การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการ อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย
 - 2.2 สื่อวีดิทัศน์
 - 2.3 คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2548 จนถึง วันที่ 31 มกราคม 2549 ณ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจาก สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 20 คน หลังจากนั้นคัดเลือกตัวอย่างอีกจำนวน 20 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการ จับคู่ (Matched pair) ตามลักษณะของอายุของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย

2. ดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พยาบาลประจำการและบุคลากร ในทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย และข้อปฏิบัติต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับการรักษาพยาบาลตามแบบแผนปฏิบัติของ หน่วยงานและได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 (24 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล ทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะ (pre-test) หลังจากนั้นทำการนัดหมายเพื่อพบกับกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 (72 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสร็จ แล้ว เพื่อวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (post-test)

2.2 ในกลุ่มทดลองที่ได้การพยาบาลตามปกติและแบบแผนการปฏิบัติของหน่วยงาน จากพยาบาลประจำการและบุคลากรในทีมสุขภาพร่วมก็ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวจากผู้วิจัยทั้งหมด 3 ครั้ง และมีระยะเวลา 3 วัน ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 (24 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะและแบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (pre-test)

หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล, การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล, การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและให้การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวลอีกครั้งแล้วทำการนัดหมายเพื่อพบกับกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 (48 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) เพื่อให้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวและทำการนัดหมายเพื่อพบกับกลุ่มทดลองครั้งที่ 3 ในวันที่ 3 (72 ชม. ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา) เพื่อให้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวและวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Science for Window (SPSS/FW) ตามรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การหาความถี่ และหาร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ภาคผนวก ง)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงจะทำการทดสอบในข้อที่ 6
6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถอภิปรายได้ดังนี้

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้วิจัยเข้าพบกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองครั้งแรกหลังจากรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะเป็นช่วงเวลาที่มึนงงที่สุดที่จะทำให้สามารถรับทราบและประเมินถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้มาก และยังเป็นการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพความเชื่อถือว่าไว้วางใจจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอีกด้วย (Rogers and Kreutzer, 1984) ซึ่งจากการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวจากผู้วิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความยินดีที่มีเจ้าหน้าที่มาพูดคุยด้วยโดยหลังจากที่ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือในการวิจัย สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะยินดีให้ความร่วมมือและแสดงออกถึงความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยโดยบางรายได้มีการระบายความรู้สึก ความอึดอัดและความไม่สบายใจที่มีอยู่ให้ผู้วิจัยรับฟังในช่วงสร้างสัมพันธภาพนี้เลย ซึ่งผู้วิจัยได้รับฟังโดยไม่ขัดจังหวะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Daley, 1984; Chien, et al., 2006) ลักษณะของข้อมูลจะประกอบด้วยเนื้อหาและรายละเอียดที่จำเป็นและสนองตอบต่อความต้องการด้านข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยไม่ต้องรอให้สมาชิก

ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชกถาม (Johnson and Robert, 1996; Chien, et al., 2006) เนื่องจากบางครั้งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ทราบว่าต้องถามอะไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่อยู่ในระหว่างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความกลัว วิตกกังวล หรือรู้สึกที่ตนเองถูกคุกคาม ประกอบกับการได้รับข้อมูลผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) เนื่องจากวีดิทัศน์ประกอบด้วยภาพและเสียงที่ทำให้เกิดความสนใจที่จะติดตามเรื่องราว ทำให้เข้าใจและเก็บจำมากขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยได้มอบคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อ่านทบทวนได้ในภายหลังและเกิดความเข้าใจมากขึ้น (Chavez and Faber, 1987; McQuay, 1995; Appleyard, et al., 2000; Mitchell and Courtney, 2004; รัตนา อยู่เปลลา, 2543) ลักษณะของข้อมูลที่จะเป็นข้อมูลตามความเป็นจริง กระจ่าง ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์ ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความเข้าใจข้อมูลได้เป็นอย่างดี (รัตนา อยู่เปลลา, 2543) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับทราบข้อมูลเหล่านี้แล้วจะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรู้สึกที่สามารถประเมินสถานการณ์ได้มากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984; Thoits, 1986) สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาเพื่อปรับตัวกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้

การที่ผู้วิจัยได้พูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับรู้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความมั่นใจ ไว้วางใจและลดความเครียดลงได้บ้าง (นิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) ผู้วิจัยได้จัดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนร่วมกับใช้การพูดคุยที่เป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสม แสดงท่าทีเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่แสดงออก เป็นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ จากการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า เมื่อผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและปัญหานั้นบางรายร้องไห้และกล่าวว่า “ดีใจและสบายใจที่ได้ยินว่าหมอกับพยาบาลที่นี่จะดูแลอย่างดีที่สุด อย่างไรก็ตามขอฝากด้วยนะค่ะ/ครับ” การที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับกำลังใจ ระบายความรู้สึกและลดความวิตกกังวล นับได้ว่าเป็นประโยชน์มากในระยะแรกที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระยะวิกฤต (Jacobson, 1986) ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความมั่นใจและสามารถควบคุมสถานการณ์วิกฤตได้ อีกทั้ง

ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปรับตัวด้านสภาพอารมณ์ให้เกิดความรู้สึก
มั่นคงมากขึ้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539)

ผู้วิจัยได้นำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แนะนำอุปกรณ์และ
เครื่องมือที่ใช้จริงกับผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลไปแล้ว และนอกจากนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับคำแนะนำและการสาธิตเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและอยู่
ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ การสัมผัส การพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว การเช็ดหน้า
เช็ดตัว หวีผม (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัด) และการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย ซึ่งการ
ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้มีส่วนร่วมในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับ
ผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540) จะเป็นการเสริม
สร้างความมั่นใจให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (มารยาท วัชรเกียรติ, 2536)
เพราะจะเป็นการเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ช่วยเหลือไม่ได้แล้ว เป็นความหวังว่าสามารถให้การ
ช่วยเหลือได้ (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; Leske, 2002) และนอกจากนั้นยังทำให้ได้รับ
รู้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดทำให้เกิดความไว้วางใจและคลายความวิตกกังวลลงได้ (อารีย์
บุญบรรรัตนกุล, 2538) การนำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่
ในระยะแรกนี้จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล เพราะสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่
ศีรษะได้ผ่านการฝึกปฏิบัติจริงทำให้ค่อย ๆ ยอมรับและสามารถปรับตัวปรับใจได้ดีขึ้น (Zarit,
Todd, and Zarit, 1986) เพื่อพร้อมจะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป จากการสังเกตพฤติกรรม
ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยไม่ได้นำสมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมาดูแลผู้ป่วยนั้น บางรายได้ทำการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้วิจัยแนะนำ
เองหรือหลังจากผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวครบ 3 ครั้งแล้ว
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถที่จะปฏิบัติและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและ
ทำทางคล่องแคล่ว มั่นใจมากขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อ
สงสัย และระบายความรู้สึกอีกครั้ง การแสดงออกถึงความปรารถนาดีเหล่านี้จะช่วยให้สมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยมากขึ้น ช่วยให้สมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถพูดคุยระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ความเครียดลดลง
(House, 1981) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะบางรายกล่าวว่า “รู้สึกดีใจและไม่คิดว่า
จะสามารถทำได้แบบนี้เพราะเข้าใจว่าพยาบาลต้องห้ามให้ทำและตอนแรกรู้สึกกลัวมากถ้าจะต้อง
ให้ไปจับหรือทำอะไรให้คนไข้ เพราะกลัวว่าสายน้ำเกลือจะหลุด แต่เมื่อได้รับฟังที่คุณพูดและพา
ทำแล้วก็ดีใจและคิดว่าน่าจะทำได้มากขึ้นและจะตั้งใจทำให้เต็มที่” การสนับสนุนความต้องการ

ด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์เพื่อลดความเครียด วิตกกังวลหรือความกลัว ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจ และเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ แสดงความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วย จากการได้พูดคุย สัมผัสและให้กำลังใจ ส่งผลให้สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ผ่านการเรียนรู้และใช้การเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง ทำให้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการปรับตัวที่ดีขึ้น (วิณา ลิ้มสกุล, 2545)

จากขั้นตอนทั้งหมดของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวที่ผู้วิจัยได้ให้ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจนสิ้นสุดแล้ว สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะได้รับการสนับสนุนความต้องการ ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล การสนับสนุน ความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล การสนับสนุนความ ต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นการให้โปรแกรมติดต่อกัน 3 วัน โปรแกรมมีความชัดเจน เป็นขั้นตอนประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และการประเมินผล สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับการสนับสนุนที่ตรงกับ ความต้องการ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพต่อไป และเมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความ ต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความต้องการของครอบครัวในด้านข้อมูลนั้น ครอบครัวต้องการทราบอาการและรายละเอียดของผู้ป่วย ต้องการทราบว่าทำอะไรให้กับผู้ป่วย บ้าง ต้องการทราบเกี่ยวกับเอกสารสิทธิบัตรต่าง ๆ และเมื่อผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเหล่านี้รวมทั้ง คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเข้าใจ เรื่องโรคและการปฏิบัติตนก็จะนำไปสู่การดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพต่อไป (กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) และจากโปรแกรมการสนับสนุนทุกขั้นตอนที่ผู้วิจัยได้ให้กับ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะคลาย ความเครียด วิตกกังวลลงได้ ส่งผลให้มีการผ่อนคลายอารมณ์ สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่าง เพียงพอ (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539)

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความ ต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ก่อนการทดลองและหลัง การทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การที่มี สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในช่วง 3 วันของการทดลอง สมาชิกในครอบครัวที่ทำ

หน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องหยุดกระทำบทบาทที่รับผิดชอบอยู่เป็นประจำ มีการหยุดงาน ลางาน เพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แม้ว่าการหยุดงานนั้นอาจมีผลต้องออกจากงานก็ตาม (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540; กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ทั้งหมดเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของการเดินทาง ดังนั้นจึง ต้องมีการพักอาศัยอยู่ในบริเวณของโรงพยาบาล หรือต้องเช่าหอพักในบริเวณที่ใกล้เคียงกับ โรงพยาบาลเพื่อความสะดวกในการเดินทางมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องมีการหยุดงานเกิดขึ้นอย่าง หลีกเลี่ยงไม่ได้

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรู้จักการแสวงหาแหล่ง สนับสนุนที่มีอยู่และมีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวอย่างเหมาะสม ร่วมกันวางแผนการจัดการ (กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) ปรับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของ สมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ปรับความรับผิดชอบภายในบ้าน รวมทั้งการที่ได้รับอนุญาตให้ สามารถโทรศัพท์มาสอบถามอาการได้ตลอดเวลา ครอบครัวย่อมเกิดความสบายใจ มั่นใจ ที่จะ สามารถรับรู้อาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ครอบครัวจึงสามารถปรับบทบาทและจัดการกับความ รับผิดชอบภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม (จิตติมา วทานีย์เวช, 2540)

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกันหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า โดยลักษณะของคนใน สังคมไทยจะเห็นได้ว่าจะมีความรักใคร่ผูกพัน และเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน (จุจา ภูไพบูลย์, 2541) ทำให้หลังจากที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการ ของครอบครัว สามารถที่จะประเมินสถานการณ์และดึงเอาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้และ สามารถรักษาสัมพันธภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Lazarus and Folkman, 1984; Thoits, 1986) โดยเฉพาะในสังคมไทยที่มีความผูกพันและช่วยเหลือกันเสมอ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะสามารถใช้การเผชิญปัญหาโดยการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพิ่มขึ้น เช่น การติดต่อขอความช่วยเหลือจากญาติ ๆ ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาความรับผิดชอบหรือภาระบางอย่างลงได้ (กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) ทำให้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยและปรับตัวกับสถานการณ์ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (กรรณิกา คงหอม, 2546)

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และมาอาศัยอยู่ในบริเวณของโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสภาพสังคมที่คุ้นเคยมาสู่สังคมใหม่ ทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมและสถานที่ การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก และภายในโรงพยาบาลรวมทั้งสถานที่สำหรับพักผ่อน และสันตนาการ แทนการนั่งเฝ้าอยู่หน้าห้องผู้ป่วยหนัก เพียงอย่างเดียวทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนไปได้อย่างเหมาะสม โดยมีการพบปะและทำกิจกรรมบางอย่างร่วมกับญาติของผู้ป่วยรายอื่น เช่น การนั่งรับประทานอาหารด้วยกัน นั่งพูดคุยกัน เป็นต้น

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลที่ต้องการและจำเป็นนั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถนำข้อมูลและความรู้ที่ได้รับมาประเมินสถานการณ์เพื่อลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและได้รับจากบุคคลที่น่าเชื่อถือก็จะช่วยให้ลดความวิตกกังวลลงได้มาก (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) และการที่ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดี ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความรู้สึกสบายใจ คลายความเครียดลงได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) อีกทั้งการที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ได้มีโอกาสถ่ายทอดความรักความห่วงใยไปสู่ผู้ป่วยและช่วยให้คลายความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือไม่มีประโยชน์ลงได้ จึงทำให้สามารถปรับตัวให้มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาและพร้อมจะดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ สนับสนุนการศึกษาของ Mitchell and Courtney (2004) ที่ศึกษาการปฏิบัติเพื่อให้ครอบครัวลดความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยขณะย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผู้ป่วยหนัก พบว่า หลังการทดลองความวิตกกังวลลดลงทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองขณะที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Acorn (1995) ศึกษาการช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางสมอง พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันในเรื่องของการเผชิญปัญหา โดยกลุ่มทดลองมีการใช้การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่า สอดคล้องกับ รัตนา อยู่เปลา (2543) ที่ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของ

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับสุทธิณี วัฒนกุล (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ มักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใดและรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถที่จะรอหรือยอมรับได้ การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยทำให้มีอาการไม่แน่นอนและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวเกิดความกลัว เครียด วิตกกังวล ไม่เป็นสุข (Engli and Kirsivali-Farmer, 1993) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยในด้านการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ามารับการรักษในห้องผู้ป่วยหนัก พยาบาลจะมุ่งให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ จึงมักจะละเลยและลืมนึกถึงความทุกข์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดด้านเวลา การขาดความรู้ที่จะเข้าไปติดต่อกับครอบครัวหรือขาดความเข้าใจในความต้องการของครอบครัว ทำให้ความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุมนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง (Daley, 1984) ซึ่งการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความเครียดและไม่ได้รับการสนับสนุนความต้องการแล้วย่อมเป็นอุปสรรคในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ถ้าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เข้าใจในสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก สภาพของผู้ป่วย ต่างก็เป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมในทางลบกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ (อุบลวรรณ กิติรัตนตรการ, 2541) ในส่วนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 8) อาจเนื่องมาจากลักษณะของการพยาบาลตามปกติเป็นการให้ข้อมูลตามที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซักถามทั้งที่ข้างเตียงในช่วงเวลาที่ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย และกลุ่มควบคุมอาจมีการเสาะแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่นเช่น การได้รับข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ในช่วงที่แพทย์มาทำการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน

ประกอบกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้มีนโยบายให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักได้ตลอด 24 ชั่วโมงนอกเหนือจากเวลาเยี่ยม และมีการอบรมพยาบาลประจำการในเรื่องของพฤติกรรมบริการทั้งกับผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นทางการเป็นประจำและต่อเนื่องทำให้พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักมีการปรับปรุงวิธีการปฏิสัมพันธ์และมีเทคนิคในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นภายหลังจากที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการจึงส่งผลให้มีการปรับตัวโดยรวมสูงขึ้นเช่นเดียวกัน แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองนั้นก็พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีคะแนนการปรับตัวโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ที่เริ่มจากผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ลดความวิตกกังวลและเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ (Rogers and Kreutzer, 1984) การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสิ่งที่สำคัญ และควรจะเริ่มให้ตั้งแต่ในระยะแรกที่เกิดภาวะวิกฤต ข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องการทราบโดยใช้คำอธิบายสั้น ๆ ด้วยภาษาที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถเข้าใจได้ (Oddy and Herbert, 2003) ประกอบกับการดูสื่อวีดิทัศน์ที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความสนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์จะประกอบด้วยภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบคำบรรยาย ซึ่งจะสร้างความน่าสนใจและน่าติดตามเรื่องราว ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) รวมทั้งการรับคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยมอบให้ จะสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทบทวนได้ในภายหลัง (Chavez and Faber, 1987; McQuay, 1995; Appleyard, et al., 2000; Mitchell and Courtney, 2004; รัตนา อยู่เปลลา, 2543) นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก หน่วยงานที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องมีการติดต่อประสานงานและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย จะทำให้นักคนสามารถคาดการณ์และควบคุมสิ่งที่จะเผชิญ โดยเฉพาะกับเหตุการณ์ที่บุคคลคิดว่าน่ากลัว เป็นอันตรายคุกคามตนเอง (มารยาท วัชราเกียรติ, 2536) รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่บริการอาหาร ห้องน้ำ และสถานที่พักผ่อนภายในโรงพยาบาล หรือสถานที่ที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้มีการผ่อนคลาย หรือให้ความสำคัญกับตัวเองด้วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะได้พักผ่อนหรือออกไปจากสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะบ้าง เป็นการช่วยให้รู้สึกสดชื่น และคลายความเครียดลงได้

การรับฟังปัญหาและความรู้สึกที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบาย
ออกมาในห้องที่เป็นสัดส่วน รับฟังด้วยความสนใจและให้ความสำคัญกับสิ่งที่สมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพูด เป็นการยอมรับความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
ได้ดี จะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจ และยังทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีสถานการณ์ใด
เกิดขึ้น จะมีผู้คอยช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้หน่อยลงได้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Thoits, 1986;
กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546)

ลักษณะของสังคมไทยเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกที่เหลือจะทำหน้าที่เป็น
ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ดังนั้นการสนับสนุนให้สมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้มีส่วนร่วมในการดูแล ได้มีโอกาสพูดคุย สัมผัส และดูแลผู้ป่วย
อย่างใกล้ชิด สามารถลดความเครียดของครอบครัวได้ (อัจฉรีย์ ทองสวรรค์, 2546) ซึ่งหาก
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประเมินได้ว่าไม่มีความเครียดเพิ่มขึ้นและสามารถที่จะ
แก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์นั้นได้ กลไกการเกิดความเครียดต่าง ๆ ก็จะหยุดลง ซึ่งถือว่า
ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ (กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546)

จากโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองได้รับจึงทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองมี
การปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ
การพยาบาลตามปกติ และเมื่อพิจารณาจากการปรับตัวในรายด้าน พบว่า

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความ
ต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวทำให้ทราบ
ถึงบริการที่ทางโรงพยาบาลจัดบริการไว้ให้เพื่อเอื้ออำนวยต่อการตอบสนองทางด้านร่างกายของ
ผู้รับบริการ เช่นห้องสมุดสันตนาการ ลานชุมชน (คูโทรทัศน์ตลอด 24 ชม.) ห้องน้ำ ร้านค้า
และร้านอาหาร ซึ่งจะสามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมาพักผ่อนแทนการ
นั่งเฝ้าหน้าห้องผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว และตระหนักถึงความสำคัญและความพร้อมของตนเอง
เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและสมบูรณ์อยู่เสมอ ทำให้มีการปรับตัวในเรื่องของการรับประทานอาหาร
และการพักผ่อน เพื่อให้สามารถมีพลังงานในการดูแลญาติที่ป่วยได้ (อรศิลป์ ชื่นกุล, 2543)

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพหลังการทดลองไม่แตกต่างกันกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในต่างอำเภอ ต่างจังหวัดทั้งหมด การเดินทางไปกลับเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่ลำบาก และสมาชิกในครอบครัวต่างก็มีความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุดจึงจำเป็นต้องพักอาศัยในบริเวณโรงพยาบาล หรือหอพักใกล้ ๆ กับโรงพยาบาลเพื่อความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลให้ต้องหยุดงานที่ทำประจำเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่พวกเขารักและผูกพัน

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวทำให้สามารถประเมินตัดสินใจกับเหตุการณ์ แยกแยะปัญหาของตนเองและครอบครัวได้ และสามารถเลือกใช้การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984) มีการวางแผนและช่วยเหลือกันในครอบครัวมากขึ้น รวมทั้งมีการร่วมกันทำกิจกรรมภายในครอบครัวเพื่อเพิ่มพูนความผูกพันกันในครอบครัว (ภรณ์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) ทำให้มีการปรับบทบาทหน้าที่ เช่นปรับความรับผิดชอบภายในบ้าน การจัดเวลาเพื่อให้มีคนมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยและสามารถเข้าเยี่ยมได้ตามที่ทางโรงพยาบาลกำหนด (Halm, 1992)

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้กันหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวทำให้มีการมองและให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ทำทนาย และมีการดึงเอาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่มาใช้ หรือมีการหาเพิ่มขึ้นหากรับรู้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่นั้นมีไม่เพียงพอ (Lazarus and Folkman, 1984) นอกจากนี้ลักษณะของสังคมไทยยังเป็นแบบญาติพี่น้องที่คอยให้ทั้งการช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ทำให้ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออยู่รอบตัว และสามารถประเมินสถานการณ์และดึงเอาแหล่งประโยชน์เหล่านั้นมาใช้ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการได้รับทราบแหล่งที่สามารถช่วยติดต่อกับญาติที่ทางโรงพยาบาลได้จัดไว้ให้ทำให้มีการติดต่อกับญาติได้สะดวกมากขึ้น ญาติพี่น้องบางคนไม่สามารถมาเยี่ยมได้ทันทีก็สามารถรับทราบข้อมูล

ข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับจากผู้วิจัย ทำให้มีการติดต่อช่วยเหลือให้คำแนะนำและกำลังใจกันได้มากขึ้น

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวทำให้สามารถประเมินตัดสินสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงและมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984) ส่งผลให้สามารถควบคุมตนเองเพิ่มความแข็งแกร่ง เพื่อดูแลผู้ป่วยภายใต้สภาพแวดล้อมของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Thoits, 1986) และการได้รับการสนับสนุนตามความต้องการยังทำให้มีการปรับตัวที่ดี เกิดความรู้สึกสุขและสบายใจในการดำรงชีวิต ยอมรับสภาพต่าง ๆ ได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองสามารถช่วยเหลือและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ดี (กรรณิกา คงหอม, 2546)

สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวทำให้นบุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง (กรรณิกา คงหอม, 2546) รวมทั้งได้ถ่ายทอดความรักความห่วงใยของตนเองไปสู่ผู้ป่วย ก่อให้เกิดความสบายใจและคลายความวิตกกังวล ความตึงเครียด เกิดการปรับตัวในทางที่ดี มีความมั่นใจ มีพลังใจและพลังกายในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป (พวงทอง กล่อมใจเย็น, 2541)

ผลการศึกษาที่พบชี้ให้เห็นว่าในระยะเวลาที่เท่ากัน (3 วัน) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้ว่าในกลุ่มควบคุมจะมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองเช่นเดียวกัน

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chien, et al.(2006) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมความต้องการพื้นฐานของครอบครัวในห้องผู้ป่วยหนักต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองในช่วง 3 วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและระดับความพึงพอใจในกลุ่มทดลองสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา อยู่เปลว (2543) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของพิกุล ตันติธรรม (2533) ที่ศึกษาผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล พบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมของญาติทั้งสองกลุ่ม ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักควรมีการให้การสนับสนุนความต้องการของครอบครัวให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะคลายความเครียด วิตกกังวล สามารถเผชิญกับปัญหาและมีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและควรมีการติดตามผลการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นระยะและอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวให้กับพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก และเน้นให้พยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยได้

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ใช้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวเป็นแนวทางในการจัดทำแบบแผนในการสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพด้านการปฏิบัติการพยาบาล

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดให้มีการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล และพยาบาลประจำการเกี่ยวกับการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่

ศิระะ และการนำโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมาใช้ในการบริการ และดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศิระะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ในกลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระบบอื่น ๆ ต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ให้กับสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของรายกลุ่ม เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลได้อย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพ และอาจนำผลการวิจัยมาศึกษาเปรียบเทียบกับ เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับครอบครัวผู้ป่วย
3. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว เพื่อประเมินผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ เช่น ภาวะการดูแล หน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจ เป็นต้น
4. ควรทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่าการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่าจะสามารถนำผลการวิจัยมาใช้อ้างอิงได้มากขึ้น
5. ควรมีการติดตามเพื่อประเมินการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศิระะในระยะยาวขึ้นและทำการประเมินอย่างต่อเนื่องในระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเพิ่มเติม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรณิกา คงหอม. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล
สัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจาก
ครอบครัวการปรับตัวของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม. 2546. **การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่
ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบาง
ประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา สุวรรณแสง. 2533. **การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
บำรุงสาส์น.
- กาญจน์ย์ ดำนาคแก้วและวันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์. 2549. **รายงานการบาดเจ็บรุนแรงจาก
อุบัติเหตุขนส่ง ปี พ.ศ. 2543-2546 [ระบบออนไลน์].** กลุ่มงานระบาดวิทยา สำนัก
ระบาดวิทยา. แหล่งที่มา: <http://epid.moph.go.th> [9 มีนาคม 2549].
- คณิงนิต บุรีเทศน์. 2540. **ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วย
ภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษากรณีเฉพาะ
โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรัสพรรณ อรุณแก้ว. 2545. **การปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรที่พิการปากแหว่ง
เพดานโหว่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จเร ผลประเสริฐ. 2541. HEAD INJURY. ใน **ชาญวิทย์ ดันพิพัฒน์และธนิต วัชรพุกต์,
ตำราศัลยศาสตร์,** 669-682. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธิ, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, สมพร ศิริเต็มกุล, และวิไลวรรณ เนื่อง ณ. สุวรรณ.
2536. **การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต. ขอนแก่นวารสาร 17(2):
33-43.**

- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์และศิริวรรณ สันติเจียรกุล. 2547. **ประมวลสถานการณ์ปัญหาการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ประเทศไทย. วารสารอุบัติเหตุ 23(2): 83-91.**
- ช่อลดดา พันธุเสนา. 2536. **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ชัชวรินทร์ อังศุภากร. 2535. **การพยาบาลศัลยกรรมประสาทเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มิตรภาพ.
- ชูชื่น ชิวพูนผล. 2541. **อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูทิพย์ ปานปรีชา. 2539. **อารมณ์ความเครียดและการปรับตัว.** เอกสารการสอนชุดวิชาจิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ดาราทวรรณ อุทัย. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแล จำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนาศา บัญทอง. 2532. **มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม. ประมวลการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม.** กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช (2-4 พฤศจิกายน).
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. 2540. **ญาติกับการดูแลผู้ป่วย (Relatives and participation in Caring for Patients).** วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย 22(2) : 110-116.
- ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. 2541. **การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิตติมา วทานีเยช. 2540. **ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นครชัย เผื่อนปฐม. 2541. **การบาดเจ็บที่ศีรษะ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ:โอ.เอส. ฟรินติ้งเฮ้าส์.
- นาฏยา เอื่องไพโรจน์. 2535. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา โรจน์ทินกร. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภา นิธยานน. 2530. **การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ฯ: โอ.เอส. ฟรินติ้งเฮ้าส์.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ. 2539. **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบประสาท**. ใน คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, **การพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (เล่ม 2)**, 51-122. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง. 2541. **ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ**. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 6(3): 40-54.
- นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ดั่งแสง. 2540. **ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว**. รายงานการวิจัย. ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2540 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บัญชา แก้วสอง, พีระศักดิ์ ศรีธำชชา, บุษบา จันทร์ฝ่อง, สุกัญญา เอมอิมธรรมและอมร สุวรรณนิมิตร. 2541. **รายงานการวิจัยวิวัฒนาการของการป้องกันอุบัติเหตุจราจร**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. นนทบุรี.
- ประคอง กรรณสูต. 2538. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประวีณ เปี้ยวเก็บ. 2536. **การศึกษาเจตคติบทบาททางเพศ ความพึงพอใจในชีวิตสมรสและการปรับตัวในการครองคู่ของสามีและภรรยาในเขตเทศบาล อำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.

- พรจันทร์ สุวรรณชาติและกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. 2537. การพยาบาลจิตสังคมของผู้ป่วย
ในภาวะวิกฤต. ใน คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉิน
และวิกฤต, เอกสารการสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต
หน่วยที่ 1-8, 113-196. กรุงเทพฯ ฯ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรชัย จุลเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรนิภา เอื้อเบญจพล. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก
ต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงทอง กล่อมใจเย็น. 2541. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บทาง
กระดูกสันหลัง. รายงานการวิจัย. หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาล
ศิริราช.
- พิกุล ตันติธรรม. 2533. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอภิบาล
ผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มารยาท วัชรเกียรติ. 2536. ผลของการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อระดับความวิตก
กังวลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- มุกดา คุณาวัดณ์. 2535. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ
ความพร้อมในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตา
ลอก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา อยู่เปล้า. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของ
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขา
วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัมภรดา อินทร. 2539. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่
ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่
ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.
- ลักขณา ศรีวัฒน์. 2545. สุขวิทยาจิตและการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์.
- วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. 2545. จิตวิทยาการปรับตัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. 2537. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 12(4): 33-38.
- วีณา ลิ้มสกุล. 2545. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2545. จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2541-2545 [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.phoubon.in.th> [21 เมษายน 2548].
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2534. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.
- สมโภชน์ เขียมสุภาชิต. 2539. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิณี วัฒนกุล. 2547. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์และคณะ. 2544. Trauma registry 2001 Khon Kaen Hospital. ขอนแก่น. สำนักงานโครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น.
- สุนิศา สุขตระกูล. 2544. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุมาพร บรรณสาร. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรชร มาลาหอม, วิมลพรรณ พลบุรี, ลัดดา ภัทราพรนันท์และชวลิต ลิปิวิทยากุล. 2547. **ระบดวิทยาผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี 2547.** อุบลราชธานี. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)
- อรพรรณ ลีอนุญชัชชัยและคณะ. 2544. **พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวของและครอบครัวในโรงพยาบาลและในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร.** รายงานการวิจัย. ทูลสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2544.
- อรศิลป์ ชื่นกุล. 2543. **การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรีย์ ทองสุวรรณค์. 2546. **การให้ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางในการดูแล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลในหน่วยทารกภาวะวิกฤต.** วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 28(1) : 86393.
- อารีย์ บุญบวรรัตนกุล. 2538. **ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล. 2541. **การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544. **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว FAMILY THERAPY AND FAMILY COUNSELING.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ ฯ: ชันดำการพิมพ์.
- อุไรพร พงศ์พัฒนานุฉิ. 2532. **ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Acorn, S. 1995. Assisting families of head-injured survivors through a family support programe. *Journal of Advanced Nursing* 21: 872-877.
- Acorn, S., and Roberts, E. 1992. Head Injury : Impact on the Wives. *Journal of Neuroscience Nursing* 24(12): 324-328.

- Appleyard, M. E., Gavaghan, S. R., Gonzalez, C., Ananian, L., Tyrell, R., and Carroll, D. L. 2000. Nurse-coached Intervention for the families of Patients in Critical Care Unit. **Critical Care Nurse** 20(3): 40-48.
- Baker, J. E. 1990. Family Adaptation When One Member Has a Head Injury. **Journal of Neuroscience Nursing** 22(4): 232-237.
- Bokinskie, J. C. 1992. Family Conferances: A Method to Diminish Transfer Anxiety. **Journal of Neuroscience Nursing** 24(3): 129-133.
- Bond, A. E., Drager, C. R. L., Mandleco, B., and Danelly, M. 2003. Need of Family Members of Patients With Severe Traumatic Brain Injury. **Critical Care Nurse** 23(August): 63-72.
- Bottcher, S. A. 1989. Cognitive retraining: A nursing approach to rehabilitation of the brain injured. **Nursing Clinics of North America** 24(1): 193-208.
- Bleulin, J. L. D., Rook, J., and Sills, G. 1982. Families in crisis: The impact of trauma. **Critical Care Quarterly** 5(12): 38-45.
- Burn, N., and Grove, S. K. 2001. **The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization**. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunder.
- Chavez, C., and Faber, P. 1987. Effect of an education-orientation program on family members who visit significant others in the intensive care unit. **Heart & Lungs** 16(1): 92-99.
- Chien, W-T., Chiu, Y. L., Lam, L-W., and Ip, W-Y. 2006. Effect of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A Quasi-experimental study. **International Journal of Nursing Studies** 43(1): 39-50.
- Curtiss, G., Klemz, S., and Vanderploeg, R. D. 2000. Acute Impact of Severe Traumatic Brain Injury on Family Structure and Coping Responses. **Journal Head Trauma Rehabil** 15(5): 1113-1122.
- Daley, L. 1984. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. **Heart & Lungs** 13(5): 231-237.
- Derogatis, L. R. 1986. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). **Journal of Psychosomatic Research** 30: 77-91.

- Duff, D. L., and Wells, D. L. 1997. Postcomatose unawareness/vegetative state following Severe brain injury: a content methodology. **Journal of Neuroscience Nursing** 29(5): 305-317.
- Elliot, J., and Smith, D.R. 1985. Meeting family needs following severe head injury : A multidisciplinary approach. **Journal of Neurosurgical Nursing** 17(2): 111-113.
- Engli, M., Kirsivali-Farmer, K. 1993. Need of family members of critical ill patients with and without acute brain injury. **Journal of Neuroscience Nursing** 25(2): 78-85.
- Fawcett, J. 1975. The family as a living open system: An emerging conceptual framework for nursing. **International Nursing reviews** 32(4): 113-116.
- Friedman, M. M. 1998. **Family Nursing :Research, theory, & Practice**. 4th ed . Connecticut : Appleton & Lange.
- Frye, B. 1987. Head injury and the family: Related literature. **Rehabilitation Nursing** 12(3): 135-136.
- Gaglione, K. M. 1984. Assessing and intervening with families of CCU patients. **Nursing Clinics of North America** 19(3): 427-432.
- Griogo, L. C. 1993. Physiologic and psychologic factor related to depression in patients after myocardial infarction: A pilot study. **Heart & Lungs** 22(5): 392-400.
- Grossman, M. 1995. Received support and psychological adjustment in critically-injury patients and their family. **Journal of Neuroscience Nursing** 27(1): 11-33.
- Gouick, J., and Gentleman, D. 2004. The emotional and behavioural consequences of traumatic brain injury. **Trauma** 6: 283-292.
- Halm, H. A. 1992. Support and reassurance needs: Strategies for practice. **Critical Care Nursing Clinics of North America** 4(4): 633-643.
- Halm, M. A. 1990. Effect of support groups on anxiety of family member during critical illness. **Heart & Lungs** 19(1): 62-71.

- Hickey, M. 1993. Psychosocial needs of families. **Critical Care Nurse** 22(6): 61-65.
- Hopkins, A. G. 1994. The trauma nurse's role with families in crisis. **Critical Care Nurse** (2): 35-43.
- House, J. S. 1981. **Work stress and social support**. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., and Morton, P. G. 1998. **Critical Care Nurse: A holistic Approach**. Philadelphia : Lippincott.
- Jacobson, D. E. 1986. Types and timing of social support. **Journal of Health and Social Behavior** 27(2): 250-264.
- Jennett, B., and Teasdale, G. 1981. **Management of Head Injury**. Philadelphia: F.A.Davis.
- Johnson, L. H., and Robert, S. L. 1996. Hope Facilitating Strategies for the Family of The Head Injury Patient. **Journal of Neuroscience Nursing** 28(4): 259-267.
- Johnson, S. H. 1986. 10 ways to help the family of a critically ill patients. **Nursing** 16(1): 50-53.
- Kosciulek, J. E. 1997. Relationship of family schema to family adaptation to brain injury. **Brain Injury** 11(11): 821-830.
- Kozier, B., and Erb, G. 1983. **Fundamental of nursing: Conceptual and procedure**. 3rd ed. California: Addison-Wesley Publishing.
- Kreutzer, J. S., Kolakowsky-Hayner, S.A., Demm, S.R., and Meade, M.A. 2002. A Structured Approach to Family Intervention After Brain Injury. **Journal Head Trauma Rehabilitation** 17(4): 349-367.
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., and Kepler, K. 1992. Traumatic brain injury : Family response and outcome. **Arch Phys Med Rehabil** 73(8): 771-778.
- Lazarus, R. S. 1976. **PATTERNS OF ADJUSTMENT**. Japan: Mcgraw-Hill, Inc..
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. 1984. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publish Company, Inc..
- Leske, J. S. 1986. Needs of relatives of critically ill patient: A follow up. **Heart & Lungs** 15(2): 189-193.

