

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจ
ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY AND SATISFACTION
AMONG FAMILY MEMBERS OF HEAD INJURY PATIENTS, ACCIDENT AND EMERGENCY
DEPARTMENT



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของ
ครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของ
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โดย

นายบุญรัตน์ ปัญศิริ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัญญ์ นัน
ไทยทวีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยทวี
กุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

บุญรัตน์ ปัญศิริ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY AND SATISFACTION AMONG FAMILY MEMBERS OF HEAD INJURY PATIENTS, ACCIDENT AND EMERGENCY DEPARTMENT) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ มอลเตอร์และเลสเก กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยการจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันเรื่องเพศของครอบครัวและระดับความรุนแรงการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล 3) แบบประเมินความพึงพอใจ และ 4) แบบประเมินความต้องการ โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .96, .93ตามลำดับ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปว่า

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
- 3) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวสามารถตอบสนองตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยได้มากขึ้นจึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจสูงขึ้นและลดความวิตกกังวลได้

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977168836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: FAMILY SUPPORTIVE NEED-BASED PROGRAM, ANXIETY, SATISFACTION, FAMILY MEMBERS OF HEAD INJURY PATIENTS

Boonyarat Pansiri : THE EFFECT OF FAMILY NEEDS SUPPORT PROGRAM ON ANXIETY AND SATISFACTION AMONG FAMILY MEMBERS OF HEAD INJURY PATIENTS, ACCIDENT AND EMERGENCY DEPARTMENT. Advisor: Asst. Prof. Pol. Sub. Lit. PACHANUT NUNTHAITAWEEKUL, Ph.D.

The quasi-experimental design aimed to examine the effects of family supportive need-based program on anxiety and satisfaction among family members of head injury patients, accidental and emergency department by applying the concept of Molter & Leske's Critical Care Family Need Inventory. The sample were family members of patients who had mild to moderate level of head injury at the accidental and emergency department of Wetchakarunrasm hospital. Samples were purposively selected into two groups of 30 each. Participants of each group were matched according to the sex of family members and the patients' severity of head injury. The research instruments for collecting data were 1) Personal information assessment form, 2) Anxiety assessment questionnaire, 3) Satisfaction assessment questionnaire and 4) Need assessment questionnaire. Internal consistency reliability tested with Cronbach's Alpha Coefficient resulted as .93, .96, .93 respectively. The instrument for intervention was family supportive need-based program. Data was analyzed using descriptive and t-test.

The research findings were as follows:

- 1) the mean score of anxiety after receiving family supportive need-based program was lower than before but was not statistically significant.
- 2) The mean score of anxiety after receiving family supportive need-based program in the experimental group was lower than the control group after receiving the usual care but was not statistically significant.
- 3) The mean score of satisfaction after receiving family supportive need-based program in the experimental group was lower than the control group after receiving the usual care and significant ($p < .05$).

The results show that family supportive need-based program is suitable and can be used for nursing care in the accidental and emergency department to increase satisfaction and reduce anxiety of family

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาพร้อมข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมถึงความมีเมตตา อดทนและเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับเป็นอย่างสูง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา รวมถึงคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยในการศึกษาวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณมารดาและพี่สาวที่เป็นกำลังใจและช่วยสนับสนุนเสมอมา รวมถึงกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยสนับสนุนรวมถึงคำแนะนำและเป็นแรงผลักดันให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดีและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อนาม

บุญรัตน์ ปัญศิริ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	13
2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย.....	18
3. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย.....	19
4. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย.....	26
5. ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	28

6. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัวที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	31
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
8. โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	39
9. กรอบแนวคิดการวิจัย	43
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	44
ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	53
การดำเนินการวิจัย	55
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	75
สรุปผลการวิจัย.....	82
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	89
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	90
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	103
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	105
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	111
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย	127

ประวัติผู้เขียน..... 155



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ตามเพศของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกับระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ	48
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองจำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และบทบาทหน้าที่.....	65
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับความรุนแรง ของการได้รับบาดเจ็บและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	69
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	71
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความวิตกกังวลของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependence t-test ($n_1=n_2=30$).....	72
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test ($n_1=n_2=30$).....	73
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง	74
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test ($n_1=n_2=30$).....	74
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมดและจำแนก ตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1=n_2=30$)	151
ตารางที่ 10	ตารางการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS	152

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	43
ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	63



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการของประชากรในวัยผู้ใหญ่กว่า 1.35 ล้านคนต่อปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับในประเทศไทยพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อของประเทศ(World Health Organization, 2018) จากสถิติปี 2558 - 2561 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเฉลี่ย 21,200 คนต่อปี คิดเป็น 32.6 ต่อประชากรแสนคนหรือวันละ 60 คน มีผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 200,000 คนต่อปี ก่อให้เกิดความพิการถาวรกว่า 9,000 คนต่อปีและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2562) ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ในทวีปเอเชีย(สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2562) และจากสถิติข้อมูลของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีปี 2559 - 2561 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากการเกิดอุบัติเหตุจราจรจำนวนทั้งสิ้น 1,414 , 1,800 และ 2,168 ราย ตามลำดับ โดยพบว่ามึ่ระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 80-85 ระดับปานกลางร้อยละ 10 และระดับรุนแรงร้อยละ 5 (โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี, 2562)

การบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต(สุจิตรา ลิ้มอำนวยและชวนพิศ ทำนอง, 2556) ที่เกิดเนื่องจากศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงที่กระทำจากภายนอกต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อและเนื้อสมองทำให้มีการบาดเจ็บของสมองและเกิดการสูญเสียหน้าที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติและมีการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป (O'Shea, 2005) ผลกระทบที่รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิตได้ทันที ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับปานกลางหรือรุนแรงมักเกิดความพิการด้านร่างกายและมีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 59 จะอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สีกตัวและร้อยละ 42 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการฟื้นสภาพอยู่ในระดับดีและปานกลาง อีกทั้งยังพบว่ากว่าร้อยละ 17 อยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สีกตัวแบบ Vegetative state(Sosnowski & Ustik, 1994; พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อยมักเกิดกลุ่มอาการภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ(post traumatic brain injury) ขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย การรู้คิดและพฤติกรรม เช่น ปวดศีรษะ มึนงง การมองเห็นไม่ชัดเจน หลงลืมง่าย ความคิดช้า สมาธิลดลง กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวและซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย การดำเนินกิจวัตร

ประจำวันและการทำหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติอาจพบได้ถึงร้อยละ 56(อินทริทา ทาเอื้อ และคณะ, 2553; รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559) รวมทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว (Hart et al., 2003) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะที่พักรักษาตัวและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและอ้อมโดยเฉพาะในสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผลกระทบที่สำคัญได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่คาดคิด ไม่สามารถคาดการณ์อาการต่างๆรวมถึงสิ่งที่เกิดกับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะได้ เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้นจึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะวิตกกังวลสูง(ประยงค์ ทับทิม, 2552; นิรมนต์ เหลาสุภาพ, 2557) พบได้สูงถึงร้อยละ 73.4 (Pochard et al., 2005) โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกภายหลังเกิดเหตุ(รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559; McAdam & Puntillo, 2009) และสามารถเกิดได้ทุกระยะของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ(รุ่งรวรรณ บัวชัย, 2553) สังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกของสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น การเดินไปเดินมา หน้ามัวควมวอด ถามคำถามเดิมซ้ำๆ การแสดงออกทางอารมณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความหงุดหงิดหรือกล่าววาจาก้าวร้าวต่อบุคลากรทางการแพทย์และความไม่พึงพอใจในบริการของบุคลากร (ประยงค์ ทับทิม, 2552) การเรียกร้องหรือขอความช่วยเหลือหรือการซักถามมากเกินไป(สมศิริ สายภัทรานุสรณ์, 2545) พบว่าสมาชิกครอบครัวจะแอบเปิดประตูเพื่อดูผู้บาดเจ็บที่ศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือการเดินเข้าไปพร้อมๆกันเป็นจำนวนมากและบ่อยครั้ง(กฤตยา แดงสุวรรณ, 2555) และการไม่สามารถอดทนรอเพื่อเข้าเยี่ยมผู้บาดเจ็บที่ศีรษะได้(Hardicre, 2003) ซึ่งพฤติกรรมต่างๆเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดความวิตกกังวล (Arango-Lasprilla, 2010) ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะไม่ว่าจากอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ถือเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน เสี่ยงต่อภาวะสูญเสียหรือถึงแก่ชีวิตดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำเป็นต้องได้รับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเร่งด่วนทุกราย(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; ประยงค์ ทับทิม, 2552; กฤตยา แดงสุวรรณ, 2555; รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559; Schwecke, 2003; Panprasert, 2004; Shivas, 2005) ซึ่งนั่นหมายความว่าผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเข้าไปร่วมสังเกตอาการใดๆได้เลย การนั่งรออยู่ด้านนอกไม่เห็นถึงสภาพความเป็นไปของผู้บาดเจ็บ ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บหรือไม่มั่นใจต่อการดูแลที่ได้รับว่าจะได้รับอย่างเต็มที่หรือดีที่สุดหรือไม่ เกิดความกลัวว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจะเสียชีวิต รวมถึงการไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้บาดเจ็บ ไม่ได้คุยกับแพทย์ทำให้ขาดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง(ประยงค์ ทับทิม, 2552; กฤตยา แดงสุวรรณ, 2555)

ประกอบกับบริบทการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ต้องทำงานด้วยความรีบเร่งอยู่กับการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ส่งผลต่อการติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอหรือการได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความไม่เข้าใจ รวมถึงการไม่ได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น ขาดการปลอบขวัญและกำลังใจ(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) ยิ่งเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลและความไม่พึงพอใจแก่สมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติข้อร้องเรียนที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ปี 2562 พบว่ามีการร้องเรียนถึงพฤติกรรมบริการของพยาบาล 10 ครั้งและการไม่พึงพอใจในบริการที่ล่าช้า 5 ครั้ง(โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของสมศิริ สายภัทรานุสรณ์(2545) และ Panprasert(2004) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการให้บริการ ณ.ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเนื่องจากไม่ได้รับการพยาบาลที่สนับสนุนข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวอย่างเพียงพอ