- Leske, J. S. 2002. Intervention to decrease family anxiety; Protocols for practice applying research at the bedside. **Critical Care Nurse** 22(6): 61-65.
- Lust, B. L. 1984. The patient in the ICU: A family experience. **Critical Care Quarterly** 6(3): 49-57.
- McQuay, J. E. 1995. Support of families who had a loved one suffer a sudden injury, illness, or death. **Critical Care Nursing Clinics of North America** 7(3):541-547.
- Mathis, M. 1984. Personal needs of family members of critical ill patients with and without acute brain injury. **Journal of Neuroscience Nursing** 16(1): 36-44.
- Martin, K. M. 1994. Loss Without Death: A Dilemma for the Head-Injured Patient's Family. **Journal of Neuroscience Nursing** 26(6): 134-139.
- Maslow, A. 1970. **Motivation and personality**. 2nd ed. New York: Harpers and Row.
- Mauss-Clum, N., and Ryan, M. 1981. Brain Injury and the Family. **Journal of Neuroscience Nursing** 13(4): 165-169.
- Meijs, C. A. 1989. Care of family of the ICU patient. **Critical Care Nurse** 9(8): 42-44.
- Mishel, M. H. 1988. Uncertainty in Illness. **Journal of Nursing Scholarship** 20(4): 225-231.
- Mitchell, M. E., and Courtney, M. 2004. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. **Intensive and Critical Care Nursing** 20(4): 223-231.
- Molter, N. C. 1979. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. **Heart & Lungs** 8(2): 332-339.
- Oddy, M., and Herbert, C. 2003. Intervention with families following brain injury: evidence-based practice. **NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION** 3(1/2) : 259-273.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. **Nursing Research Principles and Methods**. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lipincott.

- Prevost, S. S. 1997. Fundamental concepts. In Hartshorn, J., Lamborn, M., and Noll, M.L. (ed.), **Introduction to critical care nursing**, pp. 12-19. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Reider, J. A. 1989. The relationship of family needs satisfaction and family coping strategies to family adjustment during the critical illness of a family member. **The Catholic University of America. DNSC: 237.**
- Rimel, R. W., Giordani, B., Barth, J. T., and Jane, J. A. 1981. Disability caused by minor head injury. **Neurosurgery 9(3): 221-228.**
- Rivara, J. B., Fay, G. C., Jaffe, K. M., Polissar, N. L., Shurtleff, H. A. and Martin, K. M. 1992. Predictors of Family Functioning One Year Following Traumatic Brain Injury in Children. **Arch Phys Med Rehabil 73(10): 899-910.**
- Rogers, P. M., and Kreutzer, J. S. 1984. Family Crisis Following Head Injury: A Network Intervention Strategy. **Journal of Neurosurgical Nursing 16(12): 343-346.**
- Roy, S. C., and Andrews, H. A. 1991. **The Roy Adaptation Model : The definitive Statement.** Connecticut : Applieton & Lange.
- Sherer, M., Sander, A. M., Nick, T. G., High, W. M., Malec, J. F., and Rosenthal, M. 2002. Early cognitive Status and Productivity Outcome After Traumatic Brain Injury: Findings From the TBI Model systems. **Arch Phys Med Rehabil 83(2): 183-192.**
- Taylor, C., Lillis, C., and LeMore, P. 1993. **Fundamental of nursing: The art and science of nursing care.** 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippicott.
- Teasdale, G., and Jennett, B. 1974. Assessment of coma and impaired consciousness. **THE LANCET 13(7): 81-83.**
- Testani-Dufour, L., Chappel-Aiken, L., and Gueldner, S. 1992. Traumatic Brain Injury : A Family Experience. **Journal of Neuroscience Nursing 24(6): 317-328.**
- Thoits, P. A. 1986. Social Support as Coping Assistance. **Journal of Consulting and Crinical Psychology 54(4): 416-423.**
- Tyerman, A., and Booth, J. 2001 Family interventions after traumatic brain injury: A service example. **NeuroRehabilitation 16: 59-66.**

- Wade, S. L., Taylor, H. G., Drotar, D., Stancin, T., and Yeates, K. O. 1998. Family Burden and Adaptation During the Initial Year After Traumatic Brain Injury in Children. *Pediatrics* 102(1): 110-116.
- Wade, S. L., Taylor, H. G., Drotar, D., Stancin, T., and Yeates, K. O. 2002. A Prospective Study of Long-Term Caregiver and Family Adaptative Following Brain Injury in Children. *Journal Head Trauma Rehabilitation* 17(2): 96-111.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., and Zarit, J. M. 1986. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: longitudinal study. *Gerontologist* 26(3): 260-266.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



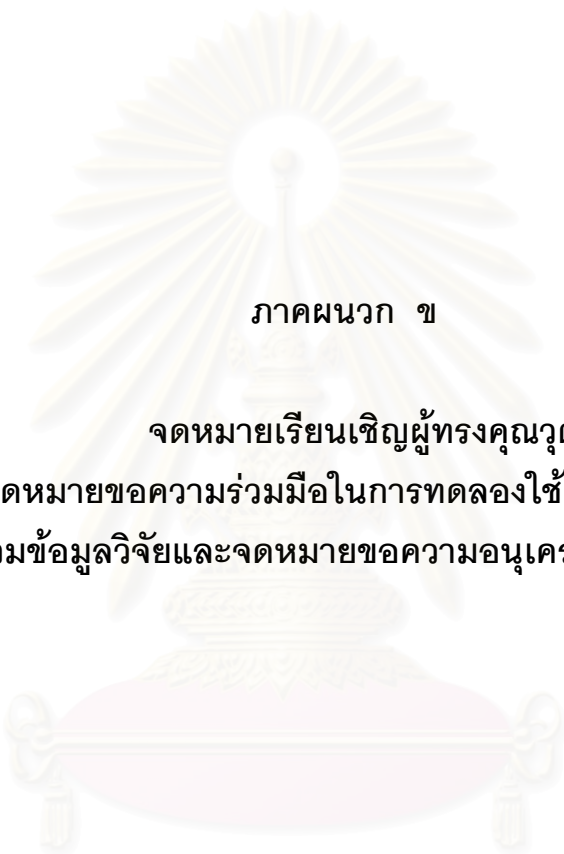
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
นพ. จำลอง กิตติวรเวช	ประสาทศัลยแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
รศ.พ.ต.ต.หญิง.ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร. รุ่งนภา พานิรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ. ทิพพาพร ตั้งอำนาจ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์.ดร. สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา
อาจารย์.ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยสหราชอาณาจักร
น.ส. อรชร มาลาหอม	ผู้ช่วยหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวมและ หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐาน โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
น.ส. ศศิธร ชำนาญผล	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
น.ส. พรนิภา เอื้อเบญจพล	ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและ
เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและจดหมายขอความอนุเคราะห์ถ่ายทำสื่อวีดิทัศน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์จำลอง กิตติวรเวช ประสาทศัลยแพทย์
2. นางสาวศศิธร ชำนาญผล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ
3. นางสาวอรชร มาลาหอม หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ / มาตรฐาน
และผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์จำลอง กิตติวรเวช, นางสาวศศิธร ชำนาญผล, นางสาวอรชร มาลาหอม

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9847

ชื่อนิสิต นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร โทร. 0-1879-6778, 0-9028-8278

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ตุลาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยใช้แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9847

ชื่อนิสิต นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร โทร. 0-1879-6778, 0-9028-8278

ที่ ศช 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2548

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ถ่ายทำสื่อวีดิทัศน์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

เนื่องด้วย นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ถ่ายทำสื่อวีดิทัศน์และเครื่องมือทางการแพทย์ ณ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในการจัดทำคู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขออนุเคราะห์ในการถ่ายทำสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

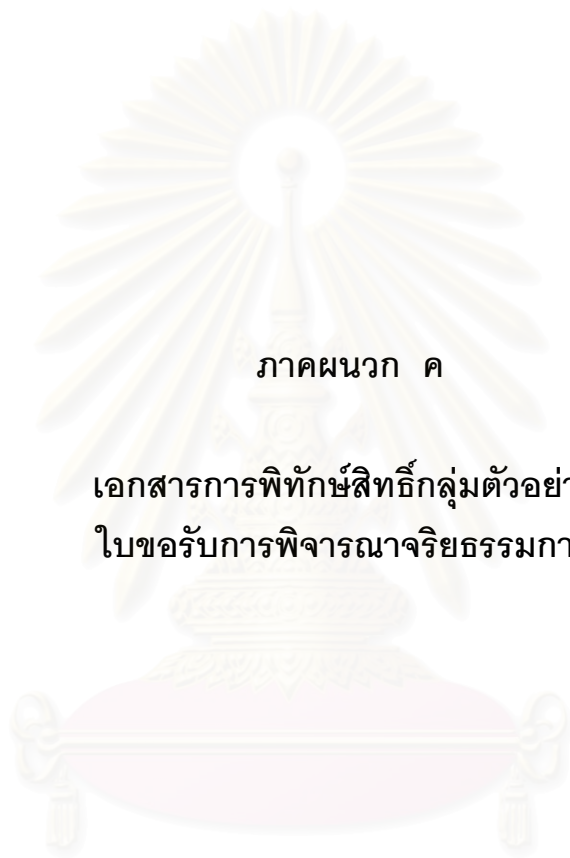
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, หัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9847

ชื่อนิสิต นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร โทร. 0-1879-6778, 0-9028-8278



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและ
ใบขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ
นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร ที่อยู่ 374/3 ถนนสรรพสิทธิ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัด
อุบลราชธานี 34000 นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของ
หนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุน
ความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งทราบ
ถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นและจะเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยเปิดเผยข้อมูลเป็นภาพรวมของผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการและเมื่อข้าพเจ้ายินยอมเท่านั้น

ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ ผู้เข้าร่วมวิจัย
..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (.....)
พยาน

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร)
ผู้วิจัยหลัก

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORTING PROGRAM ON ADJUSTMENT OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-4524-4973 ต่อ 1238 โทรศัพท์ที่บ้าน 0-4549-1439

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-1879-6778

สถานที่วิจัย ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

เหตุผลที่ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพราะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทยและพบว่านับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุดคือ “ศีรษะ” การบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ความรู้สึกตลอดจนพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เช่นเดิมและต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว จึงทำให้ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งที่พึ่งของผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะเช่นเดียวกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อมและเศรษฐกิจ ซึ่งหากครอบครัวไม่สามารถที่จะปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งระบบตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการหาวิธีการในการที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ที่มีญาติของท่าน (ผู้ป่วย) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในระยะต่อไปได้รวมทั้งยังรักษาภาวะสมดุลของระบบครอบครัวต่อไปได้

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้เข้าร่วมและผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติ การศึกษาคั้งนี้ จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยและได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ร่วมด้วย และยังเป็น การสนับสนุนความต้องการในด้านต่าง ๆ ของครอบครัวผู้เข้าร่วมอีกด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของ ครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งจัด กระทำต่อสาเหตุที่เป็นแรงผลักดันทำให้เกิดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะ และจะสามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ ได้มากขึ้น ส่งผลทำให้มีการดำรงความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพแวดล้อม และระบบในครอบครัวต่อไปได้ นอกจากนี้ยังสามารถแสดงบทบาทในการให้ การช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้โดยเร็ววัน และเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพต่อไป

รายละเอียดและขั้นตอนที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับ: ในงานวิจัย นี้จะคัดเลือกและแบ่งกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน แต่ละคนใช้เวลาในการศึกษาวิจัยนาน 3 วัน คือ

กลุ่มที่ 1 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในช่วง 3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษากจากพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้อง ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย กฎระเบียบของห้องผู้ป่วยหนักและเวลาในการเข้า เยี่ยมโดยใช้ป้ายประกาศหน้าห้องผู้ป่วยหนัก การอธิบายอาการของผู้ป่วยการตอบข้อซักถาม หรือข้อสงสัยทั่ว ๆ ไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลุ่มที่ 2 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในช่วง 3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษากจากพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ห้อง ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว จากผู้วิจัย ซึ่งเป็นกิจกรรมรายบุคคลดังนี้ การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล เป็นกิจกรรม การให้ข้อมูลที่ประกอบไปด้วยเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วย ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและ ข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่ง สนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวเช่น หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ฝ่ายสิทธิบัตร

เป็นต้น (วันละ 1 ครั้ง วันที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที วันที่ 2-3 ใช้เวลา 10 นาที) การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวลเป็นกิจกรรมที่มีการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกที่เป็นความเครียด ความวิตกกังวล ร่วมกับการให้คำแนะนำ (วันละ 2 ครั้งหลังการให้ข้อมูล 1 ครั้งและหลังการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยอีก 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที) การสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจและร่างกายการเช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า พุดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา (วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที) หลังการสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล

ข้อดีและความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นของการเข้าร่วมงานวิจัย

ข้อดี : การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์โดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและตัวของผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สามารถช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ การได้ระบายความเครียด ความวิตกกังวล และยังสามารถใกล้ชิดและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อไปได้ รวมทั้งยังปรับตัวให้ดำรงความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสภาพแวดล้อมได้

ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น : ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมและผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการโครงการวิจัยครั้งนี้ เพียงแต่ผู้เข้าร่วมในการวิจัยต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

ค่าใช้จ่าย : ผู้เข้าร่วมและผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและจะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

สิทธิในการงดเข้าร่วมงานวิจัย : ผู้เข้าร่วมในโครงการสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการรับการรักษาพยาบาล

การรักษาความลับ : ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจากการวิจัยในครั้งนี้ และอาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการวิจัยต่อไป



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ.....
ว.ศ.ป.....
เวลา.....

ส่วนราชการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร.3501กค40

ที่ กก.พิจารณาจริยธรรม/ 408/2548

วันที่ 28 ตุลาคม 2548

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 9/2548 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2548 ที่ประชุมได้พิจารณารายละเอียดในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการ ของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORTING PROGRAM ON ADJUSTMENT OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY) ของนางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร นิสิต ระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ประชุมพิจารณาโครงการฯ จึงเห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณา

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทักสมประดิษฐ์)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ใบรับรอง 064/2548

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORTING PROGRAM ON ADJUSTMENT OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

อนุมัติ ภายใต้เงื่อนไข คือ.....

สถาบันวิจัยมริธการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2130n อ.วิภาดา วัฒนศิริ
 ประธาน
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปริศนา ทักมประคิมฐ์)

.....เลขานุการ
 (ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 27 ตุลาคม 2548



ภาคผนวก ง

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 การแจกแจงของข้อมูลการปรับตัว

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		SUMPRES1	SUMPRES2	SUMPOS1	SUMPOS2
N		20	20	20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	91.9500	92.0500	94.0500	115.0000
	Std. Deviation	3.30032	3.88621	3.56112	5.98243
Most Extreme Differences	Absolute	.137	.126	.146	.098
	Positive	.125	.106	.084	.058
	Negative	-.137	-.126	-.146	-.098
Kolmogorov-Smirnov Z		.611	.564	.654	.439
Asymp. Sig. (2-tailed)		.849	.908	.786	.991

a Test distribution is Normal.

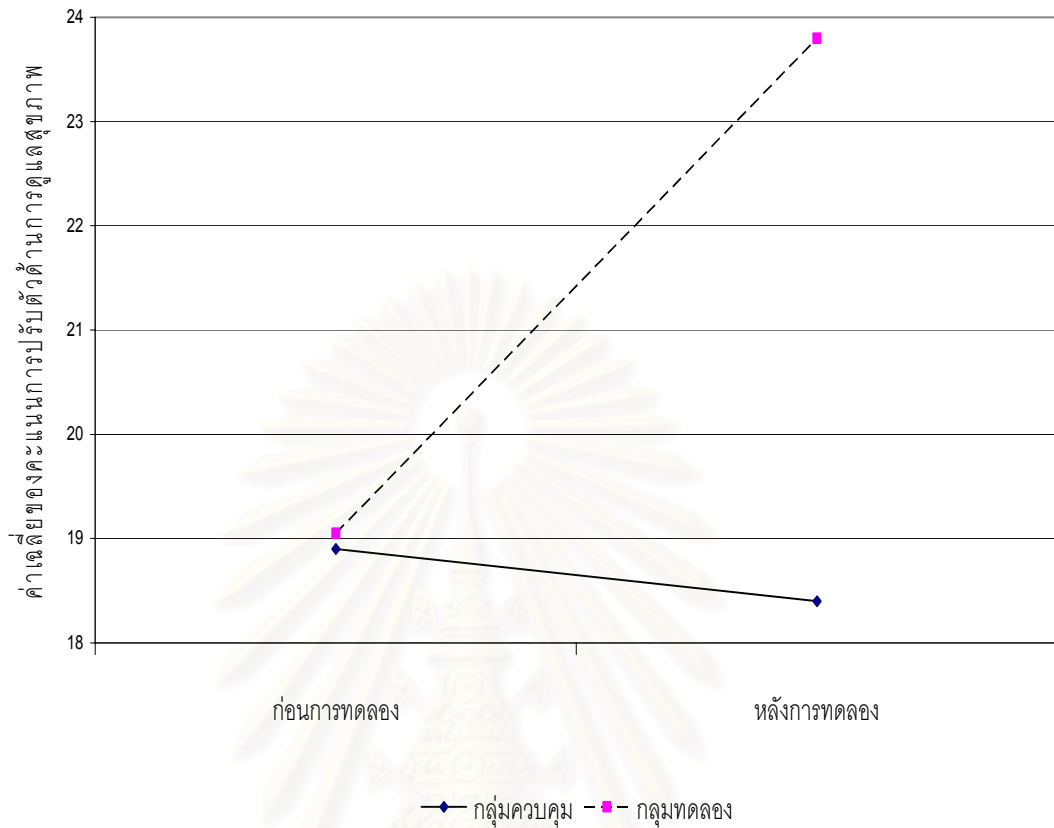
b Calculated from data.

จากตาราง พบว่าค่า Sig มากกว่าระดับนัยสำคัญ .05 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

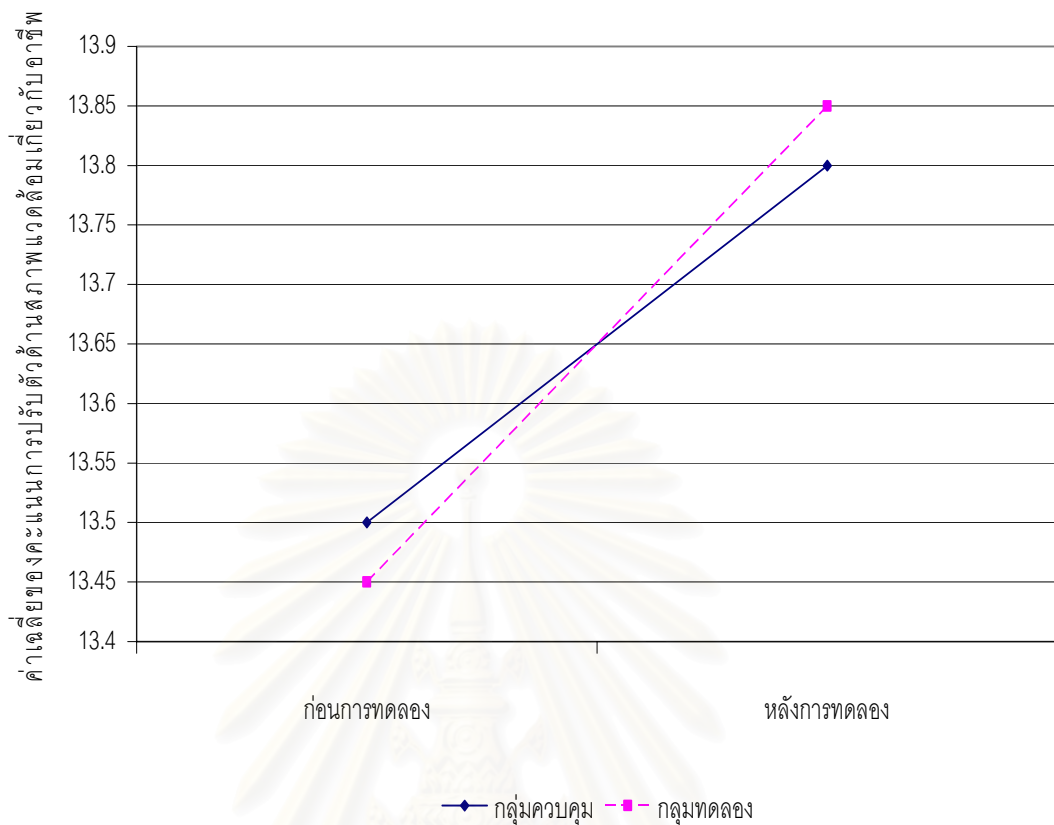
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัว ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ของคะแนนการปรับตัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนการปรับตัว			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	93	93	86	113
2	90	91	95	116
3	99	88	91	115
4	91	93	94	113
5	89	97	93	112
6	93	90	97	119
7	91	88	92	121
8	84	86	89	106
9	93	98	98	108
10	92	96	97	102
11	94	91	98	120
12	93	88	94	123
13	93	95	95	110
14	88	98	89	117
15	96	95	97	125
16	88	90	91	121
17	96	93	99	117
18	91	91	93	114
19	91	85	98	109
20	94	95	95	119
\bar{X}	91.95	92.05	94.05	115
SD	3.30	3.88	3.56	5.98



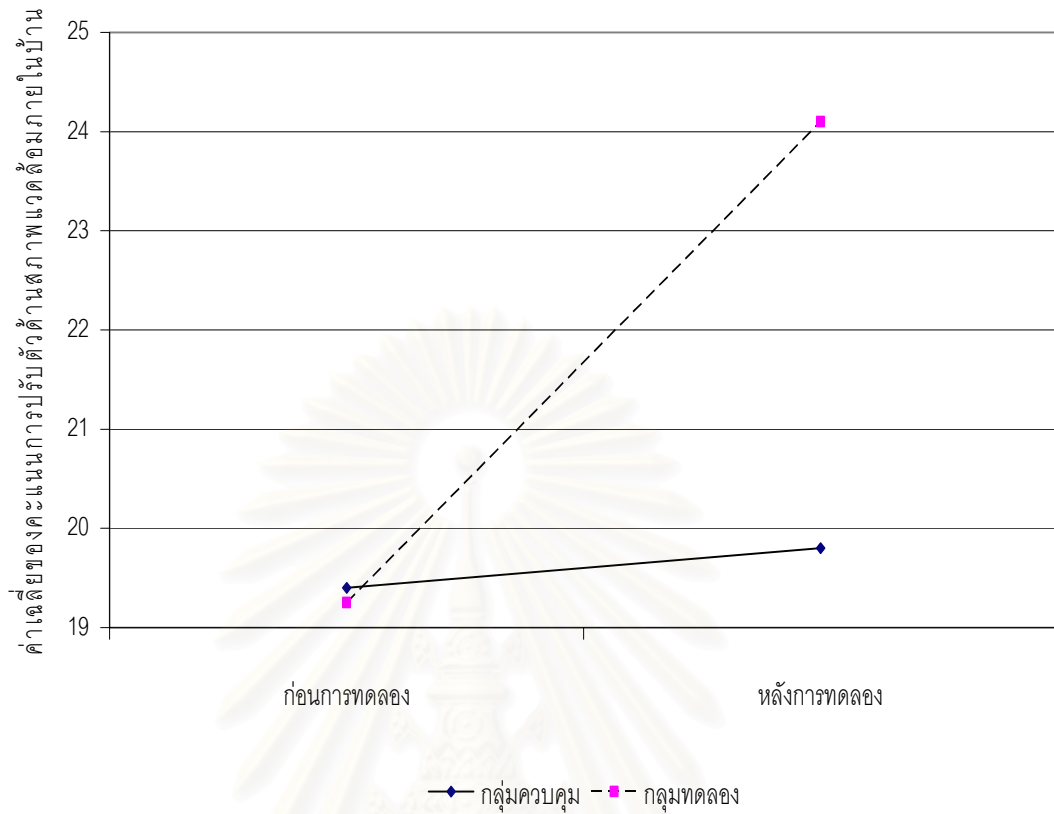
ภาพที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



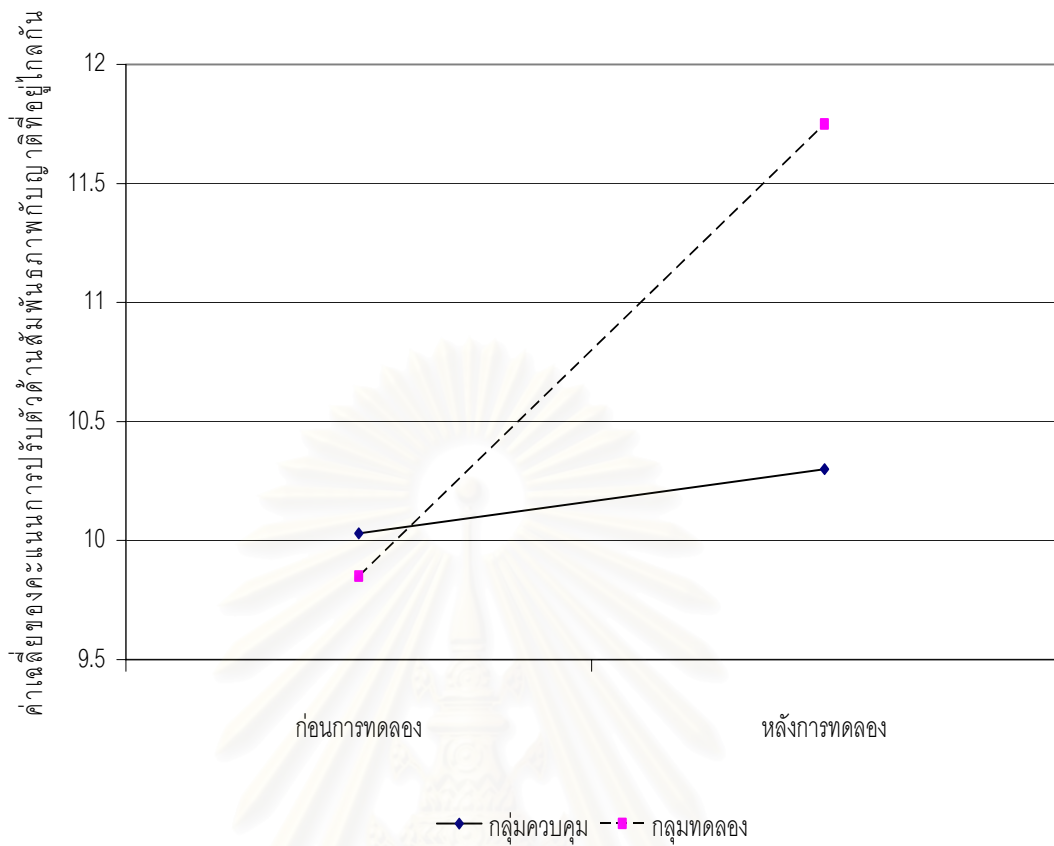
ภาพที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



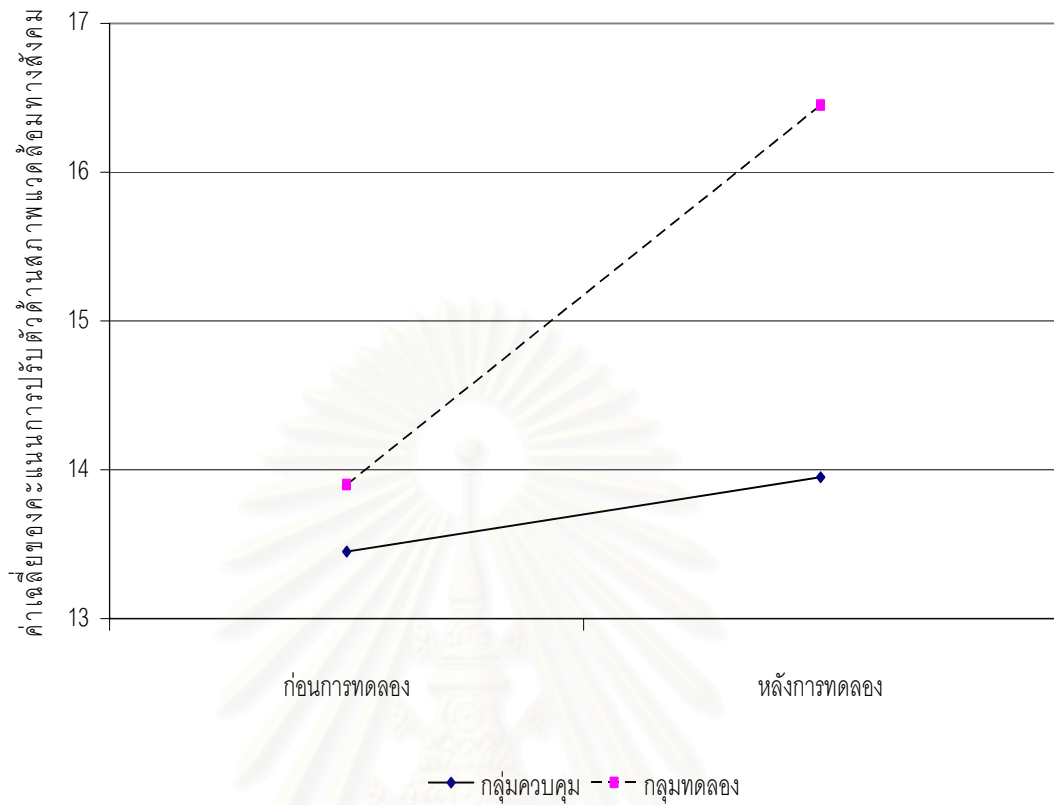
ภาพที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยขาดใจที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



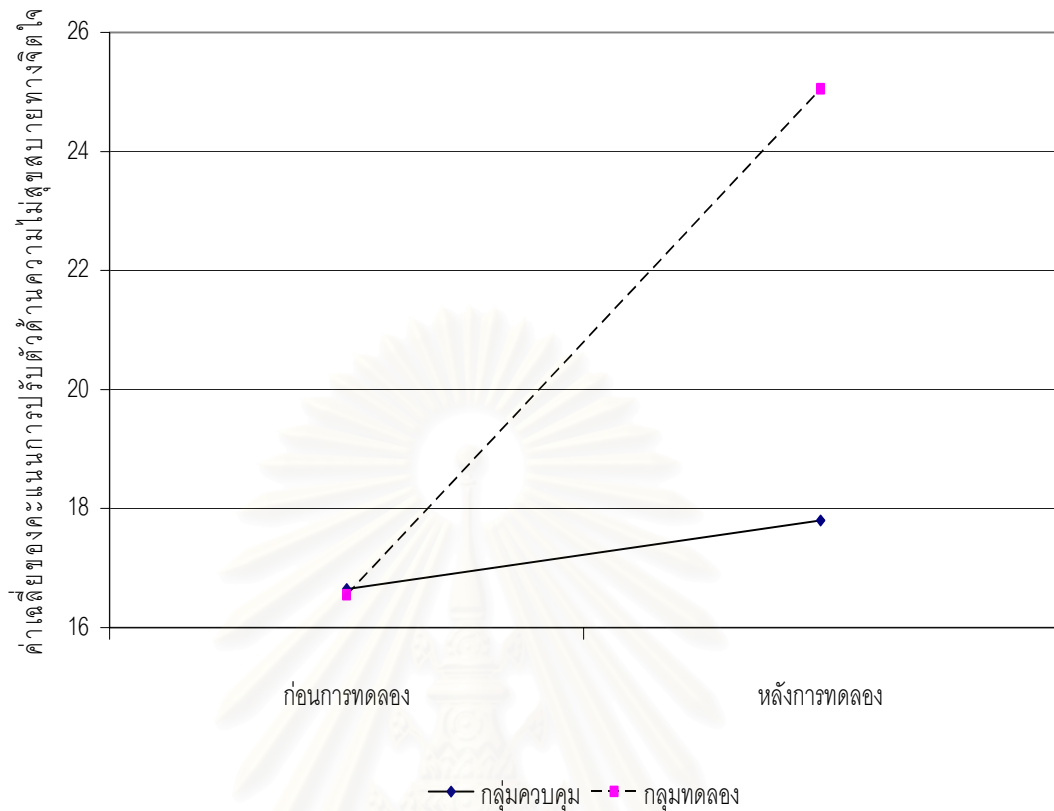
ภาพที่ 5 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ใกล้เคียงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านความไม่สบายทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อหรือเติมข้อความหรือตัวเลข ที่ตรงกับ
เป็นจริงของท่านลงในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่
() ม้าย () หย่า/แยกกันอยู่
4. อาชีพ () ทำนา/ทำไร่ () รับราชการ
() รับจ้าง () กำลังศึกษา
() ค้าขาย () อื่น ๆ ระบุ.....
5. การศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา 1-3
() มัธยมศึกษา 4-6 () อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
() ปริญญาตรีขึ้นไป
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
() บิดา () มารดา
() สามี () ภรรยา
() บุตร () พี่น้อง
() อื่น ๆ ระบุ.....

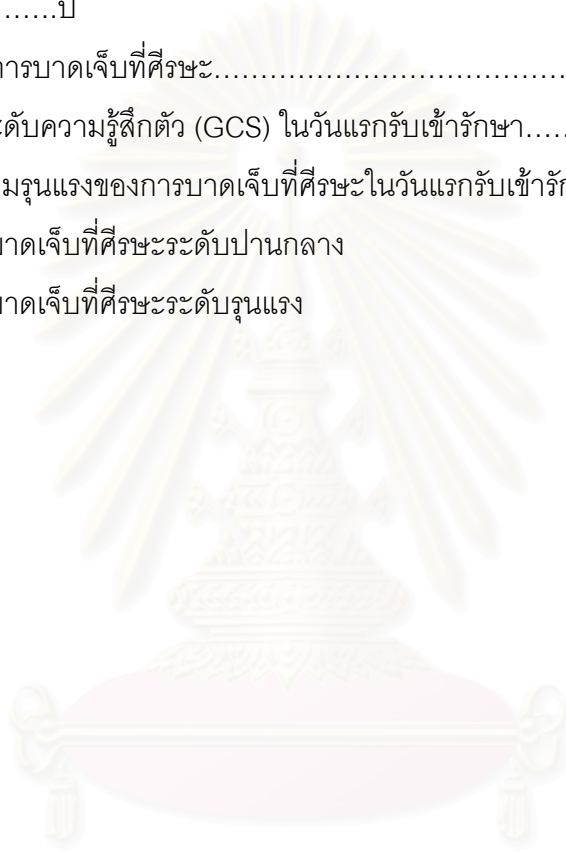
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ....

**แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ.....
4. คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษา.....
5. ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษา
() บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง
() บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง : กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกและพฤติกรรมของท่านมากที่สุด **ภายหลังที่มีสมาชิกในครอบครัวของท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ** โดยให้เลือกคำตอบเดียวและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

จริงที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
จริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่จริงที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก พฤติกรรมหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

ตัวอย่าง

ข้อความเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านภายหลังที่มีสมาชิกในครอบครัวของท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ	ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง	จริงที่สุด
ด้านการดูแลสุขภาพ 1. ท่านเอาใจใส่สุขภาพของท่านตลอดเวลา					✓

ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านภายหลังที่มีสมาชิกในครอบครัวของท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ	ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง	จริงที่สุด
ด้านการดูแลสุขภาพ					
1. ท่านเอาใจใส่สุขภาพของท่านตลอดเวลา					
.					
.					
ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ					
9. ท่านสามารถทำงานกับเพื่อนร่วมงาน/เรียนหนังสือกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนได้ตามปกติ					
.					
.					
ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน					
15. ท่านและสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือกันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในครอบครัว					
.					
.					
ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ไกลกัน					
23. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากญาติ ๆ ที่อยู่ไกลกัน					
.					
.					
ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม					
27. ท่านสามารถใช้เวลาว่างระหว่างวันหยุด/พักผ่อน ทักทายกับญาติผู้ปวดยรายอื่น ๆ					
.					
.					