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะของอารมณ์ที่เป็นลักษณะของบุคคล ซึ่งถูกกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติที่แสดงออกถึงความตึงเครียด ความหวาดหวั่น หวาดกลัว หวาดระแวง รู้สึกกังวล ว้าวุ่นใจ ไม่สามารถบอกถึงสาเหตุที่แท้จริงได้ โดยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล ที่เกิดจากการประเมินเหตุการณ์ที่มากระตุ้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตของตนเอง แบ่งได้เป็น 2 ชนิดได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแบบแฝง (Spielberger et al., 1972;กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) ความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวเมื่อพบเห็นหรือรับทราบผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะตึงเครียดขึ้นคือความวิตกกังวลขณะเผชิญ(Hudak et al.,1998) และระดับของความวิตกกังวลจะเพิ่มสูงขึ้นหากสมาชิกครอบครัวนั้นมีความวิตกกังวลแบบแฝงในระดับสูงเนื่องจาก ความวิตกกังวลแบบแฝง เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลทุกคน สามารถเกิดขึ้นต่อเนื่องจนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นเมื่อมีการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชีวิตได้ย่อมเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้สูงขึ้น(Spielberger et al., 1972;กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) เมื่อเกิดการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า ผู้บาดเจ็บจะเกิดภาวะวิกฤตทางด้านร่างกายและครอบครัวของผู้บาดเจ็บจะเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ(Robert, 1986 อ้างถึงใน ประยงค์ ทับทิม, 2552) จากการศึกษาพบทวนวรรณกรรมพบว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 35-73 (Pochard et al., 2005) โดยมีระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง(Delva et al., 2002) และพบว่าสมาชิกที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Mckierna & McCarthy, 2010) ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้บาดเจ็บทั้งเกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การหายใจลึกและเร็วขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดตัวและเกร็งและการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอึดอัด หงุดหงิด อาจมีอาการโกรธหรือซึมเศร้าได้ บางครั้งอาจแสดงออกถึงพฤติกรรม

ความรู้สึกที่มีทั้งหมดไม่มีสติสัมปชัญญะไม่มีเหตุผลและขาดการแก้ปัญหา(Schwecke, 2003;Shivas, 2005)

ความพึงพอใจ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่เป็นทัศนคติทั้งในด้านบวกและด้านลบ ที่เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นว่าตรงและเพียงพอกับความต้องการและความคาดหวังของบุคคลนั้น บุคคลจะแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจออกมาเป็นพฤติกรรมต่างๆ เช่น การส่งเสียงดัง โวยวาย ก้าวร้าว เป็นต้น(มาณีภา ออยู่สำราญ, 2553;Aday and Anderson, 1975)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ 1)ปัจจัยทางด้านบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002) ธรรมชาติ พบว่ามีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลแบบแฝงซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น(Goldman, 2001 อ้างถึงในอิสริย์ ศรีศุภโอบาร, 2557) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลตั้งเห็นได้จากการศึกษาของ Chartier & Coutu-Wakulczyk (1989) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล($r=0.49$) อายุ จากการศึกษานี้ของ Delva et al. (2002) พบว่าอายุของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล กล่าวคือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อายุน้อยจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีอายุมากกว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสิทธิการรักษาพยาบาลส่งผลถึงความวิตกกังวลให้เพิ่มสูงขึ้น(สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท, 2556) และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย พบว่าถ้ามีความสัมพันธ์ลักษณะเป็นคู่ชีวิตเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้นจะส่งผลต่อความวิตกกังวลได้สูงถึงร้อยละ 70(Porchad et al., 2005) 2)ปัจจัยด้านผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบไปด้วย ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย ถ้ามีระดับความรุนแรงมากเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูงย่อมส่งผลต่อการเพิ่มความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549;วารุณี บัวมีรูป, 2551;Leske, 2003;McAdam et al., 2010) ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด กระทันหันจะทำให้เกิดความวิตกกังวลได้(McAdam et al., 2009) 3)ปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล พบว่าลักษณะสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ไม่เพียงพอหรือการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องรวมถึงมีการประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกินความเป็นจริง(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549;สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท, 2556;Alda & Kristian, 2006;Harjinder, 2009) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าวโวยวาย ไม่พอใจต่อการรักษาพยาบาลทำให้เกิดการถูกฟ้องร้องหรือการร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ(Leske, 2002;Varcarolis, 2002;Schwecke, 2003;Shivas, 2005) การไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการที่เพียงพอ เช่น การตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ไม่เพียงพอ(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549;สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท, 2556;Alda&Kristian, 2006;Harjinder, 2009) การขาดการ

สื่อสารที่ชัดเจนเพียงพอระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในครอบครัว(อิสริย์ ศรีศุภโอบาร, 2557; Sauls & Warise, 2010) ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวต่อความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549)

การจัดการบริการตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาพบว่า ความต้องการไม่ว่าจะต่อผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวยังไม่เพียงพอ แพทย์หรือพยาบาลยังไม่สามารถให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการได้(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; อิสริย์ ศรีศุภโอบาร, 2557; Leske, 2002; Sauls & Warise, 2010) ซึ่งถ้าความต้องการได้รับการตอบสนองที่เพียงพอย่อมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ เพราะความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกโดยมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการและสอดคล้องระหว่างความคาดหวังการได้รับบริการการพยาบาลและการรับรู้จากบริการการพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง(มาธิตา อยู่สำราญ, 2553) ดังนั้นการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวให้ครอบคลุมทุกด้านจึงเป็นสิ่งที่ทำหาย เป็นการแก้ปัญหาในสิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการจริงๆ โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการของครอบครัวในช่วงภาวะวิกฤตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจต่อการพยาบาลให้สูงขึ้น

ความต้องการ คือสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข(รุ่งราวรรณ บัวชัย , 2553) แต่หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่คาดหวังนั้น ย่อมจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ วิตกกังวลและไม่พึงพอใจขึ้น(วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยที่ประสบภาวะวิกฤตต้องการ คือ การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การได้รับความเชื่อมั่น การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา การได้รับความช่วยเหลือรวมถึงการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Redley Beanlard & Botti, 2003; Tracy, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบันที่พบว่า การตอบสนองต่อการพยาบาลยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของครอบครัว(รุ่งราวรรณ บัวชัย, 2553; นิรมนต์ เหลาสุภาพ, 2557) และจากการศึกษาของ Panprasert(2004) พบว่าการให้สมาชิกในครอบครัวมีข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจในการร่วมมือในการรักษาพยาบาลโดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลรวมถึงเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการให้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.001

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยหนัก ดังเห็นได้จากการศึกษาของเกษร ปัญญาใส(2553) เรื่องผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ใน

ระดับสูงและการศึกษาของอำพร มะลิวัลย์(2557) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และจากการศึกษาในต่างประเทศของ Halm(1990) ศึกษาถึงผลของการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนโดยการจัดให้มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจกันภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และการศึกษาของ Chien et al.(2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า ญาติกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงโปรแกรมที่ตอบสนองตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างครอบคลุม การศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาในหอผู้ป่วยหนักซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้งบริบทของการให้การพยาบาล สภาพผู้ป่วยและสภาพจิตใจของสมาชิกครอบครัว อีกทั้ง ณ.ปัจจุบันแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะเน้นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย มิได้คำนึงถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บมากนัก พยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัวเฉพาะเวลาต้องการถามข้อมูลหรือได้รับการร้องขอเท่านั้น อีกทั้งการไม่มีสถานที่เหมาะสมและไม่มีการอธิบายขั้นตอนการรักษาหรืออาการผู้ป่วยในทุกกระยะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในขณะที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินขึ้น

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
3. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มที่ได้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวกับหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวกับหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลต่อสมาชิกครอบครัวทั้งทางตรงและอ้อม โดยเฉพาะในสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับผู้ป่วย ผลกระทบที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่คาดคิดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจและอารมณ์ของสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กระทบกระวายใจไม่สุขสบายและเกิดความวิตกกังวลขึ้น ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์ ซึ่งแต่ละบุคคลจะพยายามที่จะปรับตัวเพื่อรักษาซึ่งภาวะสมดุลทางอารมณ์นั้นไว้ แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมจะส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น(อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538;Agulier, 1998;Lazarus & Flokman, 1984) โดยพบว่าจะเกิดความวิตกกังวลระดับสูงภายในระยะ 72 ชั่วโมงแรกภายหลังเกิดการบาดเจ็บ(รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559;McAdam & Puntillo, 2009) ความวิตกกังวลและความไม่พึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นจากหลายปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ปัจจัยที่สำคัญคือ ครอบครัวยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอต่อความต้องการจากบุคลากร ดังแสดงให้เห็นจากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวแสดงออก เช่น ก้าวร้าว โวยวาย ไม่พอใจต่อการรักษาพยาบาล การฟ้องร้องหรือข้อร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ(Varcarolis, 2002;Arango-Lasprilla et al., 2010; Mbakile-Mahlanza et al., 2017) สมาชิกครอบครัวจึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อคลายความวิตกกังวล โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ(อิสริย์ ศรีศุภโอฟาร, 2557) การจัดการบริการตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ(มาณิกา อยู่สำราญ, 2553)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter & Leske (1983) นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น โดยจำแนกความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่สมาชิกครอบครัวว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุดจากทีมบุคลากรสุขภาพ 2) ด้านความสุขสบาย เป็นการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยขณะที่รอผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่มีในโรงพยาบาล แนะนำตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยงานสำคัญในโรงพยาบาลที่อาจจะต้องมีการติดต่อ 3) ด้านข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับทันทีตามสถานการณ์และการประสานงานให้สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยสอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ถึงอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษา และเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยินยอมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย 4) ด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายความรู้สึกรวมถึงให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสิทธิการรักษาหรือแหล่งสนับสนุนอื่นๆที่สมาชิกครอบครัวต้องการหรือให้สมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อหรือศาสนาตามความเหมาะสม 5) ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เป็นการให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังอย่างส่วนตัวและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษเมื่อจำเป็น เป็นต้น

ถึงแม้ความต้องการของมนุษย์มีความแตกต่างกัน แต่ถึงกระนั้นยังพบว่ามนุษย์ย่อมมีความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตรวมถึงความต้องการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมที่ไม่แตกต่างกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งมากระตุ้นก่อให้เกิดความไม่สมดุลขึ้น การได้รับการสนับสนุนตามความต้องการอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้สามารถปรับตัวเข้าสู่สมดุลได้(ประยงค์ ทับทิม, 2551;อิสริย์ ศรีศุภโอฟาร, 2557) โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวเป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในช่วงภาวะวิกฤต เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้การสนับสนุน ให้การดูแลด้วยความเข้าใจ ตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวให้ครบทุกด้าน การจัดให้ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย การได้เห็นบุคคลอันเป็นที่รักของพวกเขาปลอดภัย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปรับตัวและรักษาภาวะสมดุลทางอารมณ์โดยมีเป้าหมายเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว
2. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวสูงกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Designs) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน (Non-equivalent Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 โดยมีระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตามการประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) ในระดับเล็กน้อยมีระดับคะแนน 13-15 คะแนนและระดับปานกลางมีระดับคะแนน 9-12 คะแนน

ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 1 คนที่มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย ได้แก่ คู่สมรสหรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่ น้องและมิชฌาพาทในการรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากผลกระทบ

ของการเจ็บป่วย (ซึ่งได้จากการที่ให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกกันเองหลังจากได้รับคำชี้แจงจากผู้วิจัย)

ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งมีสถานะของอารมณ์ที่แสดงออกถึงความไม่สบายใจ ไม่มีความสุข กระวนกระวายวุ่นวายใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือรุนแรงเสียงต่อการเสียชีวิต ประเมินได้ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความวิตกกังวลของนางสาว ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา(2535) ที่ได้รับการแปลมาจากแบบประเมินความวิตกกังวล STAI From Y-1 ของ Spielberg et al.(1983) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ค่าคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุดที่ 60 คะแนนและคะแนนต่ำที่สุด 15 คะแนน

ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นทัศนคติทั้งในด้านบวกและด้านลบที่เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นว่าตรงและเพียงพอกับความต้องการและความคาดหวังของตนเองหรือไม่ สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวโดย Panprasert(2004) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-80 คะแนน

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบไปด้วย 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สังเกตความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สร้างความไว้วางใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยเมื่อญาติไม่ได้อยู่ใกล้ชิด 2) ความต้องการด้านความสุขสบาย ได้แก่ การช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉพาะความต้องการด้านพื้นฐานที่จำเป็น เช่น การจัดสถานที่ที่สะดวกสบาย จัดจุดรอพักขณะรอเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การมีป้ายชี้แจงถึงจุดให้บริการหรือสถานที่ในการติดต่อสอบถามที่ชัดเจน 3) ความต้องการด้านข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับทันทีตามสถานการณ์ และการประสานงานให้ได้มีโอกาสพูดคุยสอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ถึงอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษา(ตามความเหมาะสม) ผู้วิจัยได้พัฒนากระดานสีเพื่อแจ้งลำดับการรักษา อาการของผู้ป่วยและการรักษาที่ได้รับไว้บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและสถานภาพของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน นอกจากนี้ยังให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวโดยการให้คู่มือเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและแนวทางการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยินยอมให้ความร่วมมือใน

การดูแลรักษาผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน ได้แก่ การแนะนำสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ หรือการสนับสนุนทางการเงินซึ่งครอบคลุมสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์ และการสนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ครอบครัวต้องการหรือร้องขอ การอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเพิ่มเติมว่าจะสามารถขอรับได้จากที่ใดเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อร้องขอ หรือบ่อยครั้งมากที่สุดตามสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยโดยไม่ขัดกับการบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การช่วยเหลือในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพภายในขอบเขตที่กระทำได้โดยไม่ขัดกับหลักจริยธรรมและค่านึงถึงสิทธิผู้ป่วย

ซึ่งประเมินจากแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory) ของ Molter & Leske(1983) ประกอบด้วย 37 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 4 ระดับ คะแนนเฉลี่ยของความต้องการในแต่ละข้อมีความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-4 ถ้าคะแนนเฉลี่ยรวมในด้านใดมากแสดงว่าสมาชิกครอบครัวมีความต้องการในด้านนั้นสูง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย การคัดกรองความรุนแรงเพื่อจัดลำดับความสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและการประเมินสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับและแนวทางการรักษาในลำดับต่อไป การให้คำแนะนำและการดูแลทางด้านจิตใจให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมาชิกครอบครัว เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ลดความวิตกกังวล สร้างความพึงพอใจและลดข้อร้องเรียนที่อาจเกิดขึ้นได้

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องและสรุปเป็นเนื้อหาสาระที่สำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.3 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยและครอบครัว
 - 1.6 แนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
 - 2.1 ความหมายของครอบครัว
 - 2.2 แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัว
3. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัว
 - 3.4 ระดับของความวิตกกังวลของครอบครัว
 - 3.5 ผลกระทบของความวิตกกังวล
 - 3.6 การประเมินความวิตกกังวล
 - 3.7 ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของครอบครัว
 - 4.3 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - 4.4 การประเมินความพึงพอใจ

5. ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 5.1 แนวคิดความต้องการของครอบครัว
 - 5.2 การประเมินความต้องการของครอบครัว
6. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัวที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ(Head injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการของประชากรในวัยผู้ใหญ่กว่า 1.35 ล้านคนต่อปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อของประเทศ(World Health Organization, 2018) จากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 - 2561 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเฉลี่ย 21,200 คนต่อปี คิดเป็น 32.6 ต่อประชากรแสนคนหรือวันละ 60 คน มีผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 200,000 คนต่อปี ก่อให้เกิดความพิการถาวรกว่า 9,000 คนต่อปีและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นโดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว(กรมควบคุมโรค, 2562) สูงเป็นอันดับที่ 1 ของทวีปเอเชีย (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2562)

1.1 ความหมาย

ฮิกกี้(Hickey, 2003) กล่าวว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง การได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่างๆ ของศีรษะซึ่งได้แก่ หนึ่งศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมองและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน

สภาการพยาบาล(2550) กล่าวว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เส้นเลือด ก้านสมองโดยอาจเกิดเพียงอย่างเดียวหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกันก็ได้ ทำให้มีการแตกของกะโหลกศีรษะมีเลือดออกใต้กะโหลกศีรษะมีการฉีกขาดหรือชอกช้ำของเนื้อสมองและเกิดสมองบวม

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย(2552) ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามารกระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและสมองกับเส้นประสาทสมอง ซึ่งวินิจฉัยได้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD10 ขององค์การอนามัยโลก(WHO)

สรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง การบาดเจ็บของบุคคลที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบศีรษะและร่างกายแล้วส่งผลให้เกิดการกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อ สมอง ก้านสมอง เส้นเลือดและเส้นประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์และพฤติกรรม รวมถึงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

- 1) การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร พบว่าเกิดขึ้นได้ร้อยละ 19-86.2 (วันเพ็ญ บุณณวาณิช, 2555;Lundin et al., 2006) โดยยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด ได้แก่ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 74.40 และรถยนต์ ร้อยละ 12.70 คนเดินเท้า ร้อยละ 7.6 (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2562)
- 2) การถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 7-27.5 (Lundin et al., 2006)
- 3) หกล้ม ร้อยละ 5.7-39 (วรารุจ กิตติวัฒนากุล, 2543; Lundin et al., 2006)
- 4) การตกจากที่สูง ร้อยละ 10.2 – 21 (อินทิรา ทาเอื้อ, 2553; Scot, 2005)
- 5) การทำงานหรือการประกอบอาชีพ ร้อยละ 1.1 – 4.5 (อินทิรา ทาเอื้อ, 2553)
- 6) การเล่นกีฬาและสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 10 (Scott, 2005; Sigurdardottir et al., 2009)

เห็นได้ว่าการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากหลายสาเหตุในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุจราจรเนื่องจากหากคิดสัดส่วนตามจำนวนประชาชนต่อพื้นที่ของประเทศแล้ว ผู้เสียชีวิตที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยจะสูงเป็นลำดับ 1 ของโลก(สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2562)

1.3 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่สมองออกเป็น 2 แบบ (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2539 อ้างถึงในเบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) ได้แก่

1.3.1 การบาดเจ็บโดยตรง(direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด คือ 1)บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง(static head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวเล็กน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่ถ้าถูกตีด้วยวัตถุใหญ่หรือวัตถุที่มีความเร็วสูง จะทำให้สมองเกิดการสั่นสะเทือนอย่างรุนแรง 2)บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่(dynamic head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้นซึ่งมักมีการแตกตัวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย

1.3.2 การบาดเจ็บโดยอ้อม(indirect injury) คือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่นตกจากที่สูงกั้นกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรง ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

1.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของการได้รับบาดเจ็บและพยาธิสภาพของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค ดังนั้นการประเมินถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บตั้งแต่ระยะแรก จะช่วยในการวางแผนการรักษาและการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินความรุนแรงที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ การประเมินโดยใช้แบบประเมินของ กลาสโกว์ จะเป็นตัวบอกได้ว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง มีการทำลายหน้าที่ศูนย์ควบคุมความรู้สึกตัวมากหรือน้อย ประเมินได้จากการประเมินพฤติกรรม 3 ด้านได้แก่ ด้านที่ 1 การลืมตา ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด และด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด โดยมีคะแนนสูงสุด 15 คะแนน และน้อยที่สุด 3 คะแนนโดยคะแนนรวมของทั้งสามด้านบอกความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ(วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, 2551) ได้ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor Head Injury) อาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยอาจมีภาวะสูญเสียความจำในเหตุการณ์ช่วงเกิดอุบัติเหตุได้บ้างหรือไม่ได้บ้าง น้อยกว่า 30 นาที อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 3 จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงและหากไม่ได้รับการสังเกตอาการหรือการได้รับการดูแลที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการทำงานของระบบประสาทผิดปกติที่รุนแรงได้

ระดับคะแนน 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้มากกว่า 30 นาทีถึง 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการสับสนหรือซึม แต่ยังคงทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ ประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการแยกลงถึงขั้นโคม่าได้

ระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe Head Injury) มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตสูงมากและมักพบการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ร่วมด้วย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยในระดับสูงและมีความรุนแรง

1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยและครอบครัว

1.5.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1.5.1.1) ด้านร่างกาย การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตของชีวิต ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรืออาจมีภาวะทุพพลภาพตามมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ, 2541; วราวุธ กิตติวัฒนากุล, 2543; วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, 2551) และพบได้บ่อย (Martin et al., 2001) เนื่องจากการได้รับอันตรายต่อศีรษะโดยตรง เกิดการบาดเจ็บในส่วนต่างๆ ของศีรษะได้แก่ หนึ่งศีรษะบวมโนหรือฉีกขาด กระโหลกศีรษะร้าวหรือแตกหรือยุบ เนื้อสมองซ้หรือบวม เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดส่งผลให้มีเลือดออกในส่วนต่างๆ เช่นช่อง Extradural, Subdural, Subarachnoid และภายในเนื้อสมอง (จเร ผลประเสริฐ อ้างถึงในวรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, 2551) พบว่าเกิดการกระทบเทือนเนื้อสมองสูงถึงร้อยละ 50 (Phipps et al., 1991)

1.5.1.2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ จากการเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่รวดเร็วและรุนแรง การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่ ตลอดจนการรักษาของแพทย์ ความไม่แน่นอนในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว วิตกกังวล (ธนิตา พึ่งฉิ่ง, 2558) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่สามารถควบคุมและตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นก่อให้เกิดความสูญเสียพลังอำนาจและการมีคุณค่าในตนเองลดลง (ซอลดา พันธูเสนา, 2536) ความบกพร่องทางจิตใจและจิตวิญญาณนั้น เกิดจากความผิดปกติด้านการรู้คิดและด้านร่างกาย (Salmond & Sahakian, 2005) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยเฉื่อย อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 38.70 (Namasa, 2002; Khan et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการก้าวร้าว รุนแรง พบได้ในระยะ 1 ปีภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Hart et al., 2003; Wantana, 2003) พบว่าบางคนมีพฤติกรรมกลับไปเป็นเด็ก (Wantana, 2003) และบางรายต้องเข้ารับการรักษาทางจิตเวช (Bootcheewan, 2007)