ข้อความเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านภายหลังที่มีสมาชิกในครอบครัวของท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ	ไม่จริงที่สุด	ไม่จริง	ไม่แน่ใจ	จริง	จริงที่สุด
ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ					
33. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ					
.					
39. ท่านรู้สึกตนเองมีประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p><u>สนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล</u></p> <p>1) <u>การสร้างสัมพันธภาพ</u></p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>สิ่งที่ท่านจะได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้คือ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการและการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย แผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยพอสังเขป รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วย ลักษณะสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วย กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ภายในโรงพยาบาลที่ท่านสามารถปรึกษาได้ วิธีการที่ท่านสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นญาติของท่าน และท่านมีโอกาสจะเล่าเรื่องที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกที่ไม่สบายใจ รวมทั้งซักถามข้อสงสัย และร่วมกันในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำแก่ท่าน</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเอง บอกชื่อ-นามสกุล สถาบันการศึกษา และขอความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>		<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและอาการของผู้ป่วยพอสังเขป</p>	<p>2) ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ซึ่งได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว</p> <p>สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบมากในปัจจุบันเกิดจากอุบัติเหตุจราจร เช่น รถชนกัน ร่วงลงมาคือ ถูกตีที่ศีรษะ ตกจากที่สูง ถูกยิง ถูกฟัน และอื่น ๆ</p> <p>การตรวจวินิจฉัยทำได้หลายวิธี เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การตรวจทางรังสีวิทยา เป็นการถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ เพื่อดูรอยแตก รอยบิดเบี้ยวหรือหินปูนซึ่งจับกะโหลกศีรษะ 2) การบันทึกภาพเส้นเลือดในสมองด้วยสารทึบแสง เป็นการฉีดสารทึบแสง เข้าทางหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแล้วถ่ายภาพรังสีเป็นระยะ ๆ เพื่อหาพยาธิสภาพของหลอดเลือดขณะที่สารทึบแสงผ่าน 3) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มาใช้ร่วมกับเอกซเรย์ โดยการฉายรังสี X ไปยังศีรษะ คอมพิวเตอร์จะคำนวณข้อมูลออกมาเป็นตัวเลขหรือเป็นรูปภาพ ภาพที่ปรากฏเป็นภาพชุดของสมองที่ตัดเป็นแผ่น ๆ ในแนวตั้งฉากกับแนวลำตัว ตั้งแต่ฐานกะโหลกศีรษะจนถึงกระหม่อมตามลำดับ ทำให้ทราบความผิดปกติของสมอง เช่น เลือดออก 	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับสาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยพอสังเขป</p>	<p>ในสมอง ภาวะสมองบวม เป็นต้น</p> <p>แนวทางในการรักษา มีดังนี้ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การรักษาสาเหตุที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม เช่น ถ้าพบว่ามีก้อนเลือดที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองการรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดนั้นออก 2) การรักษาเพื่อป้องกันภาวะสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยการช่วยในเรื่องของการทำทางเดินหายใจให้สะดวกไม่มีการอุดตันซึ่งอาจใช้เครื่องช่วยหายใจช่วย การลดไข้ การจัดท่านอนถูกวิธีคือนอนศีรษะสูง 30-45 องศาไม่หักพับ งอและขาอไม่เกิน 90 องศา หรือการให้ยาลดสมองบวม เป็นต้น 3) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย <p>ขณะนี้ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป อาจจะมีอาการร่งวงง สับสน กระวนกระวาย และในบางคนอาจจะมีอาการไม่รู้สึกรู้ตัวได้ เป็นผลมาจากระดับความรุนแรง และตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการที่ไม่รู้สึกรู้ตัวอยู่ระยะหนึ่ง ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลที่เฉพาะและกำลังได้รับความช่วยเหลือ ดูแลรักษาจากทีมพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ มีความตั้งใจและเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติของท่าน อย่างเต็มที่สุดความรู้ความสามารถ โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น.....อาการ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกี่ยวกับการรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับการรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ทราบถึงการพยาบาลต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ</p>	<p>ของผู้ป่วยขณะนี้คือ.....แผนการรักษาและการให้การพยาบาลที่ได้รับคือ..... เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยขณะนี้คือ.....</p> <p>4). ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ</p> <p>1. ด้านร่างกาย</p> <p>1.1 มีการประเมินทางระบบประสาท ประกอบด้วยการวัดระดับความรู้สึกตัว ขนาดของรูม่านตา ปฏิกริยาของรูม่านตาต่อแสง และสัญญาณชีพที่ประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร การหายใจ และการวัดความดันโลหิต ทุก 1 ชม. เพื่อประเมินและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>1.2 การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบนเตียงวันละ 2 ครั้ง คือ เช้า เวลา 05.00 น. และกลางวัน เวลา 13.00 น.</p> <p>1.3 การให้อาหารทางสายยางกรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</p> <p>1.4 การให้ยาซึ่งมีทั้งยารับประทาน (อาจให้ทางสายยาง) และยาฉีดต่าง ๆ ตามเวลาและแผนการรักษา</p> <p>1.5 การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และทำให้ปอดมีการขยายตัวและระบายอากาศได้เต็มที่</p> <p>1.6 การจัดให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา โดยศีรษะและคอไม่ก้มหรือเอนมากเกินไป เพื่อส่งเสริมการไหลกลับของเลือดจากสมองเป็นการ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลด้านร่างกายที่</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>ลดและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง</p> <p>1.7 การทำทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะออกใน ขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ด้วยการใส่สายยางสำหรับดูดเสมหะที่ต่อกับเครื่องดูดเสมหะ โดยใส่สายดูดเสมหะแต่ละครั้งใช้เวลา 10-15 วินาที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอเป็นการป้องกันการภาวะสมองบวม จากการขาดออกซิเจน</p> <p>1.8 การป้องกันอุบัติเหตุ โดยการยกไม้กั้นเตียงและยึดข้อมือ ข้อเท้า หรือลำตัวผู้ป่วยไว้ เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป กระวนกระวาย เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อุปกรณ์ตกเตียงหรือดึงท่อช่วยหายใจ และสายน้ำเกลือ เป็นต้น</p> <p>1.9 เมื่อมีไข้ทำการเช็ดตัวลดไข้ ไม่ห่มผ้าและเป่าด้วยพัดลม เพราะถ้าผู้ป่วยมีไข้จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มและทำให้เกิดภาวะสมองบวมมากขึ้น</p> <p>1.10 การทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อเพื่อควบคุมการติดเชื้อซึ่งจะเข้าสู่ร่างกายจากบาดแผลที่ฉีกขาด กะโหลกแตก</p> <p>1.11 การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะน้ำเกินซึ่งจะมีผลทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ทราบถึงสภาพบุคลากร สภาพแวดล้อม และกฎระเบียบข้อบังคับของห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1</p>	<p>2. ด้านจิต-สังคม</p> <p>2.1 การบอกการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรู้สึกรก็ตาม</p> <p>2.2 เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</p> <p>2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p>3. ด้านจิตวิญญาณ เป็นการเปิดโอกาสให้ทำพิธีทางศาสนาตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อการรักษา เช่น การทำพิธีเรียกขวัญหรือผูกข้อมือผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>5) <u>ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วย</u> ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท1,ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2อยู่ชั้น 4 ตึกอุบัติเหตุวิซิต มีประตู 1 ชั้น ส่วนห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ อยู่ตึก 1 ชั้น 1 มีประตู 2 ชั้น เมื่อผ่านประตูเข้ามาท่านสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่ต้องเปลี่ยนรองเท้าหรือใช้เสื้อคลุมภายในห้องผู้ป่วย ได้มีการติดเลขลำดับเตียงไว้ที่หัวเตียงและป้ายชื่อผู้ป่วยพร้อมทั้งชื่อแพทย์เจ้าของไข้ไว้ที่ปลายเตียงแพทย์และพยาบาลจะคอยให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชม. เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทำความสะอาด โดยทีมพยาบาลทั้งหมดจะแต่งกายด้วยชุดพยาบาล มีชื่อและตำแหน่งติดปักไว้ที่หน้าอกเสื้อด้านขวา ผู้ช่วยเหลือ</p>	<p>ผู้วิจัยสนับสนุนด้านข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการให้ดูสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รู้จักเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในห้องผู้ป่วย</p>	<p>คนไข้ที่เป็นผู้หญิงแต่งกายด้วยชุดสีฟ้า ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เป็นชายแต่งกายด้วยเสื้อสีขาวกางเกงสีดำและพนักงานทำความสะอาดแต่งกายด้วยชุดสีเทา ทีมพยาบาลจะผลัดกันดูแลผู้ป่วยเป็น 3 ผลัด คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เวรเช้าประกอบด้วยพยาบาล 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และคนงาน 1 คน เวรบ่ายและเวรดึกประกอบด้วยพยาบาล 3 คน และคนงาน 1 คน</p> <p>ทีมพยาบาลจะคอยให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วและต่อเนื่อง ประสานงานกับบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพและประสานงานกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้ทราบกรณีผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมหรือแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น</p> <p>6). <u>ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย</u></p> <p>เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในห้องผู้ป่วยหนักที่คุณจะได้เห็นหลายอย่างคือ</p> <p>1. เครื่องช่วยหายใจ มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่หรือสี่เหลี่ยมขนาดเล็กสี่เหลี่ยม ตั้งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย มีสายต่อกับท่อช่วยหายใจซึ่งอยู่ที่ปาก จมูกหรือคอของผู้ป่วย เครื่องนี้จะมีเสียงดังตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย จะใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองหรือหายใจได้เองแต่ไม่เพียงพอ และหยุดใช้เครื่องนี้เมื่อผู้ป่วยสามารถ</p>	<p>ผู้วิจัยสนับสนุนด้านข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการให้ดูสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรู้จักและสามารถหาแหล่งประโยชน์</p>	<p>หายใจได้เอง</p> <p>2. เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร ความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย และความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องนี้จะวางอยู่ด้านบนเหนือเตียงหรือวางอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย จอภาพของเครื่องจะแสดงภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตัวเลขแสดงอัตราซีพจร ตัวเลขแสดงความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย และความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีสัญญาณเสียงและสัญญาณไฟกระพริบเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้เจ้าหน้าที่วางแผนให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ เครื่องนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแต่อย่างใด</p> <p>3. เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลวเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา น้ำเกลือชนิดพิเศษ หรือสารเหลวอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมให้ได้ปริมาณที่ถูกต้องที่สุด เครื่องนี้จะมีลักษณะสีเหลี่ยมติดอยู่กับเสาน้ำเกลือข้างเตียงผู้ป่วย</p> <p>7). <u>ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม</u></p> <p>สำหรับแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาลที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการแก้ปัญหาที่ท่านมีและกำลังเผชิญอยู่นั้นได้แก่ แพทย์/พยาบาล ในห้องผู้ป่วยที่ญาติท่านพักรักษาตัวอยู่, หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่ท่านมีปัญหาด้านการเงิน/การติดต่อญาติ, ฝ่ายสิทธิบัตรที่ประกอบด้วย ฝ่าย พ.ร.บ. รถ ที่จะให้คำแนะนำและติดต่อประสานงานกับบริษัทประกันภัยในกรณีการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจาก</p>	<p>ผู้วิจัยสนับสนุนด้านข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยการให้ดูสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมภายในโรงพยาบาล</p>	<p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร ความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย และความดันโลหิตอัตโนมัติ</p> <p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับเครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลว</p> <p>สื่อวีดิทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับหน่วย งานสังคมสงเคราะห์, หน่วยงานสิทธิบัตร (พ.ร.บ. รถ, ฝ่ายประกันสังคม, ฝ่ายบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า, แผนกธุรการ), หน่วย</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>อุบัติเหตุจากรถ ฝายประกันสังคมในกรณีผู้ป่วยใช้สิทธิ์ประกันสังคม ฝายบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรณีผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแผนกฉุกเฉินในกรณีผู้ป่วยใช้สิทธิ์ทางราชการหรือมีปัญหาข้อผิดพลาดเกี่ยวกับชื่อ-นามสกุลหรือที่อยู่ของผู้ป่วย, หน่วยจิตวิทยา หากท่านมีความวิตกกังวล ความเครียด รู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมากท่านสามารถพูดคุยกับนักจิตวิทยาเพื่อให้ท่านได้คลายความวิตกกังวล ความเครียด หรือความรู้สึกไม่สบายใจนั้น และสำหรับสถานที่บริการอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้แก่</p> <p><u>ห้องน้ำสำหรับญาติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ชั้น 2 ด้านหน้าลิฟต์ตึกอุบัติเหตุจิต - ชั้น 1 ตรงข้ามกับบันไดด้านทิศตะวันออกของตึกหม่อมเจียงคำ <p>ชั้น 1-4 บริเวณแผนกผู้ป่วยนอกตึก 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ (เฉพาะในเวลาราชการ)</p> <p><u>ที่พักสำหรับญาติ</u> กรณีที่ญาติไม่มีที่พักสามารถติดต่อที่พักชั่วคราวได้ที่ร้านค้าหรือห้องพักบริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังโรงพยาบาล</p> <p><u>สถานที่ขายอาหาร</u> อยู่บริเวณชั้น 1 ตึกอุบัติเหตุจิต</p> <p><u>สถานที่พักผ่อนและดูโทรทัศน์ตลอด 24 ชม.</u> อยู่บริเวณลานบุษบัน (ระหว่างตึก 1 และตึก 2)</p> <p><u>ลานบุษบก</u> อยู่บริเวณชั้น 1 ตึก 1 ประดิษฐานพระพุทธรูป</p>		<p>จิตเวช</p> <p>สื่อวีดีทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับห้องน้ำในโรงพยาบาล</p> <p>สื่อวีดีทัศน์แสดงภาพและเสียงเกี่ยวกับที่พักญาติ สถานที่ขายอาหาร ลานบุษบัน และ ลานบุษบก</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ คับข้องใจ และซักถามปัญหา ข้อสงสัย เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนการสนับสนุนด้านข้อมูล</p>	<p>การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล</p> <ol style="list-style-type: none"> หลังจากให้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยพูดคุยและเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและพูดคุยถึงปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในครั้งนี้ ให้กำลังใจโดยผู้วิจัยบอกกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะว่า “ คุณเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม ความไม่สบายใจของคุณอาจจะส่งผลถึงตัวผู้ป่วยได้ หากคุณมีความไม่สบายใจก็สามารถพูดคุยกับดิฉันได้ ดิฉันพร้อมที่จะรับฟังปัญหาและความไม่สบายใจของคุณ และให้คุณมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นญาติของคุณจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด อย่างเต็มความรู้ความสามารถจากแพทย์และพยาบาล โดยที่ท่านสามารถพบหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยในตอนเช้าของทุกวัน โดยแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยคือและพยาบาลที่ดูแลก็มีความรู้ความชำนาญในการดูแลญาติของคุณให้ดีที่สุด นอกจากนี้ แพทย์และพยาบาลทุกคนยังพร้อมที่จะให้คำตอบในข้อสงสัยของท่านและอยู่เป็นกำลังใจข้าง ๆ ท่านด้วยความเต็มใจ และท่านยังสามารถโทรศัพท์สอบถามอาการได้ตลอด 24 ชั่วโมง” 	<p>ผู้วิจัยพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในสถานที่ที่จัดเป็นส่วนตัวเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกรวมทั้งความต้องการในด้านต่าง ๆ ของครอบครัว โดยผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจ สนใจ มองหน้าและสบตาขณะพูดคุย แสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจด้วยความเต็มใจ และพูดคุยให้กำลังใจและความมั่นใจแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>		<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้ลงมือปฏิบัติ รวมทั้งเกิดความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองที่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย</p> <p>คุณควรล้างมือก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเมื่อท่านสัมผัสผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้นานนำเชื้อโรคมายังผู้ป่วย</p> <p>1. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่รู้สึกตัว ท่านสามารถสัมผัสผู้ป่วย เรียกชื่อผู้ป่วยเบา ๆ บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าท่านมาเยี่ยม พูดคุยตามอาการผู้ป่วย เช่น “รู้สึกเจ็บตรงไหนหรือเปล่า” “หิวน้ำ/หิวข้าวไหม” “เหนื่อยไหม” ฯลฯ และพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ เช่น “ทุกคนที่บ้านสบายดีและเอาใจช่วยให้คุณหายเร็ว ๆ”</p> <p>2. การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย คุณสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และดีใจ มีกำลังใจที่ได้รับ ความสนใจและดูแลจากบุคคลที่รัก แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม ดังนี้</p> <p>2.1 การเช็ดหน้า เช็ดตัวให้ผู้ป่วย</p> <p>2.1.1 เตรียมอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วย กาละมังน้ำ 1 ใบ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 2 ผืน ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขวางเตี๋ยง 1 ผืน (ขอได้จากเจ้าหน้าที่)</p> <p>2.1.2 บอกให้ผู้ป่วยทราบแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม</p> <p>2.1.3 คลุมผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขวางเตี๋ยงบนหน้าอกผู้ป่วย</p> <p>2.1.4 ใช้มือจุ่มในน้ำเพื่อทดสอบว่าน้ำไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป</p>	<p>ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการเรียกและพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวก็ตาม พร้อมกับ การได้ใกล้ชิดและกำลังใจผู้ป่วย โดยการสัมผัสปลอบโยนผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้</p> <p>ผู้วิจัยแนะนำและสาธิตการปฏิบัติ และร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกระทำ</p> <p>กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายในแต่ละกิจกรรม</p> <p>เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัยเป็นระยะ ๆ</p>	<p>กระดาษน้ำ 1 ใบ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 2 ผืน ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขวางเตี๋ยง 1 ผืน</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกต การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย</p> <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการ แสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>2.1.5 นำผ้าเช็ดตัวผืนเล็กผืนที่ 1 ชุบน้ำบิดพอหมาดพันรอบมือและเก็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้าสะบัดไปมาเวลาถูผิวหนังผู้ป่วย เริ่มเช็ดตาผู้ป่วยทีละข้าง โดยเช็ดจากหัวตาไปหางตาที่ตาทั้งสองข้าง</p> <p>2.1.6 บีบผ้าพอหมาด แล้วพันรอบมือเหมือนเดิม เช็ดใบหูทั้งสองข้าง และลำคอทั้งด้านหน้า ด้านข้างและด้านหลัง</p> <p>2.1.7 นำผ้าเช็ดตัวผืนเล็กผืนที่ 2 ชุบน้ำบิดพอหมาดพันรอบมือเหมือนเดิม เช็ดที่มือ แขน ลำตัวและบริเวณขาให้ผู้ป่วย *ในกรณีที่ผู้ป่วยมีบาดแผลให้หลีกเลี่ยงการเช็ดบริเวณบาดแผลนั้น และหากผู้ป่วยมีเลือดออกจากทางจมูก ทางหูท่านสามารถเช็ดคราบเลือดที่แห้งนั้นให้สะอาดได้แต่ห้ามใช้ผ้าหรือสำลีอุดไว้โดยเด็ดขาดเพราะจะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้*</p> <p>2.2 การหวีผมให้ผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัด)</p> <p>2.2.1 ใช้ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาววางเตี๋ยวางไว้ใต้ศีรษะผู้ป่วย</p> <p>2.2.2 ใช้หวีค่อย ๆ หวีผมของผู้ป่วยช้า ๆ เบา ๆ</p> <p>2.2.3 ขณะที่หวีผมให้ผู้ป่วยกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพูดคุยกับผู้ป่วยด้วย</p> <p>2.2.4 เอาผ้าที่รองศีรษะผู้ป่วยไว้ออกเมื่อหวีผมเสร็จโดยไม่สะบัดผ้าเพราะจะทำให้เศษผมฟุ้งกระจายรบกวนผ้าและนำเศษผมไปทิ้งลงถังขยะ</p>	<p>เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัยเป็นระยะ ๆ</p>	<p>หวี ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี๋ย 1 ผืน</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>*การหิวผมนี้ให้หลีกเลี่ยงการหิวบริเวณที่มีบาดแผล*</p> <p>2.3 การช่วยออกกำลังให้ผู้ป่วย</p> <p><u>การออกกำลังข้อมือและนิ้วมือ</u></p> <p>2.3.1 ให้ท่านยืนข้างเตียงผู้ป่วยจากนั้นให้ท่านใช้มือทั้งสองข้างจับมือผู้ป่วยไว้ กำและแบมือของผู้ป่วย สลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง</p> <p>2.3.2 ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะหงายมือและเหยียดนิ้วทั้ง 5 ออก จากนั้นให้ท่านดัดนิ้วมือทั้ง 5 ของผู้ป่วยให้โค้งลงไปทางด้านหลังมือในลักษณะท่าจำและดัดขึ้นไปในทิศทางตรงกันข้าม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง</p> <p>2.3.3 ให้ท่านกางนิ้วมือของผู้ป่วยออก จากนั้นหมุนนิ้วมือของผู้ป่วยเป็นวงรีรอบ ๆ ทีละนิ้ว</p> <p>2.3.4 ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงคว่ำมือลง แล้วใช้ฝ่ามือของท่านรองรับบริเวณฝ่ามือของผู้ป่วย ดันฝ่ามือของผู้ป่วยขึ้นให้หลังมือโค้งเข้าหาปลายแขน แล้ววางลงกลับสู่ท่าเดิม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง</p> <p>2.3.5 ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงคว่ำมือลง จากนั้นให้ท่านจับมือผู้ป่วยโยกไปทางขวาและซ้ายทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 10 ครั้ง/ข้าง</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p><u>การออกกำลังกายข้อเท้าและนิ้วเท้า</u></p> <p>2.3.6 ให้ท่านวางขาผู้ป่วยบนเตียงในท่าที่เหยียดตรง โดยที่ ท่านยื่นบริเวณเข่าผู้ป่วย จากนั้นใช้มือข้างหนึ่งสอดไว้ใต้เข่าผู้ป่วย ส่วน มืออีกข้างรองรับบริเวณสันเท้า</p> <p>2.3.7 ให้ท่านงอเข่าผู้ป่วยขึ้นไปทางทรวงอกของผู้ป่วย แล้วดึง เข่ากลับและวางในตำแหน่งเดิม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 10 ครั้ง/ข้าง</p> <p>2.3.8 ให้ท่านกางขาผู้ป่วยออกจากขาอีกข้าง พยายามรักษา ข้อเข่าให้เหยียด และนิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้นเสมอ จากนั้นให้ท่านเคลื่อนขา ผู้ป่วยกลับในตำแหน่งเดิม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง</p> <p><u>การออกกำลังข้อเท้าและนิ้วเท้า</u></p> <p>2.3.9 ให้ท่านยืนที่ปลายเตียงผู้ป่วย จากนั้นให้ท่านใช้มือข้าง หนึ่งประคองฝ่าเท้าของผู้ป่วยและใช้มืออีกข้างหนึ่งดันเท้าของผู้ป่วยให้หลัง เท้าโค้งเข้าหาขาตักบนแล้วเหยียดกลับในทิศทางตรงข้าม ทำสลับกันไป เรื่อย ๆ 15-30 ครั้ง/ข้าง</p> <p>2.3.10 ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งประคองฝ่าเท้าของผู้ป่วยและใช้ มืออีกข้างหนึ่งหมุนนิ้วเท้าของผู้ป่วยเป็นวงรีทีละนิ้ว</p> <p>2.3.11 ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับบริเวณข้อเท้าของผู้ป่วยให้ ตั้งอยู่กับที่แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งจับบริเวณข้อมเท้าของผู้ป่วย หมุนเท้าของ ผู้ป่วยเป็นวงรอบ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ คับข้องใจและซักถามปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความรู้สึกเครียดและสามารถใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ได้</p>	<p>การสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจการระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดสถานที่และเวลาในการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจากที่ได้เข้าเยี่ยมและได้รับการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกเกี่ยวกับที่ได้มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ เช่น “ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความห่วงใยและสิ่งที่คุณได้ทำให้เขาในวันนี้แม้ว่าเขาจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม” 3. การให้คำปรึกษาและหาแนวทางในการแก้ปัญหา <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะค้นหาปัญหาโดยผู้วิจัยถามว่า “การเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ทำให้เกิดปัญหาอะไรกับคุณและครอบครัวบ้าง” 3.2 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้วิจัยถามว่า “คุณคิดว่าปัญหาใดมีความสำคัญกับคุณและครอบครัวมากที่สุด เพราะอะไร และปัญหาใดมีความสำคัญรองลงมา” 3.3 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยพูดคุยและถามว่า “ในปัญหาที่คุณคิดว่าสำคัญ 	<p>ผู้วิจัยพูดคุยกับในสถานที่ที่จัดเป็นส่วนตัวเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกโดยผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจ สนใจ มองหน้าและสบตาขณะพูดคุย แสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจด้วยความเต็มใจ และพูดคุยให้กำลังใจและความมั่นใจแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>		<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>นั้นคุณคิดว่าคุณมีทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง มีปัญหาใดที่ดิฉันหรือทางโรงพยาบาลพอจะช่วยให้"</p> <p>3.4 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพิจารณาข้อดีและข้อเสียของทางเลือกในการแก้ปัญหา</p> <p>3.5 ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะช่วยกันสรุปวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>4. ผู้วิจัยปลอบใจและให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยท่าทีที่เป็นมิตร</p>			

คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



จัดทำโดย

นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คำนำ

คู่มือสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล่มนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ประกอบไปด้วยเรื่องบาดเจ็บที่ศีรษะ สาเหตุ การประเมินความรุนแรง การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา ลักษณะและสภาพแวดล้อมภายในห้องผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วยหนัก แหล่งประโยชน์ที่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัว บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สำคัญยิ่งต่อความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และคู่มือนี้ต้องใช้ร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติและวางแผนจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายละเอียด เนื้อหาจากคู่มือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาคณะความรู้ของวิชาชีพพยาบาล อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัวต่อไป

นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำจำกัดความของการบาดเจ็บที่ศีรษะและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ

1. มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระเทือน
2. ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก
3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวแม้เพียงชั่วขณะ

ดังนั้น การบาดเจ็บที่ศีรษะจึงเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรง

ภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ซึ่งได้แก่
หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และหลอดเลือดภายในกะโหลก
ศีรษะ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี
เปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว



สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบบ่อยในปัจจุบัน เกิดจากอุบัติเหตุจากรถ
ร่วงลงมาคือ การถูกตีที่ศีรษะ ตกจากที่สูง การถูกยิง ถูกฟัน และอื่น ๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ

เป็นการประเมินความรู้สึกตัวของ โดยจะประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน
ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งประกอบด้วย

1. การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด คะแนนเต็ม 6 คะแนน
2. การพูดที่ดีที่สุด คะแนนเต็ม 5 คะแนน
3. การลืมตา คะแนนเต็ม 4 คะแนน

การบันทึกระดับความรู้สึกตัวเป็นค่าคะแนน โดยใช้คะแนนตาม
พฤติกรรมที่แสดงออกทั้ง 3 ด้าน ซึ่งมีคะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน แสดง
ว่าระดับความรู้สึกตัวปกติ และคะแนนต่ำสุดคือ 3 คะแนน การประเมิน
ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนี้จะกระทำโดยแพทย์และ
พยาบาล

ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลรวมของคะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกทั้ง 3 ด้าน จะบอกระดับ
ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะดังนี้

1. บาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับ
ความรู้สึกตัวอยู่ในช่วง 13-15 คะแนน
2. บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี
ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในช่วง 9-12 คะแนน
3. บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับ
ความรู้สึกตัวอยู่ในช่วง 3-8 คะแนน

การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. การตรวจทางรังสีวิทยา
2. การบันทึกภาพเส้นเลือดในสมองด้วยสารทึบแสง
3. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์



การรักษา

1. การรักษาสาเหตุที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม คือ
ถ้าพบว่ามีก้อนเลือดที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองการรักษาที่ดีที่สุด
คือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดนั้นออก
2. การรักษาเพื่อป้องกันภาวะสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยการ
ช่วยในเรื่องของการทำทางเดินหายใจให้สะดวกไม่มีการอุดกั้น การลดไข้ การจัดทำนอนถูกวิธี
คือนอนศีรษะสูง 30-45 องศาไม่หักพับ งอและขาอไม่เกิน 90 องศา หรือ การให้ยาลด
สมองบวม เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อาจจะมีอาการง่วงงง สับสน กระวนกระวาย และในบางคนอาจมีอาการไม่รู้สึกรู้ตัวได้ เป็นผลมาจากระดับความรุนแรง และตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการที่ไม่รู้สึกรู้ตัวอยู่ระยะหนึ่ง ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลที่เฉพาะและกำลังได้รับความช่วยเหลือ ดูแลรักษาจากทีมพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ มีความตั้งใจและเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติของท่าน

กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย

1. การประเมินอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง
2. การทำความสะอาดร่างกายบนเตียงวันละ 2 ครั้ง คือ เช้าเวลา 05.00 น. และกลางวันเวลา 13.00 น.
3. การให้อาหารทางสายยางในกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
4. การให้ยาซึ่งมีทั้งยารับประทาน (อาจให้ทางสายยาง) และยาฉีด
5. การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
6. การจัดให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา เป็นการลดและป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

7. การดูแลเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่งเป็นการป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจ ปอดอักเสบและภาวะขาดออกซิเจนซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองบวม

8. การป้องกันอุบัติเหตุ โดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นและยึดตรึงข้อมือ ข้อเท้า หรือลำตัวผู้ป่วยไว้ เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียง หรือผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจและสายน้ำเกลือออก เป็นต้น

9. เมื่อมีไข้ทำการเช็ดตัวลดไข้ และเป่าด้วยพัดลม ไม่ห่มผ้าเพราะถ้าผู้ป่วยมีไข้จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มมีผลทำให้เกิดภาวะสมองบวมมากขึ้น

10. การทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อเพื่อควบคุมการติดเชื้อซึ่งจะเข้าสู่ร่างกายจากบาดแผลที่ฉีกขาด กะโหลกแตก

11. การบอกการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถรู้สึกรู้ตัวก็ตาม

12. เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

13. การจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

14. การเฝ้าสังเกตและตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลง อาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

15. การเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวทำพิธีตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อการรักษา เช่น การทำพิธีเรียกขวัญหรือผูกข้อมือผู้ป่วย เป็นต้น

ลักษณะสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วย

ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 อยู่ชั้น 4 ตึกอุบัติเหตุวิซิต มีประตู 1 ชั้น ส่วนห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ อยู่ตึก 1 ชั้น 1 มีประตู 2 ชั้น เมื่อผ่านประตูเข้ามาท่านสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่ต้องเปลี่ยนรองเท้าหรือใช้เสื้อคลุม ภายในห้องผู้ป่วยได้มีการติดเลขลำดับเตียงไว้ที่หัวเตียงและป้ายชื่อผู้ป่วยพร้อมทั้งชื่อแพทย์เจ้าของไข้ไว้ที่ปลายเตียง

กฎระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย

ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, 2

06.00 น.- 07.00 น.	06.00 น.- 07.00 น.
12.00 น.- 13.00 น.	12.00 น.- 13.00 น.
17.00 น.- 18.00 น.	18.00 น.- 19.00 น.

1. เข้าเยี่ยมตามเวลาครั้งละ 2 คน
2. ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีเข้าเยี่ยมเพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
3. เยี่ยมเฉพาะญาติของตนเองเท่านั้น
4. งดเยี่ยมในขณะที่แพทย์/พยาบาลกำลังทำการตรวจรักษาพยาบาล
5. งดเยี่ยมผู้ป่วยหากญาติเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หวัด ไอ หรือโรคติดต่ออื่น ๆ เช่น อีสุกอีใส
6. ขออนุญาตเจ้าหน้าที่ทุกครั้งถ้าจำเป็นต้องเข้าเยี่ยมนอกเวลา
7. ควรล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

ข้อห้าม !

1. ห้ามเปิดสัญญาณและงดใช้โทรศัพท์มือถือ เนื่องจากรบกวนการทำงานของอุปกรณ์การแพทย์
2. ห้ามนำดอกไม้สดเข้าเยี่ยม เพื่อป้องกันการกระจายของเชื้อโรคและสารเคมี
3. ห้ามนำผลไม้ที่มีกลิ่นรุนแรงเข้าเยี่ยม
4. ห้ามสูบบุหรี่



ข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

1. ล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย
2. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสบาย เช่น การเช็ดหน้า เช็ดตัว หวีผม ออกกำลังกายมือและเท้า
3. กรณีที่มีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา ควรรีบแจ้งและปรึกษาพยาบาล เพื่อจะได้ส่งปรึกษาเจ้าหน้าที่ฝ่ายสิทธิบัตรต่าง ๆ หรือหน่วยสังคมสงเคราะห์
4. แจ้งเบอร์โทรศัพท์ของญาติ (ถ้ามี) ไว้กับพยาบาลเพื่อติดต่อท่านในกรณีจำเป็น
5. หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการ การรักษา หรืออื่น ๆ ให้สอบถามจากเจ้าหน้าที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

แหล่งข้อมูลสอบถามอาการผู้ป่วย

ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการทราบอาการผู้ป่วยสอบถามได้จาก

1. แพทย์เจ้าของไข้ ปกติจะมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันช่วงเวลาประมาณ 06.00 น. – 12.00 น. โดยให้ท่านแจ้งความประสงค์ที่จะพบแพทย์ไว้กับพยาบาลในห้องผู้ป่วย ซึ่งจะทำการนัดหมายวันและเวลาเพื่อให้ท่านได้พบกับแพทย์เจ้าของไข้ต่อไป
2. แพทย์ประจำห้องผู้ป่วยหนัก
3. แพทย์เวรผู้ดูแลเฉพาะนอกเวลาราชการ
4. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในผลัดนั้น

สถานที่บริการอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ห้องน้ำสำหรับญาติ

- ชั้น 2 ด้านหน้าลิฟต์ตึกอุบัติเหตุวิชิต
- ชั้น 1 ตรงข้ามกับบันไดด้านทิศตะวันออกของตึกหม่อมเจียงคำและหน้าตึก 1
- ชั้น 1-4 บริเวณแผนกผู้ป่วยนอกตึก 50 พรรษามหาชิวาลงกรณ์ (เฉพาะในเวลาราชการ)

ที่พักสำหรับญาติ กรณีที่ญาติไม่มีที่พักสามารถติดต่อที่พักชั่วคราวได้ที่

ร้านค้าหรือห้องพักบริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังโรงพยาบาล

สถานที่ขายอาหาร อยู่บริเวณชั้น 1 ตึกอุบัติเหตุวิชิต

สถานที่พักผ่อน ดูโทรทัศน์ตลอด 24 ชม. อยู่บริเวณลานชุมชน (ระหว่างตึก 1 และตึก 2)

ห้องสมุด สันทนาการอยู่บริเวณชั้น 1 ตึกอุบัติเหตุวิชิต

ลานชุมชน อยู่บริเวณชั้น 1 ตึก 1 ด้านหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวมและห้อง

ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ เป็นที่ประดิษฐานพระพุทธรูป



บุคลากรในห้องผู้ป่วยหนัก

พยาบาล สวมชุดพยาบาลมีชื่อและตำแหน่งติดปักไว้ที่หน้าอกเสื้อด้านขวา

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ สวมชุดสีฟ้า (หญิง) เสื้อสีขาวกางเกงสีดำ (ชาย)

คนงาน สวมชุดสีเทา



พยาบาล



ผู้ช่วยเหลือคนไข้(หญิง)



ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ชาย)



พนักงานทำความสะอาด

อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย

1. **เครื่องช่วยหายใจ** มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่หรือสี่เหลี่ยมขนาดเล็กสีเขียว ตั้งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย มีสายต่อกับท่อช่วยหายใจซึ่งอยู่ที่ ปาก จมูกหรือคอของผู้ป่วย เครื่องนี้จะมีเสียงดังตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย จะใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง หรือหายใจได้เองแต่ไม่เพียงพอ และหยุดใช้เครื่องนี้เมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง



2. เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร ความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกายน และความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องนี้จะวางอยู่ด้านบนเหนือเตียงหรือวางอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย จอภาพของเครื่องจะแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตัวเลขแสดงอัตราซีพจร ตัวเลขแสดงความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกายน และความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีสัญญาณเสียงและสัญญาณไฟกระพริบเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะทำให้เจ้าหน้าที่วางแผนให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ เครื่องนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแต่อย่างใด



3. เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลว เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา น้ำเกลือชนิดพิเศษ หรือสารเหลวอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมให้ได้ปริมาณที่ถูกต้องที่สุด เครื่องนี้จะมีลักษณะที่คล้ายติดอยู่กับเสาน้ำเกลือข้างเตียงผู้ป่วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านจะมีส่วนร่วมในการดูแลและอยู่ใกล้ชิด กับผู้ป่วยได้อย่างไรบ้าง

ท่านสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น

1. **การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ** เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่รู้สึกตัว ท่านสามารถสัมผัสผู้ป่วย เรียกชื่อผู้ป่วยเบา ๆ บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าท่านมาเยี่ยม พูดคุยตามอาการผู้ป่วย เช่น “รู้สึกเจ็บตรงไหนหรือเปล่า” “หิวน้ำ/หิวข้าวไหม” “เหนื่อยไหม” ฯลฯ และพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ เช่น “ทุกคนที่บ้านสบายดีและเอาใจช่วยให้คุณหายเร็ว ๆ” เป็นต้น



2. **การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย** ท่านสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้และดีใจ มีกำลังใจที่ได้รับความสนใจและดูแลจากบุคคลที่รัก แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม ดังนี้

การเช็ดหน้า เช็ดตัวให้ผู้ป่วย

1. เตรียมอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วย กาละมังน้ำ 1 ใบ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 2 ผืน ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี๋ยง 1 ผืน (ขอได้จากเจ้าหน้าที่)



2. บอกให้ผู้ป่วยทราบแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึก
3. คลุมผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี๋ยงบนหน้าอกผู้ป่วย
4. ใช้มือจุ่มในน้ำเพื่อทดสอบว่าน้ำไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป
5. นำผ้าเช็ดตัวผืนเล็กผืนที่ 1 ชุบน้ำบิดพอหมาดพันรอบมือ และเก็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้าสะบัดไปมาเวลาถูผิวหนังผู้ป่วย เริ่มเช็ดตาผู้ป่วยทีละข้าง โดยเช็ดจากหัวตาไปหางตาที่ตาทั้งสองข้างแล้วนำผ้าซักน้ำ

6. บีบผ้าพองหมด แล้วพันรอบมือเหมือนเดิม เช็ดใบหน้า หูทั้งสองข้าง และลำคอทั้งด้านหน้า ด้านข้างและด้านหลัง

7. นำผ้าเช็ดตัวผืนเล็กผืนที่ 2 ชุบน้ำบิดพองหมดพันรอบมือเหมือนเดิม เช็ดที่มือ แขน ลำตัวและบริเวณขาให้ผู้ป่วย



การหิวผมให้ผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัด)

1. เตรียมอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วย หวี 1 อัน, ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี๋ยง 1 ผืน (ขอได้จากเจ้าหน้าที่)
2. ใช้ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี๋ยงวางไว้ใต้ศีรษะผู้ป่วย
3. ใช้หวีค่อย ๆ หิวผมของผู้ป่วยช้า ๆ เบา ๆ
4. ขณะที่หิวผมให้ผู้ป่วยท่านสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้
5. เอาผ้าที่รองศีรษะผู้ป่วยไว้ออกเมื่อหิวผมเสร็จโดยไม่สะบัดผ้าเพราะจะทำให้เศษผมฟุ้งกระจาย รวบผ้าและนำเศษผมไปทิ้งลงถังขยะ



หลีกเลี่ยงการเช็ดบริเวณบาดแผล และหากผู้ป่วยมีเลือดออกทางจมูก ทางหูท่านสามารถเช็ดคราบเลือดที่แห้งนั้นให้สะอาดได้แต่ห้ามใช้ผ้าหรือ สำลีอุดไว้โดยเด็ดขาด

หลีกเลี่ยงการหิวผมบริเวณที่มีบาดแผล

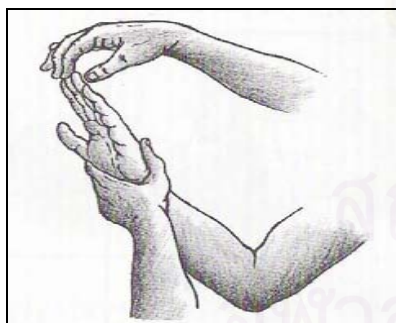
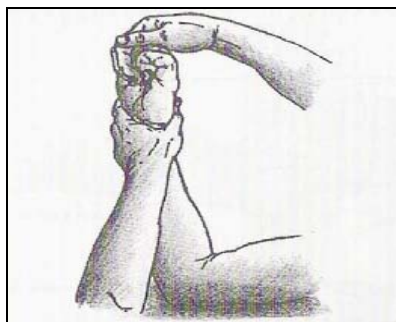
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถาบันวิทยบริการ

การช่วยออกกำลังให้ผู้ป่วย

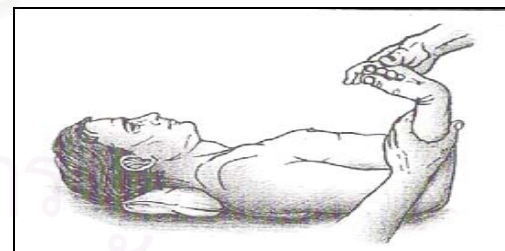
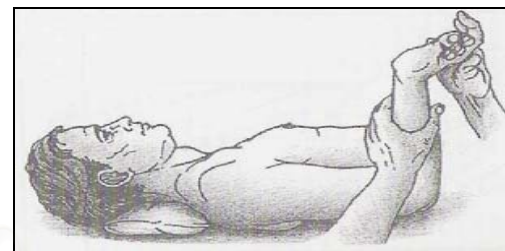
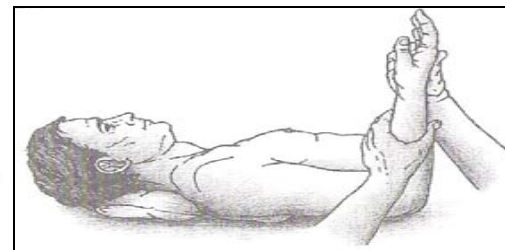
การออกกำลังให้ผู้ป่วยนี้จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง เช่น ข้อติดยึด เป็นต้น

การออกกำลังข้อมือและนิ้วมือ

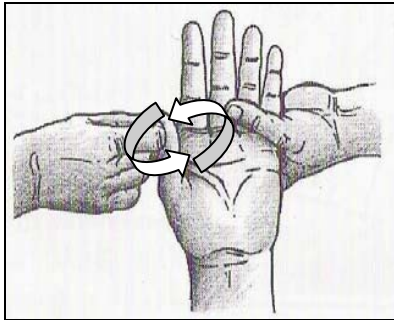
1. ให้ท่านยืนข้างเตียงผู้ป่วยจากนั้นให้ท่านใช้มือทั้งสองข้างจับมือผู้ป่วยไว้ กำและแบมือของผู้ป่วย สลับกันไปเรื่อยๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง



2. ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะหงายมือและเหยียดนิ้วทั้ง 5 ออก จากนั้นให้ท่านดัดนิ้วมือทั้ง 5 ของผู้ป่วยให้โค้งลงไปทางด้านหลังมือในลักษณะทำรำและดัดขึ้นไปในทิศทางตรงกันข้าม ทำสลับกันไปเรื่อยๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง



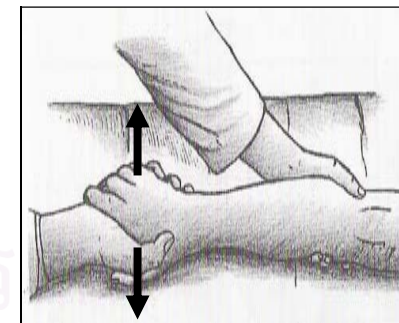
3. ให้ท่านกางนิ้วมือของผู้ป่วยออก จากนั้นหมุนนิ้วมือของผู้ป่วยเป็นวงรีรอบ ๆ ทีละนิ้ว



4. ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงคว่ำมือลง แล้วใช้ฝ่ามือของท่านรองรับบริเวณฝ่ามือของผู้ป่วย ดันฝ่ามือของผู้ป่วยขึ้นให้หลังมือโค้งเข้าหาปลายแขน แล้ววางลงกลับสู่ท่าเดิม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง

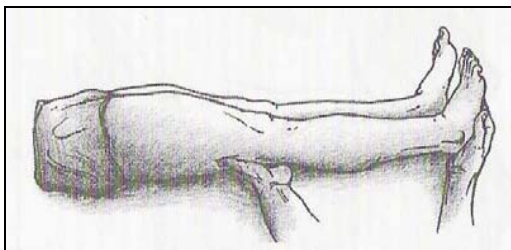


5. ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงคว่ำมือลง จากนั้นให้ท่านจับมือผู้ป่วยโยกไปทางขวาและซ้ายทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 10 ครั้ง/ข้าง

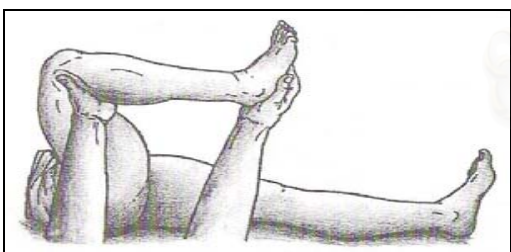


การออกกำลังขาและสะโพก

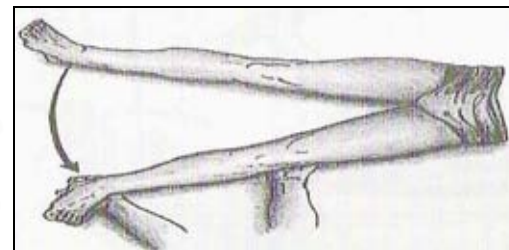
1. ให้ท่านวางขาผู้ป่วยบนเตียงในท่าที่เหยียดตรง โดยที่ท่านยืนบริเวณขาผู้ป่วย จากนั้นใช้มือข้างหนึ่งสอดไว้ใต้เข่าผู้ป่วย ส่วนมืออีกข้างรองรับบริเวณต้นเท้า



2. ให้ท่านงอเข่าผู้ป่วยขึ้นไปทางทรวงอกของผู้ป่วย แล้วดึงขากลับและวางในตำแหน่งเดิม ทำสลับกันไปเรื่อยๆ 10 ครั้ง/ข้าง



3. ให้ท่านกางขาผู้ป่วยออกจากขาอีกข้าง พยายามรักษาข้อเข่าให้เหยียด และนิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้นเสมอ จากนั้นให้ท่านเคลื่อนขาผู้ป่วยกลับในตำแหน่งเดิม ทำสลับกันไปเรื่อยๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง

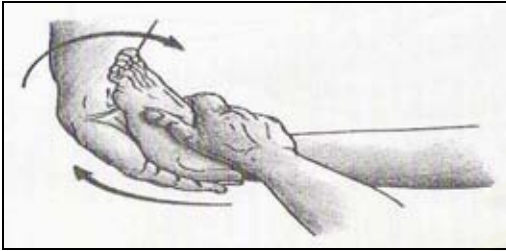


การออกกำลังข้อเท้าและนิ้วเท้า

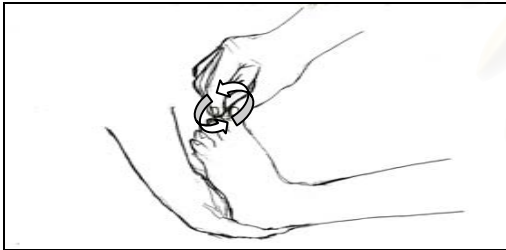
1. ให้ท่านยืนที่ปลายเตียงผู้ป่วย จากนั้นให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งประคองฝ่าเท้าของผู้ป่วยและใช้มืออีกข้างหนึ่งดันเท้าของผู้ป่วยให้หลังเท้าโค้งเข้าหาขาด้านบนแล้วเหยียดกลับในทิศทางตรงข้าม ทำสลับกันไปเรื่อยๆ 15-30 ครั้ง/ข้าง



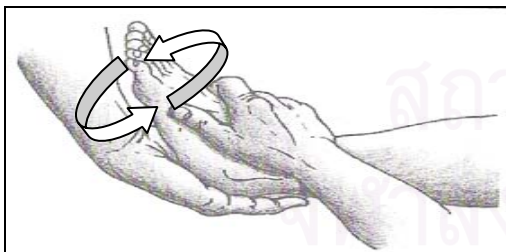
กำลังใจและการดูแลจากท่านจะสามารถช่วยให้ ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น



2. ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งประคองฝ่าเท้าของผู้ป่วยและใช้มืออีกข้างหนึ่ง
หมุนนิ้วเท้าของผู้ป่วยเป็นวงรีที่ละนิ้ว



3. ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับบริเวณข้อเท้าของผู้ป่วยให้ตั้งอยู่กับที่แล้วใช้มือ
อีกข้างหนึ่งจับบริเวณอุ้งเท้าของผู้ป่วย หมุนเท้าของผู้ป่วยเป็นวงรอบ



ด้วยความปรารถนาดีจาก

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บันทึก

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี



โทร. (045) 244973

ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 ต่อ 1311

ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 ต่อ 1266

ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ต่อ 1124

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสื่อนี้ดีทัศน์เรื่อง

“การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว”