1.5.1.3) ด้านสังคม การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติของร่างกายและจิตใจ ทำให้ขาดความมั่นใจในการทำงานและบทบาททางสังคม ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (อินทิรา ทาเอื้อ, 2553) และการนอนรักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ (วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, 2551; Habonbi et al., 2001)

1.5.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

1.5.2.1) ด้านร่างกาย เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาลในทุกๆระยะของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและจากการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพ เกิดขึ้น ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา(พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549) ซึ่งเป็นเหตุผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้แก่ ปวดหลัง ปวดเข่า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร(Buddhawan, 2002) อ่อนเพลีย คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนแอและหลงลืม(พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Marsh et al.(1998) พบว่าในระยะ 6 เดือนภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่รับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีการใช้ยานอนหลับและการดื่มสุราเพิ่มสูงขึ้น

1.5.2.2) ด้านจิตใจ การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เกิดขึ้นอย่างกระทันหันส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล พบว่าจะเกิดความวิตกกังวลระดับสูงได้ภายในระยะ 72 ชั่วโมงแรกภายหลังจากการบาดเจ็บ(Tracy et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยาภรณ์ นวลสีทอง(2549) พบว่าครอบครัวจะมีความรู้สึกไม่สบายใจ ว้าวุ่นใจ วิตกกังวลเมื่อเกิดเหตุการณ์กับผู้ป่วย การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะถือเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์ บุคคลจะพยายามที่จะปรับตัวเพื่อรักษาซึ่งสมดุลนั้นไว้ หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้น(อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538;Aguilera, 1989;Lazarus & Flokman, 1984) โดยเฉพาะการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เฉียบพลัน สมาชิกในครอบครัวไม่มีโอกาสเตรียมตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นสถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้อยู่ในภาวะที่กดดันและตึงเครียด(Solursh, 1990) ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดความกลัวไม่กล้ายอมรับความจริง กังวลว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต (Hudak et al., 1998) หรือเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมถึงการรักษาที่ได้รับและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

1.6 แนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

แนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ(ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2552)ได้แก่

1.6.1 Outpatient treatment ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงมีค่า GCS 15 คะแนน ตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทใดๆและไม่มีปัจจัยเสี่ยงเป็นกลุ่มที่ไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่จำเป็นต้องให้คำแนะนำในการสังเกตอาการทางระบบประสาทและอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลซ้ำ

1.6.2 Admission for observation and treatment ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บที่ ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงทุกราย รวมถึงกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีปัจจัย เสี่ยงสูง

2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

2.1 ความหมายของครอบครัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2546) ให้นิยามของ”ครอบครัว” ว่า หมายถึง ผู้ร่วม ครัวเรือน ได้แก่ สามี ภรรยาและบุตร

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์(2545) หมายถึง การอยู่ร่วมกันของบุคคลที่เป็นสมาชิก ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ผูกพันกัน เช่น ความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิก ที่มีความสัมพันธ์กันจะมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตร

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร(2548) กล่าวว่า ครอบครัวประกอบด้วย บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่ร่วมกันด้วยความผูกพันและมีความเกี่ยวพันโดยการสมรส สายโลหิตหรือยอมรับกันตาม กฎหมาย มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยทั่วไปแล้วบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว เดียวกัน มักจะอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน

จิราพร ชมพิกุลและคณะ(2552) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ ผูกพันกันทางสายโลหิตหรือกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ แตกต่างกัน เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยาและบุตร เป็นต้น

สรุปว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ มีความผูกพันกัน เกี่ยวข้องกัน ทางสายเลือดหรือกฎหมาย แต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างของบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ

2.2 แนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัว

ฮิล(Hill, 1948 อ้างถึงใน อีสริย์ ศรีสุภโอบาร, 2557) กล่าวถึงทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัว โดยใช้แบบจำลอง ABCX ซึ่งอธิบายว่าครอบครัวจะเกิดภาวะวิกฤตได้ เกิดจากปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ 1)ปัจจัย A คือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกในครอบครัวเป็นได้ทั้งภายนอกและ ภายในครอบครัว เช่น ภาวะการเจ็บป่วย 2)ปัจจัย B คือแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนของ ครอบครัวที่นำมาช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัจจัย A 3)ปัจจัย C การรับรู้ของ ครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันกับสิ่งที่เคย ได้รับมาแล้วในอดีตซึ่งจะส่งผลต่อครอบครัวที่แตกต่างกัน และ 4)ปัจจัย X คือภาวะวิกฤตของ ครอบครัว

อะคริลเลรา(Aquilera, 1998) กล่าวว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.2.1) ภาวะวิกฤตที่เกิดจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Developmental crisis หรือ Maturational crisis) ซึ่งเกิดขึ้นตามกระบวนการของการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปจามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งประกอบไปด้วย พัฒนาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยหนุ่มสาวหรือวัยสูงอายุ การเข้าเรียนในโรงเรียนใหม่ เป็นต้น ซึ่งในแต่ละบุคคลจะสามารถก้าวผ่านระยะวิกฤตเหล่านี้ไปได้ จะต้องสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2.2) ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ภายนอกตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมโดยรอบ ที่เกิดขึ้นฉับพลัน ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ในทันทีทันใด ก่อให้เกิดภาวะความเครียดและทำให้เกิดความเสียสมดุล เช่น การตายของสมาชิกในครอบครัว การเกิดอุบัติเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ คือภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่คาดคิด เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บและคุกคามต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ตามมาในที่สุด

3. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย

ความวิตกกังวลของครอบครัวเมื่อพบเห็นหรือรับทราบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยแนวโน้มน่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือภาวะตึงเครียดขึ้น ดังนั้นเมื่อมีการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงและส่งผลต่อชีวิตได้ย่อมเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้สูงขึ้น (Spielberger et al., 1972; กัญญา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 35-73 (Pochard et al., 2005) โดยมีระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (Delva et al., 2002) และพบว่าสมาชิกที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด (Mckiernan & McCarthy, 2010)

3.1 ความหมาย

Spielberger (1976) ให้ความเห็นต่อความวิตกกังวลว่า เกิดจากการคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรือเป็นอันตรายต่อตนเองโดยสิ่งที่เข้ามาคุกคามนั้นอาจมีอยู่จริงหรืออาจเป็นสิ่งที่คาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า ส่งผลให้เกิดภาวะตึงเครียดไม่พึงพอใจ ไม่สุขสบายใจ เป็นทุกข์หวาดหวั่นและกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงานมากขึ้น

อิสริย์ ศรีสุภโอบาร (2557) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกต่อสิ่งเร้าที่คาดว่ามิผลคุกคามหรืออันตรายต่อตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้

หรืออาจเกิดจากการคาดคะเนเหตุการณ์ ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สุขสบายใจ ยากลำบากใจ หวาดหวั่นและเกิดความไม่พึงพอใจ

จึงสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง สภาพของอารมณ์ที่แสดงออกถึงความไม่สบายใจ ไม่มีความสุข กระวนกระวายวุ่นวายใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลต่อการรับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือรุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งมักแสดงออกทางพฤติกรรมหรือความไม่พึงพอใจ

3.2 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger (1983) ได้แบ่งประเภทของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

3.2.1) ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ความกังวลที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหรือต่อสิ่งคุกคามที่อาจก่อให้เกิดอันตรายมากระตุ้น เช่น การที่มีบุคคลในครอบครัวได้รับบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวแต่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นสิ่งคุกคามจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นโดยการตอบสนองจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแฝงและประสบการณ์ในอดีต

3.2.2) ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือเป็นลักษณะพื้นฐานประจำตัวของแต่ละบุคคล ลักษณะค่อนข้างคงที่ไม่แสดงออกมาในเชิงพฤติกรรมแต่จะเป็นตัวส่งเสริมพฤติกรรมการตอบสนองของความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยพบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ง่ายและบ่อยกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำและมีแนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรงกว่าคนที่มีความวิตกกังวลต่ำ

สรุปได้ว่าความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญเนื่องจากมีเหตุการณ์ที่คุกคามและไม่คาดคิดซึ่งจะส่งผลต่อความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแบบแฝงของบุคคลนั้นๆ

3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวทั้งที่สามารถจัดการได้และไม่สามารถจัดการได้ ดังนี้

3.3.1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

เพศ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002)

กรรมพันธุ์ พบว่ามีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลแบบแฝงซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น (Goldman, 2001 อ้างถึงในอิสริย์ ศรีศุภโธพาร, 2557)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลตั้งเห็นได้จากการศึกษาของ Chartier & Coutu-Wakulczyk (1989) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวล ($r=0.49$)

อายุ จากการศึกษานี้ของ Delva et al.(2002) พบว่าอายุของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล กล่าวคือ ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อายุน้อยจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีอายุมากกว่า

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย พบว่าถ้ามีความผูกพัน ใกล้ชิด โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเป็นคู่ชีวิตเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้นจะส่งผลต่อความวิตกกังวลได้สูง ถึงร้อยละ 70 (Porchad et al, 2005)

3.3.2) ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย พบว่าถ้ามีระดับความรุนแรงสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูง รวมถึงสภาพอาการ ลักษณะบาดแผล ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่สูญเสียไป ย่อมส่งผลต่อการเพิ่มความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; วารุณี บัวมีรูป, 2551; Leske, 2003; McAdam et al, 2010)

3.3.3) ลักษณะสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความไม่คุ้นเคยของสภาพแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจะส่งผลต่อการเพิ่มความวิตกกังวลให้สูงขึ้น(อิสริย์ ศรีศุภโอบการ, 2557) ความไม่คุ้นเคยกับบุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แสงและเสียงจากการทำงานของอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเร่งรีบเหมือนกับเป็นคนแปลกหน้าย่อมส่งผลให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; วรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, 2551)

3.3.4) สถานะทางเศรษฐกิจและสิทธิการรักษา เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวเช่นเดียวกัน เนื่องจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลผู้ป่วย จะได้รับการตรวจรักษาด้วยกรรมวิธีต่างๆ ซึ่งล้วนมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; วารุณี บัวมีรูป, 2551)

3.3.5) การได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ไม่เพียงพอหรือการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องรวมถึงมีการประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกินความเป็นจริง(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; สุมา มิตา สวัสดิ์ดิณฑนาท, 2556; Alda & Kristian, 2006; Harjinder, 2009) เนื่องจากลักษณะการให้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ จะให้การดูแลกับผู้ป่วยโดยสมาชิกครอบครัวจะรออยู่บริเวณด้านนอก ไม่เห็นถึงสภาพความเป็นไปที่เกิดขึ้น การไม่ได้รู้เกี่ยวกับอาการและการพยากรณ์โรค ทำให้ครอบครัวเกิดความกังวลว่าผู้ป่วยจะพิการ ได้รับความทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความเครียดและความวิตกกังวล(กนิษฐา จำนงค์นิตย์, 2551) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของครอบครัว เช่น ก้าวร้าวโวยวาย ซักถามอาการผู้ป่วยจนบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้ การไม่พอใจต่อการรักษาพยาบาล ทำให้เกิด

การถูกฟ้องร้องหรือการร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ(Leske, 2002;Varcarolis, 2002;Schwecke, 2003;Shivas, 2005)

3.3.6) การไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการที่เพียงพอ เช่น การตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางการรักษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549;สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฎนาท, 2556;Alda&Kristian, 2006;Harjinder, 2009) การขาดการสื่อสารที่ชัดเจนเพียงพอระหว่างพยาบาลกับครอบครัว(อิสริย์ ศรีศุภโอฟาร, 2557; Sauls & Warise, 2010) ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวที่จะอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย(กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) และจากการศึกษาของ Miracle (2006) พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้พบกับผู้ป่วยทันทีที่มาถึงโรงพยาบาลและมีความต้องการที่จะเข้าพบผู้ป่วยได้บ่อยตามที่ต้องการเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการย่อมส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลขึ้น

3.4 ระดับของความวิตกกังวลของครอบครัว

สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลได้เป็น 4 ระดับ (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549;อิสริย์ ศรีศุภโอฟาร, 2557; Varcarolis, 2002) ดังนี้

3.4.1) ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลมีการมองเห็น การได้ยิน สมาธิและความจำดีขึ้น มีความอดทนอดกลั้นและตื่นตัวอยู่เสมอ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความตั้งอกตั้งใจ มีการรับรู้ที่ถูกต้องแม่นยำ มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล พยายามที่จะค้นหาแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิภาพ มีผลกระทบตุนระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้สัญญาณชีพเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้สามารถควบคุมและจัดการได้หรืออาจได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเล็กน้อย จะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นๆ ได้

3.4.2) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระดับที่บุคคลมีการรับรู้แคบลงและเลือกรับรู้เฉพาะที่สนใจหรือต้องการ ความสามารถในการมองเห็น การได้ยินหรือรับสัมผัสต่างๆ ลดลง แต่ประสิทธิภาพในการนึกคิดตัดสินใจไม่ได้อยู่ในระดับสูงสุด ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญปัญหาในบางครั้งต้องอาศัยการประคับประคองช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนจึงจะสำเร็จ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิต อัตราการหายใจและชีพจรเพิ่มขึ้น ใจสั่น มีการกระตุ้นต่อมเหงื่อ กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น รู้สึกตึงเครียด มีอาการไม่สุขสบายทางกายเช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

3.4.3) ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ทำให้การรับรู้แคบมาก หงุดหงิดครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถจับสาระสำคัญหรือเชื่อมโยง

เหตุการณ์ได้ ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาจึงยาก บางรายอาจสับสนควบคุมตนเองไม่ได้ เตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือหลีกเลี่ยงนี้ แยกตัว ไม่อยู่หนึ่งกระสับกระส่าย พุดจก้าวร้าวหรือพุดร้าวเร็ว สบตาน้อยลง มีความไม่สุขสบายที่รุนแรง คร่ำครวญร้องไห้ รู้สึกถึงความหวาดกลัว การรับรู้ไวต่อความรู้สึก เรียกร้องความต้องการ ความรู้สึกและการรับรู้บิดเบือนจากปกติ เหม่อลอย ขาดความเป็นเหตุเป็นผล ขาดทักษะในการแก้ปัญหา อาจมีอาการเพ้อคลั่ง ประสาทหลอน หากเกิดเป็นระยะเวลานานอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือคิดถึงการฆาตกรรมได้

3.4.4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีการรับรู้แคบมาก ขาดการรับรู้หรือปฏิเสธการรับรู้ หวาดหวั่นสุดขีด ไม่สามารถควบคุมร่างกายหรือช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ แสดงออกทางด้านจิตใจ มีอาการเหม่อลอย หยุตนิ่ง หรือแสดงออกถึงพฤติกรรมก้าวร้าว ร้องตะโกน กรีดร้อง อาจเกิดการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น แสดงออกถึงพฤติกรรมความรู้สึกที่มีทั้งหมด อารมณ์รุนแรง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีเหตุผล ขาดการแก้ปัญหา

3.5 ผลกระทบของความวิตกกังวล

3.5.1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี เช่น ระดับของ Epinephrine, Nor-epinephrine ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา คือ การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การหายใจลึกและเร็วขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดตัวและเกร็ง อีกทั้งยังส่งผลต่อการหลั่งของ Adreno-Cortical hormone ที่หลั่งออกมาส่งผลต่อการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย รวมทั้งการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ทำให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง เหงื่อออก ตัวเย็นและยังทำให้ร่างกายทนต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้น(อิสริย์ ศรีศุภโอาหาร, 2557) นอกจากนี้ความวิตกกังวลระดับสูงทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับหรือหลับไม่เพียงพอ ฝันร้าย(Halm et al., 1993)

3.5.2) ด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด อาจมีอาการโกรธหรือซีမ်เศร้าได้ จากการศึกษาของ Paparrigopoulos et al. (2006) พบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแบบแฝงเป็นปัจจัยทำนายในการเกิดภาวะเครียดภายหลังเผชิญอันตราย(Post-Traumatic Stress Disorder;PTSD) สอดคล้องกับการศึกษาของAzoulay et al. (2005) พบว่าสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 ใน 3 จะมีอาการของภาวะเครียดภายหลังเผชิญอันตรายภายหลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต

3.5.3) ด้านการรับรู้ ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะทำให้ประสาทตื่นตัว มีสมาธิมากขึ้น การสังเกต การรับรู้และความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลสูงและรุนแรงจะทำให้ความสามารถในการสังเกตและการรับรู้ลดลง สมาธิและความจำลดลง(สุทธิณี วัฒนกุล, 2547 อ้างถึงใน อิสริย์ ศรีศุภโอาหาร, 2557)

3.5.4) ด้านสังคม พบว่าส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการทำบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป(เกษร ปัญญาใส, 2553) รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำงานหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง(อินทิรา ทาเอื้อ, 2553)

3.5.5) ด้านพฤติกรรม เช่น การมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ เช่น การถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ การเดินวนไปวนมา การใช้ยาหรือสารเสพติด เช่นการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา เพื่อให้สามารถเผชิญหรือหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล บางรายอาจมีอาการทางจิตเวชตามมาได้(ฐิติมา ธารประสิทธิ์, 2548 อ้างถึงใน อีสริย์ ศรีศุภโอาหาร, 2557)

3.6 การประเมินความวิตกกังวล

3.6.1 การประเมินทางด้านร่างกาย เช่น การสังเกตเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่สัมพันธ์กับความระดับความวิตกกังวลเนื่องจากแต่บุคคลมีความแตกต่างกัน(Varcarolis, 2002)

3.6.2 การประเมินด้วยตนเอง(self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลของตนเองที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายพบว่ามีหลายวิธี เช่น

3.6.2.1) มาตรวัดความวิตกกังวลแบบประเมินค่าด้วยสายตา(Visual Analogue Scale:VAS) ของ Gaberson(1991 อ้างถึงในอีสริย์ ศรีศุภโอาหาร, 2557) โดยการกำหนดเส้นตรงความยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายปิดทางด้านซ้ายมือ จะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลและจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ไปทางขวามือจนถึงปลายปิดทางด้านขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด โดยให้ผู้ประเมินกากบาทหรือระบุตำแหน่งของความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกวิตกกังวล ณ ตอนนั้นมากที่สุดลงบนเส้นที่กำหนด

3.6.2.2) Beck Anxiety Inventory (1990) เป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวล มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มี 4 ตัวเลือก โดยมีค่าคะแนนได้แก่ 0 คือ ไม่มีอาการนั้นเลยจนถึง 3 คือ มีอาการ เหล่านั้นมาก คะแนนรวมต่ำสุด คือ 0 คะแนนและคะแนนสูงสุด คือ 63 คะแนน มีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะวิตกกังวล จำนวน 40 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเชิงสอดคล้องภายใน(internal consistency) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .92 (Fydrich, Dowdall, & Chambless, 1992 อ้างถึงในอีสริย์ ศรีศุภโอาหาร, 2557)

3.6.2.3) แบบสำรวจความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory Form Y: STAI Form Y ของ Spielberger et al. (1983) เป็นแบบสำรวจที่มีวัตถุประสงค์ในการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง มีความคิดพื้นฐานที่ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบต่อกระบวนการคิด ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและการแสดงออกของพฤติกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสำรวจความวิตกกังวลขณะเผชิญ STAI Form Y-1 ที่

เกิดขึ้นต่อสถานการณ์เฉพาะ จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีระดับความรู้สึก 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก มีมากที่สุด ส่วนที่ 2 เป็นแบบความสำรวจความวิตกกังวลแบบแฝง STAI Form Y-2 ซึ่งเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล จำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีระดับความรู้สึก 4 ระดับ ตั้งแต่ เกือบไม่มีเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบตลอดเวลา คะแนนรวมที่ได้จากการสำรวจความวิตกกังวลจะมีตั้งแต่ 20-80 คะแนน ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกขณะเผชิญต่ำ ส่วนคะแนนที่ได้ในระดับสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง จากการศึกษาของกันยา วังเฮงยะฤทธิ์ (2549) นำไปทดลองใช้กับญาติของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำนวน 10 รายและนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจความวิตกกังวลขณะเผชิญ เท่ากับ .84 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจความวิตกกังวลแบบแฝง เท่ากับ .85

3.6.3 การประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก โดยการสังเกตการเคลื่อนไหว การสื่อสารด้วยคำพูดหรือภาษากาย สมาธิ การรับรู้ การตัดสินใจและการจำ โดยใช้แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของ(Gramham & Conley, 1971 อ้างถึงใน Panprasert, 2004)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสำรวจความวิตกกังวลขณะเผชิญของสมโภชน์ เอี่ยมสุภาคี ชาติรี นนทศักดิ์ และจิน แบรี(2535) ที่ได้รับการแปลมาจากแบบประเมินความวิตกกังวล STAI Form Y-1 ของ Spielberger et al.(1983) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้เผชิญและพบว่าแบบประเมินฉบับนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงในการนำไปใช้อย่างแพร่หลายและไม่พบความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม

3.7 ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่คาดคิด ไม่สามารถคาดการณ์อาการต่างๆรวมถึงสิ่งที่เกิดกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บได้ เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและมีโอกาสที่เสียชีวิตสูง ดังนั้นจึงส่งผลให้ครอบครัวเกิดภาวะวิตกกังวลสูง(ประยงค์ ทับทิม, 2552;นิรมนต์ เหลาสุภาพ, 2557) พบได้สูงถึงร้อยละ 73.4 (Pochard et al., 2005) โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกภายหลังเกิดเหตุ (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2559;McAdam & Puntillo, 2009) สังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกของสมาชิกครอบครัว เช่น การเดินไปเดินมา หน้ามึนวิ้งๆ ขมวด ถ้ามคำถามเดิมซ้ำๆ การแสดงออกทางอารมณ์ หงุดหงิดหรือวากจาก้าวร้าวต่อบุคลากรทางการแพทย์และไม่พึงพอใจในบริการของบุคลากร (ประยงค์ ทับทิม, 2552) การเรียกร้องหรือขอความช่วยเหลือหรือการซักถามมากเกินไป(สมศิริ สายภัทรานุสรณ์, 2545) แสดงให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกิดความวิตกกังวล (Arango-Lasprilla, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Halm (1990 อ้างถึงในสุทธิณี วัฒนกุล, 2547) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกสถานการณ์(universal emotion) เมื่อต้อง

เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตของชีวิต(life crisis) สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหันโดยไม่คาดคิดมาก่อน 2) การพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน 3) ความกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดความเจ็บปวดหรือมีความปวดเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน กลัวความพิการที่หลงเหลืออยู่หรือกลัวความตาย 4) การขาดความเป็นส่วนตัว 5) สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เวียงพิทักษ์ (2546) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่ประสบในภาวะวิกฤตจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน หวาดวิตก กลัวและสับสน เกิดจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต ความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นและการได้รับข้อมูลที่ไม่มีเพียงพอส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลได้สูงถึงร้อยละ 91

4. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย

ความพึงพอใจเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้เกิดการประเมินเพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและเป็นการให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงระบบบริการของสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพโดยรวม ซึ่งบุคลากรที่ให้บริการมีบทบาทสำคัญต่อการทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจขึ้น (สรานันท์ อนุชน, 2556)

4.1 ความหมาย

Aday and Anderson(1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้เข้ารับบริการเข้าไปในสถานบริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยที่ความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน

มาณิกา อยู่สำราญ(2553) กล่าวว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกโดยมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการและสอดคล้องระหว่างความคาดหวัง จากการบริการพยาบาลและการรับรู้จากบริการพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เป็นทัศนคติทั้งในด้านบวกและด้านลบ ที่เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นว่าตรงกับความต้องการและความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ ซึ่งการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการจะส่งผลต่อระดับของความพึงพอใจที่เกิดขึ้น

4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของครอบครัว

4.2.1 ระยะเวลารอคอยขณะเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าถ้าระยะเวลาการรอคอยการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนานขึ้น จะส่งผลต่อระดับของความพึงพอใจที่ลดลง จากการศึกษาของ Stempniak (2013) พบว่าระยะเวลารอคอยการรักษาน้อยกว่า 15 นาที ผู้ป่วย

และครอบครัวมีอัตราความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่าร้อยละ 90 และถ้าระยะเวลาการรอคอย นานมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป อัตราความพึงพอใจต่อการบริการลดลงเหลือร้อยละ 80

4.2.2 การสื่อสารและการรับรู้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าถ้าบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ จะส่งผล ต่อผลลัพธ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ดีซึ่งครอบคลุมถึงการลดลงของ ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยและอาการผิดปกติอื่นๆ (Norouzinia et al., 2016) รวมถึงการเพิ่มขึ้นของระดับความพึงพอใจ(Levandovski et al., 2015;Worku & Loha, 2017)

4.2.3 สิ่งแวดล้อมในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าการมีข้อจำกัด ความคับแคบ แออัด ผู้ป่วยนอนรับการรักษานานมาก การเพิ่มการบริการเพื่อตอบสนองความสบาย จัดจุด รอพักให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว สามารถเพิ่มความพึงพอใจต่อการรับ บริการให้สูงขึ้นได้(Levandovski et al., 2015; Son & Yom, 2017;Worku & Loha, 2017;Natesan et al., 2019)

สรุปได้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินเกิดจากปัจจัยดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้บริการที่ตอบสนองความ ต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเพิ่มความพึงพอใจต่อการรับบริการ

4.3 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อพฤติกรรมบริการของพยาบาลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

การที่จะให้บริการพยาบาลเพื่อสนองต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้น การพยาบาล จะต้องมีคุณภาพ ตอบสนองตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งผู้รับบริการจะพึงพอใจได้ขึ้นอยู่กับ คุณภาพบริการการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับคุณภาพของการบริการ พยาบาลที่คาดหวังไว้(บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2544 อ้างถึงใน วิไลพร สมานกสิกรรม, 2549) ซึ่ง ประเมินได้จาก 1) การบริการที่สัมผัสได้(tangibles) 2) ความน่าเชื่อถือของการให้บริการ (reliability) 3) การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ(responsiveness) 4) การให้บริการที่มีการ ประกันคุณภาพ(assurance) 5) การบริการที่เข้าถึงจิตใจ(empathy) รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ ได้รับเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานการบริการที่ทรงคุณค่าย่อมมีความสัมพันธ์ ต่อการเพิ่มความพึงพอใจในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้(Levandovski et al., 2015)

4.4 การประเมินความพึงพอใจ

4.4.1 การใช้แบบประเมิน(Visual Analogue Scale) เป็นการใช้มาตราส่วนประมาณ ค่า สำหรับการประเมินความพึงพอใจใช้วัดความพึงพอใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกโดยเปรียบเทียบกับ แถบภาพ(Visual Scale) อาจแบ่งคะแนนเป็นค่าร้อยละหรือแบ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Sommers, 1992 อ้างถึงใน มาณิกา อยู่สำราญ, 2553)

4.4.2 ประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์หรือแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของ วิไลพร สมานกสิกรรม(2549) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อโดยครอบคลุม 5 ด้าน คือ การบริการที่สัมผัสได้ ความน่าเชื่อถือของการให้บริการ การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ การให้บริการที่มีการประกันคุณภาพ การบริการที่เข้าถึงจิตใจ ซึ่งในแต่ละข้อจะเลือกตอบเป็นมาตรา 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา(Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

4.4.3 ประเมินจากการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของ สมคิด ปานประเสริฐ(Panpresert, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อโดยแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นการวัดความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา(Cronbach's alpha Coefficient)เท่ากับ 0.87

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับของสมคิด ปานประเสริฐ(Panpresert, 2004) เนื่องจากมีความเหมาะสมและลักษณะของกลุ่มประชากรที่มีความใกล้เคียงกัน

5. ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตามปกติบุคคลจะมีความต้องการตามธรรมชาติเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตและต้องการการตอบสนองความต้องการเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม แต่หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่คาดหวังนั้น ย่อมจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ ไม่สบายใจ วิตกกังวลและไม่พึงพอใจขึ้น ซึ่งจะแสดงออกทางร่างกายและพฤติกรรม กล่าวได้ว่าความต้องการเป็นความประสงค์ ความปรารถนาซึ่งเกิดจากการที่บุคคลอยากได้รับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อตอบสนองการดำรงอยู่ของชีวิต ทำให้เกิดความสุขโดยบุคคลจะรับรู้ความต้องการของตนเองและเกิดแรงจูงใจในการแสวงหา เพื่อตอบสนองความต้องการในขั้นต่างๆ จนเกิดความพึงพอใจ (วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ, 2551) การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการในด้านต่างๆโดยแสดงออกมาในรูปแบบของความห่วงใย ความวิตกกังวลหรือโดยการบอกล่า แสดงออกทางพฤติกรรมซึ่งบางครั้งอาจซ่อนเร้นอยู่(ประยงค์ ทับทิม,2552) เพื่อที่จะรักษาภาวะสมดุลของชีวิตและสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนในการให้กับผู้ป่วยได้ พยาบาลจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม(อิสริย์ ศรีศุภโอฬาร, 2557)

5.1 แนวคิดความต้องการของครอบครัว

Maslow(1970 อ้างถึงใน อิศริย์ ศรีศุภโธพาร, 2557) กล่าวว่ามนุษย์มีความต้องการตลอดเวลาเพื่อพัฒนาชีวิต มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อกันเป็นลำดับขั้น ซึ่งความเจ็บป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อความเข้มแข็งและความต้องการของบุคคลได้ ระดับของความต้องการของบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน โดยแบ่งความต้องการพื้นฐานของคน(Basic Need Hieratchy) เป็น 5 ชั้นได้แก่ 1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย(Safety and Security Needs) 3) ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ(Love and Belonging Needs) 4) ความต้องการยอมรับนับถือตนเอง(Esteem Needs) 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต(Self-actualization Needs)

Molter (1979) กล่าวว่า ผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยหนักขึ้น ซึ่งพบว่าความต้องการของครอบครัวส่วนใหญ่จะได้รับการตอบสนองจากพยาบาลและความต้องการของครอบครัวที่มีความสำคัญและมีความต้องการการได้รับการตอบสนองความต้องการสูงสุด 10 ข้อแรก ได้แก่ 1)ความรู้สึกรับประกัน 2)ความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย 3)การมีที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย 4)การได้รับแจ้งที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไป 5)รับทราบการพยากรณ์โรค 6)ได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง 7)ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย 8)ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 9)ได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย 10)การได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ

Gaglione (1984 อ้างถึงใน พชรพร ยอดเพชร, 2559) ได้แบ่งความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร(Informational needs) 2) ความต้องการด้านร่างกาย(Physiological needs) 3) ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์(Emotional needs) 4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ(Spiritual needs)

ประยงค์ ทับทิม(2551) พบว่าความต้องการของญาติผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุดังนี้ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล เนื่องจากการเข้ารับการรักษาที่กระชั้นชิด ไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้และจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในโรงพยาบาล มีผลทำให้ญาติรู้สึกว่าคุณคนอันเป็นที่รักของตนกำลังตกอยู่ในภาวะอันตราย ส่งผลให้ความกังวลรุนแรงขึ้น 2) ความต้องการด้านข้อมูล เมื่อมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องพบกับสภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับครอบครัวได้ การไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่กระจ่างชัด ส่งผลให้ครอบครัวแสวงหาข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยการแสดงอาการพฤติกรรมคือการซักถาม เพื่อให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้อง 3) ความต้องการการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เพื่อทราบอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เข้มแข็งเมื่อได้รับกำลังใจจากครอบครัวของตนในขณะที่เกิดภาวะวิกฤต 4) ด้านความ

ต้องการส่วนบุคคล พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการทางการสนับสนุนทางการเงินในระดับสูง

5) ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ในฐานะที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องกำลังใจ ต้องการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความคับข้องใจและไม่สามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้

จะเห็นได้ว่าความต้องการของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะวิกฤตขึ้น ย่อมส่งผลต่อความต้องการในแต่ละด้านเพิ่มสูงขึ้นหรือลดลงแตกต่างกัน ทั้งความต้องการพื้นฐาน รวมถึงด้านจิตสังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเพียงพอย่อมก่อให้เกิดความไม่สมดุลขึ้นส่งผลต่อการเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์และความไม่พึงพอใจได้ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนตามความต้องการอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

5.2 การประเมินความต้องการของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยตั้งแต่ปี 1975 จากการศึกษาของ Hamp(1975 อ้างถึงใน อีสริย์ ศรีศุภโอสการ, 2557) ได้ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์คู่ชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต พบว่ามีความต้องการ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้าย 2) ความต้องการที่จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต 3) ความต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความสุขสบายในวาระสุดท้ายของชีวิต 4) ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย 5) ความต้องการแจ้งข่าวเมื่อผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิต 6) ความต้องการที่จะระบายความรู้สึก 7) ความต้องการที่จะได้รับความสุขสบายและได้รับการช่วยเหลือ 8) ความต้องการการยอมรับ การสนับสนุนและความสะดวกสบายจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าการศึกษามีข้อจำกัดในด้านกลุ่มตัวอย่าง ต่อมา Molter(1979) ได้ทำการศึกษาโดยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจนขึ้นในเรื่องของอายุ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลา ทำให้ได้ข้อคำถามในการสอบถามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมด 45 ข้อ ซึ่ง Daley(1984) นำแนวคำถามของ Molter มาใช้ซึ่งพบว่าสามารถแบ่งข้อคำถามออกมาเป็น 6 ด้าน โดยพบว่าผลการศึกษาของ Daley และ Molter มีความคล้ายคลึงกัน

ต่อมา Molter & Leske(1983) ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้แบบประเมินของ Molter (1979) นำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือในการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นที่รู้จักคือ Critical Care Family Need Inventory; CCFNI ซึ่งได้จำแนกความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (Assurance and anxiety reduction) จำนวน 7 ข้อ 2) ความต้องการด้านความสะดวกสบาย (Comfort) จำนวน 6 ข้อ 3) ความต้องการด้านข้อมูล (Information) จำนวน 9 ข้อ 4) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิด (Proximity and accessibility) จำนวน 9 ข้อ 5) ความต้องการด้านการช่วยเหลือ

สนับสนุน (Support) จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 4 ระดับ ซึ่งการประเมินในแต่ละข้อ มีตัวเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก เมื่อรวมคะแนนแล้วด้านใดมีคะแนนรวมมากที่สุดแสดงว่า สมาชิกครอบครัวมีความต้องการในด้านนั้นมากที่สุด(อิสริย์ ศรีศุภโอาหาร, 2557)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต(CCFNI) มาใช้เนื่องจากมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายมีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษาและมีการทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 (อิสริย์ ศรีศุภโอาหาร, 2557)

6. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัวที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัวในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน(critical and emerging care nursing) การพยาบาลในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมองและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งปัญหาหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะนี้คือปัญหาทางระบบประสาท และปัญหาทางระบบหายใจ ซึ่งแนวทางในการพยาบาลประกอบด้วย 8 ประการดังนี้ (Hickey, 2003)

6.1 การคงไว้ซึ่งความโล่งของทางเดินหายใจ

6.2 ระดับความรู้สึกตัวเป็นตัวชี้วัดที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยยังมีอาการไม่คงที่ ควรประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 5-10 นาที จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ ให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมง

6.3 เมื่อระดับความรู้สึกตัวลดลง พยาบาลควรพูดเกี่ยวกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติแก่ผู้ป่วยโดยใช้คำพูดที่นุ่มนวล เรียบง่ายและมีท่าทีสงบ รวมถึงในการปฐมพยาบาลสิ่งแวดล้อมต่างๆ หากผู้ป่วยสวมแว่นหรือใช้เครื่องช่วยฟัง ก็ควรให้ผู้ป่วยได้ใช้

6.4 เมื่อพยาบาลพูดกับผู้ป่วย พยาบาลควรตัดสิ่งกระตุ้นแวดล้อมภายนอก ซึ่งสิ่งกระตุ้นดังกล่าวอาจเพิ่มความสับสนให้กับผู้ป่วย เมื่อมีบุคคลเข้าไปในห้องและมีการพูดคุยกับผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความสับสนได้ เนื่องจากสิ่งกระตุ้นจะสร้างประสาทสัมผัสมากเกินไปและส่งผลให้ผู้ป่วยสับสนและตีความผิดไป

6.5 หลังผู้ป่วยตื่นและเริ่มพูด ผู้ป่วยมักสอบถามถึงช่วงเวลาที่ผ่านมาซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้ พยาบาลควรอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว โดยสรุปเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยฟัง หากผู้ป่วยเริ่มไม่สามารถรวบรวมข้อมูลหรือบอกเรื่องราวได้ พยาบาลต้องปรับความเข้าใจผิดของผู้ป่วยให้ถูกต้อง

6.6 การป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลต้องคาดการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย วิธีการที่ใช้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงอาการของผู้ป่วยของพยาบาล เช่น อาการกระวนกระวาย อารมณ์หงุดหงิด นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องตระหนักถึงความปลอดภัยของสถานที่หรือห้องผู้ป่วย รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ(ventilator) หรือการวัดความดันในกะโหลกศีรษะ(ICP monitoring)

6.7 ช่วงเวลากลางคืนมักทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งแวดล้อมกับสิ่งกระตุ้นผิดไป จึงควรจัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ และพยาบาลควรหมั่นตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการสับสน ความกลัวและอาการหวิวของผู้ป่วยได้

6.8 ครอบครัวและผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวหรือการรู้คิดซึ่งแนวทางการปฏิบัติขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วย พยาบาลควรสามารถเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีหากผู้ป่วยเกิดปัญหาในระหว่างการเยี่ยม หากผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดในระหว่างการเยี่ยม พยาบาลต้องชี้แจงเหตุผลแก่ครอบครัวหรือผู้เข้าเยี่ยม ทั้งนี้ ครอบครัวอาจต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลหลังการเยี่ยมผู้ป่วย จากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้ง 8 ประการ สามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต ได้ดังนี้

6.8.1) ประเมินสาเหตุของการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ความผิดปกติของอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท โดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และให้การดูแล เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

6.8.2) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (กรณีที่มีสติ) และครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในขอบเขตของวิชาชีพที่พึงกระทำได้ รวมถึงแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยและหรือครอบครัวร่วมคิดและตัดสินใจ

6.8.3) อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการตรวจพิเศษ เพื่อการตัดสินใจและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการเข้ารับการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัย เช่น การตรวจระบบประสาทอย่างละเอียด การเผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทด้วยเครื่องมือ การเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดสมองหรือเส้นประสาท โดยควรให้ข้อมูลเป็นระยะหรือทุกครั้งเมื่อครอบครัวต้องการทราบ เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้เวลาในการให้ข้อมูลโดยไม่แสดงอาการเร่งรีบหรือปิดบังข้อมูล

6.8.4) การดูแลในแผนกฉุกเฉิน หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้ประเมินทางเดินหายใจ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและเครื่องมือสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจกรณีมีความจำเป็นดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

6.8.5) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรงและจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีเพื่อการรักษา พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงความจำเป็นและเหตุผล ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแล

6.8.6) ติดตามผลการตรวจพิเศษที่ช่วยในการวินิจฉัยเพื่อเตรียมให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

6.8.7) กรณีไม่เข้าเกณฑ์การเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกศัลยกรรมศัลยกรรมหรือหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อรับการรักษาและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

6.8.8) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาโดยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยา ดูแลแก้ไขปัญหาคความปวด และอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย แพทย์อาจพิจารณาให้ยา fentanyl ซึ่งเป็นยาแก้ปวดกลุ่ม opioid analgesic โดยอาจใช้ในรายที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ภาวะหายใจเร็ว (tachypnea) และมีอาการกระสับกระส่าย ทั้งนี้ พยาบาลควรให้การดูแลโดยติดตามประเมินการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ เพราะยานี้อาจลดการหายใจ และทำให้หัวใจเต้นช้า นอกจากนี้ ควรประเมินความจำเป็นในการใช้ยานี้ด้วยแบบประเมินจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งที่นิยมใช้คือ Richmond Agitation Sedation Scale(RASS) โดยแบบประเมินนี้มี 10 ระดับ แบ่งออกเป็นความวิตกกังวลหรือกระสับกระส่าย 4 ระดับ (+1 ถึง +4) สงบและตื่น 1 ระดับ (0) ง่วงซึมจนไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ 5 ระดับ (-1 ถึง -5)

6.8.9) หากมีการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรงแพทย์นิยมให้ mannitol ร่วมกับสารน้ำกลุ่ม hypertonic sodium chloride solution โดยเป็นการรักษาขั้นแรกในการแก้ไขภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และการเพิ่มความดันกำซาบเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งพยาบาลควรดูแลผู้ป่วยระหว่างการให้สารน้ำดังกล่าว

6.8.10) กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ควรให้ข้อมูลแก่ครอบครัว อธิบายความจำเป็นในการผ่าตัดและเตรียมความพร้อมในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหากมีข้อบ่งชี้

6.8.11) ให้กำลังใจและลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัว ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเต็มที่และดีที่สุดจากทีมแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาเป็นระยะหากมีข้อสงสัย ให้สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

6.8.12) อนุญาตให้ครอบครัวได้ทำตามความเชื่อทางศาสนาที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา เพื่อให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกอบอุ่นใจ โดยจัดสิ่งแวดล้อมหรือมุมให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น มุมที่ตั้งพระพุทธรูปสำหรับกราบไหว้หรือห้องละหมาด

6.8.13) กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ พยาบาลควรช่วยเหลือ โดยประสานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ หรือดูแลด้านสิทธิการรักษาให้กับผู้ป่วย พึงทักเสีให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐาน

สรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งคุณภาพของการบริการที่ดีย่อมส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เช่นเดียวกัน โดยครอบคลุมถึงระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยและจากการได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอและเหมาะสมจะเพิ่มความพึงพอใจต่อการรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยเช่นเดียวกัน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุบลวรรณ กิติรัตนตรการ(2541) การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน ตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวและการรับรู้ของพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter(1979) แบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันมีความต้องการในด้านการลดความวิตกกังวลสูงสุด รองลงมาคือความต้องการด้านข้อมูลและลำดับสุดท้ายคือความต้องการด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก และพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้ความต้องการสูงกว่าการรับรู้ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุด ได้แก่ พยาบาล

แสงเดือน โสภา(2544) ศึกษาเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและญาติที่มีความพึงพอใจต่อบทบาทของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในระดับมาก แต่พบว่าการรับรู้สิทธิในข้อที่ 6 ได้แก่ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความคิดเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิที่จะเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการได้ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง เห็นได้ว่าพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจและให้การพยาบาลเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยอาจจัดทำมาตรฐานการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพื่อป้องกันมิให้พยาบาลปฏิบัติงานโดยละเมิดสิทธิผู้ป่วย

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร(2548) เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการให้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแนวคิดความต้องการของครอบครัวของ Daley (1984) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ประยงค์ ทับทิม(2551) เรื่องความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=93.73$, $SD=10.47$) โดยมีความต้องการมากที่สุดได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M=43.04$, $SD=6.14$) รองลงมาคือด้านอารมณ์ ($M=19.90$, $SD=2.82$) ด้านร่างกาย ($M=18.99$, $SD=3.29$) และด้านจิตวิญญาณ ($M=11.79$, $SD=1.97$) ตามลำดับ และการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=73.80$, $SD=14.15$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ($M=33.92$, $SD=7.51$) รองลงมาคือด้านอารมณ์ ($M=14.93$, $SD=4.33$) ด้านร่างกาย ($M=14.29$, $SD=3.84$) และด้านจิตวิญญาณ ($M=8.87$, $SD=2.60$) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมของญาติผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ

วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ(2551) เรื่องความต้องการความสุขสบายและการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยแบบสัมภาษณ์ครอบคลุมความสุขสบาย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความต้องการความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 340.93 , $SD = 28.58$) 2) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 326.50 , $SD = 30.27$) 3) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความต้องการความสุขสบายและการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = -4.67, p < .001$) กล่าวคือค่าเฉลี่ยความต้องการโดยรวมมากกว่าการได้รับการดูแลด้านความสุขสบาย

รุ่งรวรรณ บัวชัย(2553) ศึกษาเรื่องความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่แปลและดัดแปลงจากแบบสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter) โดยแบ่งความต้องการและการตอบสนองความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ผลการศึกษาพบว่าความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.31 , $SD = 0.38$) โดยมีความต้องการรายด้านที่มีความสำคัญอันดับแรกคือ ด้านข้อมูล (ค่าเฉลี่ย = 3.72 , $SD = 0.36$) รองลงมาคือ ด้านการลดความวิตกกังวล (ค่าเฉลี่ย = 3.67 , $SD = 0.35$) และลำดับสุดท้ายคือ ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก (ค่าเฉลี่ย = 2.80 , $SD = 0.64$) การได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.72 , $SD = 0.45$) โดยมีความต้องการรายด้านที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = 3.06 , $SD = 0.58$) รองลงมาคือ

ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = 3.00, SD = 0.58) และอันดับสุดท้ายคือ ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก (ค่าเฉลี่ย = 2.41, SD = 0.56) และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .000 แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองมีระดับความต้องการสูงกว่าระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการ

น้ำทิพย์ ประสิทธิการ(2553) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ของวรรณภา เคนวงษ์(2006)ร่วมกับการประเมินการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามของเรตลีย์และคณะ(2003) ซึ่งพัฒนาจากแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต(CCFNI) พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ปฐมวดี สิงห์ตง(2554) ศึกษาเรื่ององค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบสำรวจ เกี่ยวกับองค์ประกอบของการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 6 ตัวประกอบ บรรยายด้วยตัวแปร 59 ตัวแปร ผลการวิจัยพบว่ามีค่าความแปรปรวนรวมคิดเป็นร้อยละ 59.45 ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัว การอำนวยความสะดวก การดูแลด้านจิตวิญญาณ การเอาใจใส่ครอบครัว การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิผลและการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์

สรานันท์ อนุชน(2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าความพึงพอใจของผู้มารับบริการอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย=3.84, SD=0.74) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความพึงพอใจดังนี้ ด้านการดูแลด้านจิตใจ(ค่าเฉลี่ย=3.90, SD=0.92) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร(ค่าเฉลี่ย=3.75, SD=0.92) ด้านความสามารถทางการปฏิบัติงาน(ค่าเฉลี่ย=3.49, SD=0.97) และผู้รับบริการมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส คอยถามตอบอาการของผู้มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ ให้ข้อมูลที่ชัดเจน รายงานความคืบหน้าเป็นระยะๆ และควรมีการบริหารจัดการพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอ

อิสริย์ ศรีศุภโอฬาร(2557) เรื่องผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองโดยการให้พยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประยุกต์มาจากโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของครอบครัวของ Chien et al. (2006) และแนวทางการดูแลความวิตกกังวลในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตสำหรับพยาบาลและสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยของ Sauls & Warise (2010) ซึ่งครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน ผลการวิจัยพบว่าสมาชิกในครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสมาชิกในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนินและคณะ(2559) เรื่องระดับความพึงพอใจและสาเหตุของความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปีพ.ศ.2557 พบว่า ระดับของความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง สาเหตุสามารถจำแนกออกมาได้ 5 ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจในการดูแลระหว่างรอรับบริการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การสื่อสารระหว่างการรับบริการ การจัดสิ่งแวดล้อมของห้องฉุกเฉินและระยะเวลาในการให้บริการ

นันทิยา แสงทรงฤทธิ์(2560) เรื่อง ภาวะวิกฤตในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน:การดูแลญาติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จากการศึกษาพบว่า การให้การช่วยเหลือและเตรียมความพร้อมของญาติในการเผชิญภาวะวิกฤต พยาบาลจะต้องให้การดูแลด้วยความเข้าใจ มีเมตตา ตอบสนองความต้องการของญาติให้ครบทุกด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย สิ่งอำนวยความสะดวก ความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์และความต้องการด้านจิตวิญญาณ และเมื่ออาการของผู้ป่วยเริ่มคงที่ การจัดให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย การได้เห็นบุคคลอันเป็นที่รักของพวกเขาปลอดภัย จะสามารถช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลได้

Daley(1984) ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจโดยการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ญาติต้องการมากที่สุดได้แก่ ความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลและความต้องการด้านข้อมูล ซึ่งอธิบายถึงความต้องการของญาติเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรค การได้รับคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย การมีความหวัง

Halm(1990) ศึกษาผลของการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยวิกฤต โดยได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนที่จัดให้มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจกันภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบกลุ่มสนับสนุนมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

Pochard et al.(2001) ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความเครียดต่อความสามารถในการตัดสินใจของสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 69.1 โดยเฉพาะลักษณะความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้องกันลักษณะคู่ชีวิตหรือสามี-ภรรยา จะพบความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 72.7 และปัจจัยที่

ส่งผลต่อความวิตกกังวลของญาติได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ ความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการได้รับการช่วยเหลือทั่วไป ปัจจัยทางด้านผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น การได้รับคำปรึกษาจากทีมสุขภาพผู้ดูแล การมีพื้นที่สำหรับให้คำปรึกษา เป็นต้น

Panprasert(2004) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะรอผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า การให้ญาติมีข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจในการร่วมมือในการรักษาพยาบาลโดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการให้สูงขึ้น

Chien et al.(2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ญาติกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของญาติผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

McAdam et al.(2010) ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาล 2 แห่งในสหรัฐอเมริกา ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สมาชิกของครอบครัวต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การได้อยู่เคียงข้างผู้ป่วย 2) การพิทักษ์ ปกป้องผู้ป่วยจากอันตราย 3) การเป็นตัวแทนในการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ 4) เป็นคลังความรู้ เพื่อบอกเล่าประวัติความเจ็บป่วย การรักษาและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมผู้ดูแล 5) บทบาทด้านการเป็นผู้ชี้แนะ สร้างกำลังใจ ให้ความสุขสบาย 6) บทบาทการเป็นผู้ดูแล

Saults & warise(2010) ศึกษาถึงแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลและครอบครัวในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตในการลดความวิตกกังวล พบว่าแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้แก่ 1) การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความเชื่อมั่นไว้วางใจในการพยาบาล การสื่อสารนั้นต้องเป็นการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและสม่ำเสมอ เนื้อหาของการสื่อสารประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาในปัจจุบัน สิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถาม การได้ระบายความรู้สึก 2) เปิดโอกาสให้เยี่ยมและได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 3) การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพื้นฐานทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการมากที่สุดได้แก่ ความต้องการด้านการลดความวิตกกังวลและความต้องการด้านข้อมูล การพยากรณ์โรค การได้รับคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง ต้องการทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยและการมี

ความหวังต่อการรักษาโดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมง แรกภายหลังได้รับการบาดเจ็บ(Daley, 1984) การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยหนัก ดังเห็นได้จากการศึกษาของอิสรีย์ ศรีศุภโอฬาร(2557) เรื่องผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งประยุกต์มาจากโปรแกรมการให้ความรู้ตามความต้องการของครอบครัวของ Chien et al. (2006) โดยที่เน้นการให้ความรู้ตามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต ยังไม่ครอบคลุมถึงความต้องการในทุกๆ ด้านของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นขณะเกิดภาวะวิกฤตนั้น อีกทั้งบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยหนักที่แตกต่างจากบริบทห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทั้งลักษณะการให้การพยาบาล สภาพผู้ป่วยและสภาวะจิตใจของสมาชิกครอบครัว รวมถึงระยะเวลาที่เข้ารับบริการ และจากการศึกษาของประยงค์ ทับทิม (2551) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมากและได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในขณะที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินขึ้น

8. โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว คือกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างมีแบบแผน เพื่อตอบสนองความต้องการให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เริ่มต้นตั้งแต่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอดจนแพทย์พิจารณาจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีมุ่งหวังเพื่อคลายความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจจากการพยาบาลที่ได้รับ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Molter & Leske(1983) ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

8.1) การตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถปรับสมดุลของจิตใจ เกิดความสบายใจ สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดตามมาภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสามารถปรับตัวได้

กิจกรรม ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที ประกอบด้วย

8.1.1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยกระทำทันทีเมื่อสมาชิกครอบครัวมาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพยาบาลกล่าว

พักท่ายและแนะนำตนเองด้วยท่าทางที่เป็นมิตร จากนั้นนำสมาชิกครอบครัวไปยังจุดพักรอที่จัดเตรียมไว้

8.1.2) หลังจากนั้นให้การเสริมสร้างพลังความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ พร้อมสร้างความไว้วางใจให้แก่สมาชิกครอบครัวว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยขณะเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินถึงแม้ว่าเมื่อสมาชิกครอบครัวไม่ได้อยู่