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
1	LOGO คณะพยาบาลศาสตร์ (ตราพระ แก้ว) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เสียงดนตรี	ใช้เวลา รวม ทั้งหมด 20 นาที
2	ข้อความ “การสนับสนุนความต้องการ ของครอบครัว” ภาพของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว	
3	ข้อความ”จัดทำโดย น.ส. เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร นิสิตปริญญาโท สาขาการ พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษา”	เสียงดนตรี	
4	ข้อความ “โดยความร่วมมือของ เจ้าหน้าที่ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประสาท 1, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี” ภาพหมู่เจ้าหน้าที่ (ทั้ง 3 ห้องผู้ป่วย)	เสียงดนตรี	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
5	ภาพโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ความต้องการและความมุ่งหวังของครอบครัวผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ได้รับเกียรติและการเอาใจใส่ มีความปลอดภัย สุขสบายไม่เจ็บปวด มีอาการดีขึ้นและหายจากโรคในที่สุด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละรายจะมีความรุนแรงของอาการและความเร่งด่วนของความต้องการการรักษาที่แตกต่างกันไปตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย	
6	ภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในห้องผู้ป่วยหนัก	การที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีใครคาดคิดมาก่อน ถือเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งสำคัญคือจะทำให้ครอบครัวไม่สามารถเป็นแหล่งกำลัง และให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ ทั้ง ๆ ที่ในช่วงเวลานี้ผู้ป่วยผู้ป่วยย่อมต้องการกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างมากถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางคนจะรู้สึกตัวก็ตาม	
7	ภาพลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะ	การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่างๆ ของศีรษะ ซึ่งได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะ อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว	
8	ภาพสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ	สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบบ่อยในปัจจุบัน เกิดจากอุบัติเหตุจากรถ ร่วงลงมาคือ ถูกตีที่ศีรษะ ตกจากที่สูง ถูกยิง ถูกฟัน และอื่นๆ	
9	ภาพการประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ 1. การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด 2. การพูดที่ดีที่สุด 3. การลืมตา	การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะจะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านซึ่งประกอบด้วย 1. การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด 2. การพูดที่ดีที่สุด 3. การลืมตา คะแนนพฤติกรรมที่แสดงออกทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน แสดงว่าระดับความรู้สึกตัวปกติ และคะแนนต่ำสุดคือ 3 คะแนน และได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับคือ	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
		1. บาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวอยู่ในช่วง 13-15 คะแนน 2. บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวอยู่ในช่วง 9-12 คะแนน 3. บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวอยู่ในช่วง 3-8 คะแนน ซึ่งการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนี้จะกระทำโดยแพทย์และพยาบาล	
10	ภาพการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ	การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บที่ศีรษะทำได้หลายวิธี ดังนี้ 1) การตรวจทางรังสีวิทยา เป็นการถ่ายภาพกะโหลกศีรษะ 2) การบันทึกภาพเส้นเลือดในสมองด้วยสารทึบแสง 3) การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	
11	ภาพแสดงการรักษา (รูปผู้ป่วยหลังผ่าตัด)	แนวทางในการรักษามีดังนี้ คือ 1) การรักษาสาเหตุที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม คือ ถ้าพบว่ามีก้อนเลือดที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองการรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดนั้นออก 2) การรักษาเพื่อป้องกันภาวะสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยการช่วยในเรื่องของการทำทางเดินหายใจให้สะดวกไม่มีการอุดกั้น การลดไข้ การจัดทำนอนถูกวิธีคือนอนศีรษะสูง 30-45 องศาไม่หักพับ งอและขาอไม่เกิน 90 องศา หรือ การให้ยาลดสมองบวม เป็นต้น	
12	ภาพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของแพทย์และพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก	ขณะนี้ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป อาจจะมีอาการง่วงงง สับสน กระวนกระวาย และในบางรายอาจมีอาการไม่รู้สึกตัวได้ อันเป็นผลมาจากระดับความรุนแรง และตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่ไม่รู้สึกตัวระยะหนึ่ง และระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลที่เฉพาะและกำลังได้รับความช่วยเหลือ ดูแลรักษาจากทีมพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ มีความตั้งใจและเต็มใจในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติของท่าน อย่างเต็มที่ที่สุดความรู้ความสามารถ การพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การประเมินอาการทางระบบประสาท, การ	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
		<p>ประเมินสัญญาณชีพ, การทำความสะอาดร่างกายบนเตียง, การให้อาหารทางสายยางในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้, การให้ยา ทั้งยารับประทานโดยอาจให้ทางสายยางและยาฉีดต่าง ๆ ตามเวลาและแผนการรักษา, การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ, การจัดให้ศีรษะนอนศีรษะสูง 30-45 องศาไม่หักพับงอและขาอไม่เกิน 90 องศา เพื่อลดและป้องกันการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง, การดูแลเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่งเป็นการป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ ปอดอักเสบและภาวะขาดออกซิเจนซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะสมองบวม, การป้องกันอุบัติเหตุ โดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นและการยึดข้อมือ ข้อเท้า หรือลำตัวผู้ป่วยไว้ เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป กระวนกระวาย เป็นการป้องกันไม่ให้อาเจียนหรือผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจและสายน้ำเกลือออก, เมื่อมีไข้ทำการเช็ดตัวลดไข้ ไม่หมั่นผ้าและเป่าด้วยพัดลม เพราะถ้าผู้ป่วยมีไข้จะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มและทำให้เกิดภาวะสมองบวมมากขึ้น, การทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อเพื่อควบคุมการติดเชื้อซึ่งจะเข้าสู่ร่างกายจากบาดแผลที่ฉีกขาด กะโหลกแตก, การบอกการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม, การเปิดโอกาสสมาชิกในครอบครัวได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, การจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ, การเฝ้าสังเกตและตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และการเปิดโอกาสให้ทำพิธีตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อการรักษา เช่น การทำพิธีเรียกขวัญหรือผูกข้อมือผู้ป่วย เป็นต้น</p>	
13	<p>- ภาพหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ</p> <p>- ภาพเจ้าหน้าที่</p>	<p>ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พบว่ามีอาการหนักจะได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งได้แก่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 ตั้งอยู่ชั้น 4 ตึกอุบัติเหตุวิซิต มีประตู 1 ชั้น ส่วนห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งอยู่ตึก 1 ชั้น 1 มีประตู 2 ชั้น เมื่อผ่านประตูเข้ามาท่านสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่ต้องเปลี่ยนรองเท้าหรือใช้เสื้อคลุม ภายในห้องผู้ป่วยได้มีการติดเลขลำดับเตียงไว้ที่หัวเตียงและป้ายชื่อผู้ป่วยพร้อมทั้งชื่อแพทย์เจ้าของไข้ไว้ที่ปลายเตียง โดยทีมพยาบาลทั้งหมดจะแต่งกายด้วยชุดพยาบาล มีชื่อและตำแหน่งติดปักไว้ที่หน้าอกเสื้อด้านขวา ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เป็นผู้หญิงแต่งกายด้วยชุดสีฟ้า ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เป็นชายแต่งกายด้วยเสื้อสี</p>	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
		ชาวกางเกงสีดำและพนักงานทำความสะอาดแต่งกายด้วยชุดสีเทา	
14	ภาพและข้อความ "เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในห้องผู้ป่วยหนัก"	<p>เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในห้องผู้ป่วยหนักที่ท่านจะได้เห็นหลายอย่างคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เครื่องช่วยหายใจ มีลักษณะเป็นสีเหลี่ยมขนาดใหญ่หรือสีเหลี่ยมขนาดเล็กสีเขียว ตั้งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย มีสายต่อกับท่อช่วยหายใจซึ่งอยู่ที่ ปาก จมูกหรือคอของผู้ป่วย เครื่องนี้จะมีเสียงดังตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย จะใช้เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง หรือหายใจได้เองแต่ไม่เพียงพอ และหยุดใช้เครื่องนี้เมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง 2. เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ซีพจร ความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย และความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องนี้จะวางอยู่ด้านบนเหนือเตียงหรือวางอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย จอภาพของเครื่องจะแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตัวเลขแสดงอัตราซีพจร ตัวเลขแสดงความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย และความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งจะมีสัญญาณเสียงและสัญญาณไฟกระพริบเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะทำให้เจ้าหน้าที่วางแผนให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ เครื่องนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแต่อย่างใด 3. เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลวเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา น้ำเกลือชนิดพิเศษ หรือสารเหลวอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมให้ได้ปริมาณที่ถูกต้องที่สุด เครื่องนี้จะมีลักษณะสีเหลี่ยมติดอยู่กับเสาน้ำเกลือข้างเตียงผู้ป่วย 	
15	ภาพและข้อความ "กฎและข้อห้ามในการเยี่ยม"	และเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและได้รับการดูแลรักษาที่ดี ท่านควรปฏิบัติตามกฎและระเบียบในการเข้าเยี่ยม ซึ่งจะติดไว้บริเวณด้านหน้าห้องผู้ป่วย	
16	ภาพแสดงใบแจ้งเบอริโทรศัพท์	ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการทราบอาการผู้ป่วยสอบถามได้จากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในห้องผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และให้แจ้งเบอริโทรศัพท์ของญาติไว้กับพยาบาลเพื่อติดต่อท่านในกรณีจำเป็น	
17	ภาพแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม	แหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาลที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการแก้ปัญหาที่ท่านมีและกำลังเผชิญอยู่นั้นได้แก่ แพทย์/พยาบาล ในห้องผู้ป่วยที่ญาติท่านพักรักษาตัวอยู่, หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่ท่านมีปัญหาด้าน	


ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
		<p>การเงิน/การติดต่อญาติ, ฝ่ายสิทธิบัตรที่ประกอบด้วย ฝ่าย พ.ร.บ. รถ ที่จะให้คำแนะนำและติดต่อประสานงานกับบริษัทประกันภัยในกรณีการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุจากรถ ฝ่ายประกันสังคมในกรณีผู้ป่วยใช้สิทธิ์ประกันสังคม ฝ่ายบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรณีที่ผู้ป่วยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแผนกธุรการในกรณีที่ผู้ป่วยใช้สิทธิ์ทางราชการหรือมีปัญหาข้อผิดพลาดเกี่ยวกับชื่อ-นามสกุลหรือที่อยู่ของผู้ป่วย, หน่วยจิตวิทยา หากท่านมีความวิตกกังวล ความเครียด รู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมากท่านสามารถพูดคุยกับนักจิตวิทยาเพื่อให้ท่านได้คลายความวิตกกังวล ความเครียด หรือความรู้สึกไม่สบายใจนั้น และสำหรับสถานที่บริการอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้แก่</p> <p><u>ห้องน้ำสำหรับญาติ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ชั้น 2 ด้านหน้าลิฟต์ตึกอุบัติเหตุชีวิต - ชั้น 1 ตรงข้ามกับบันไดด้านทิศตะวันออกของตึกหม่อมเจียงคำและหน้าตึก 1 - ชั้น 1-4 บริเวณแผนกผู้ป่วยนอกตึก 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ <p>(เฉพาะในเวลาราชการ)</p> <p><u>ที่พักสำหรับญาติ</u> กรณีที่ญาติไม่มีที่พักสามารถติดต่อที่พักชั่วคราวได้ที่ร้านค้าหรือห้องพักบริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังโรงพยาบาล</p> <p><u>สถานที่ขายอาหาร</u> อยู่บริเวณชั้น 1 ตึกอุบัติเหตุชีวิต</p> <p><u>สถานที่พักผ่อน</u> ดูโทรทัศน์ตลอด 24 ชม.อยู่บริเวณลานมุขบัน(ระหว่างตึก1 และตึก 2) ห้องสมุดสันตนาการอยู่บริเวณชั้น 1 ตึกอุบัติเหตุชีวิต</p> <p><u>ลานนุชบก</u> อยู่บริเวณชั้น 1 ตึก 1 ด้านหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวมและห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุเป็นที่ประดิษฐานพระพุทธรูป</p>	


ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
18	ข้อความ “ท่านจะมีส่วนร่วมในการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยได้อย่างไรบ้าง”	เสียงดนตรี	
19	ภาพแสดงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ	<p>ท่านสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ มีกำลังใจที่ได้รับ ความสนใจและดูแลจากบุคคลที่รัก แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม เช่น</p> <p>การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่รู้สึกตัว ท่านสามารถสัมผัสผู้ป่วย เรียกชื่อผู้ป่วยเบา ๆ บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าท่านมาเยี่ยม พูดคุยถามอาการผู้ป่วย เช่น “รู้สึกเจ็บตรงไหนหรือเปล่า” “หิวน้ำ/หิวข้าวไหม” “เหนื่อยไหม” ฯลฯ และพูดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ เช่น “ทุกคนที่บ้านสบายดีและเอาใจช่วยให้คุณหายเร็ว ๆ”</p>	
20	ภาพแสดงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย การเช็ดหน้า เช็ดตัวให้ผู้ป่วย	<p>การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย การเช็ดหน้า เช็ดตัวให้ผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> เตรียมอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วย กะละมังน้ำ 1 ใบ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 2 ผืน ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี๋ยง 1 ผืน ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้ท่านสามารถขอได้จากเจ้าหน้าที่ บอกให้ผู้ป่วยทราบแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึก คลุมผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาวเตี๋ยงบนหน้าอกผู้ป่วย ใช้มือจุ่มในน้ำเพื่อทดสอบว่าน้ำไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป นำผ้าเช็ดตัวผืนเล็กผืนที่ 1 ชุบน้ำบิดพอหมาดพันรอบมือและเก็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้า สะบัดไปมาเวลาถูผิวหนังผู้ป่วย เริ่มเช็ดตาผู้ป่วยทีละข้าง โดยเช็ดจากหัวตาไปหางตาที่ตาทั้งสองข้างแล้วนำผ้าซักน้ำ บีบผ้าพอหมาด แล้วพันรอบมือเหมือนเดิม เช็ดใบหน้า หูทั้งสองข้าง และลำคอทั้งด้านหน้า ด้านข้าง และด้านหลัง 	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
		<p>7. นำผ้าเช็ดตัวผืนเล็กผืนที่ 2 ชุบน้ำบิดพอหมาดพันรอบมือเหมือนเดิม เช็ดที่มือ แขน ลำตัวและบริเวณขาให้ผู้ป่วย</p> <p>*ในกรณีที่ผู้ป่วยมีบาดแผลให้หลีกเลี่ยงการเช็ดบริเวณบาดแผลนั้น และหากผู้ป่วยมีเลือดออกจากทางจมูก ทางหู ท่านสามารถเช็ดคราบเลือดที่แห้งนั้นให้สะอาดได้แต่ห้ามใช้ผ้าหรือสำลีอุดไว้โดยเด็ดขาดเพราะจะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้*</p>	
21	<p>ภาพแสดงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย</p> <p><u>การหวีผมให้ผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัด)</u></p>	<p>การหวีผมให้ผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัด)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมอุปกรณ์ซึ่งประกอบด้วย หวี 1 อัน, ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาววงเตี๋ยง 1 ผืน ซึ่งขอได้จากเจ้าหน้าที่ 2. ใช้ผ้าเช็ดตัวหรือผ้าขาววงเตี๋ยงวางไว้ใต้ศีรษะผู้ป่วย 3. ใช้หวีค้อย ๆ หวีผมของผู้ป่วยช้า ๆ เบา ๆ 4. ขณะที่หวีผมให้ผู้ป่วยท่านสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้ 5. เอาผ้าที่รองศีรษะผู้ป่วยไว้ออกเมื่อหวีผมเสร็จโดยไม่สะบัดผ้าเพราะจะทำให้เศษผมฟุ้งกระจาย รวบผ้าและนำเศษผมไปทิ้งลงถังขยะ <p>*การหวีผมนี้ให้หลีกเลี่ยงการหวีบริเวณที่มีบาดแผล*</p>	
22	<p>ภาพแสดงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย</p> <p><u>การช่วยออกกำลังให้ผู้ป่วย</u></p>	<p>การออกกำลังข้อมือและนิ้วมือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ท่านยืนข้างเตียงผู้ป่วยจากนั้นให้ท่านใช้มือทั้งสองข้างจับมือผู้ป่วยไว้ กำและแบมือของผู้ป่วยสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง 2. ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะหงายมือและเหยียดนิ้วทั้ง 5 ออก จากนั้นให้ท่านดัดนิ้วมือทั้ง 5 ของผู้ป่วยให้โค้งลงไปทางด้านหลังมือในลักษณะทำรำและดัดขึ้นไปในทิศทางตรงกันข้าม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง 	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
		<p>3. ให้ท่านกางนิ้วมือของผู้ป่วยออก จากนั้นหมุนนิ้วมือของผู้ป่วยเป็นวงรีรอบ ๆ ทีละนิ้ว</p> <p>4. ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงคว่ำมือลง แล้วใช้นิ้วมือของท่านรองรับบริเวณฝ่ามือของผู้ป่วย ดันฝ่ามือของผู้ป่วยขึ้นให้หลังมือโค้งเข้าหาปลายแขน แล้ววางลงกลับสู่ท่าเดิม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ</p> <p>5. ให้ท่านจับมือผู้ป่วยไว้ให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงคว่ำมือลง จากนั้นให้ท่านจับมือผู้ป่วยโยกไปทางขวาและซ้ายทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 10 ครั้ง/ข้าง</p>	
23	<p>ภาพแสดงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านการร่างกาย</p> <p><u>การออกกำลังขาและสะโพก</u></p>	<p><u>การออกกำลังขาและสะโพก</u></p> <p>1. ให้ท่านวางขาผู้ป่วยบนเตียงในท่าที่เหยียดตรง โดยที่ท่านยืนบริเวณเท้าผู้ป่วย จากนั้นใช้มือข้างหนึ่งสอดไว้ใต้เท้าผู้ป่วย ส่วนมืออีกข้างรองรับบริเวณส้นเท้า</p> <p>2. ให้ท่านยกเท้าผู้ป่วยขึ้นไปทางทรวงอกของผู้ป่วย แล้วดึงขากลับและวางในตำแหน่งเดิม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 10 ครั้ง/ข้าง</p> <p>3. ให้ท่านกางขาผู้ป่วยออกจากขาอีกข้าง พยายามรักษารักษาข้อเข่าให้เหยียด และนิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้นเสมอ จากนั้นให้ท่านเคลื่อนขาผู้ป่วยกลับในตำแหน่งเดิม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-20 ครั้ง/ข้าง</p>	
24	<p>ภาพแสดงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านการร่างกาย</p> <p><u>การออกกำลังข้อเท้าและนิ้วเท้า</u></p>	<p><u>การออกกำลังข้อเท้าและนิ้วเท้า</u></p> <p>1. ให้ท่านยืนที่ปลายเตียงผู้ป่วย จากนั้นให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งประคองฝ่าเท้าของผู้ป่วยและใช้มืออีกข้างหนึ่งดันเท้าของผู้ป่วยให้หลังเท้าโค้งเข้าหาขาด้านบนแล้วเหยียดกลับในทิศทางตรงข้าม ทำสลับกันไปเรื่อย ๆ 15-30 ครั้ง/ข้าง</p> <p>2. ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งประคองฝ่าเท้าของผู้ป่วยและใช้มืออีกข้างหนึ่งหมุนนิ้วเท้าของผู้ป่วยเป็นวงรีทีละนิ้ว</p> <p>3. ให้ท่านใช้มือข้างหนึ่งจับบริเวณข้อเท้าของผู้ป่วยให้ตั้งอยู่กับที่แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งจับบริเวณอุ้งเท้าของผู้ป่วย หมุนเท้าของผู้ป่วยเป็นวงรอบ</p>	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
25	ภาพญาติให้การดูแลผู้ป่วย (รวม ๗ ทั่วไป)	มาถึงตรงนี้ ท่านได้รับทราบข้อมูลที่ท่านต้องการ สิ่งที่ท่านได้พบเห็นและได้ยินตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนในการเข้า เยี่ยมและดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นญาติของท่าน ทางผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะสามารถทำให้ท่านบรรเทา ความเครียด ความวิตกกังวล และสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากท่านมีการปรับตัว ได้อย่างเหมาะสมแล้วจะสามารถทำให้ท่านให้การดูแลช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	
26	ข้อความ "ด้วยความปรารถนาดีจาก ผู้จัดทำและโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิ ประสงค์"	ด้วยความปรารถนาดีจากผู้จัดทำและโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์	
27	ข้อความขอบคุณ - นพ. กวี ไชยศิริ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี - นางพันธ์เรือง ทวีวัฒน์ รอง ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี - นพ. จำลอง กิตติวรเวช ประสาท ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ อุบลราชธานี - นางวันเพ็ญ ดวงมาลา หัวหน้างาน	เสียงดนตรี	

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี</p> <p>- น.ส. อรชร มาลาหอม ผู้ช่วยหัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวมและหัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี</p> <p>- น.ส. ศศิธร ชำนาญผล หัวหน้าห้องผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี</p> <p>- รศ. พ.ต.ต.หญิง. ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>- ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>- อาจารย์.ดร. สุภาภรณ์ ดั่งแพง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย</p>		

ลำดับที่	ภาพ	เสียง	เวลา
	<p>บูรพา</p> <p>- ผศ. ทิพพาพร ตั้งอำนาจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</p> <p>- น.ส. พรนิภา เอื้อเบญจพล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย</p> <p>- เจ้าหน้าที่ห้องผู้ป่วยศัลยกรรมรวม, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 1, ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 2 และห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ทุกท่าน</p> <p>- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี</p> <p>- ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัวทุกท่าน</p>		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาวเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร
วัน เดือน ปีเกิด	1 มกราคม 2518
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5
สถานที่ทำงาน	ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 122 ถ. สรรพสิทธิ ต. ในเมือง อ. เมือง จ. อุบลราชธานี
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ปี 2541
ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ	
พ.ศ. 2541-ปัจจุบัน	พยาบาลประจำการห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย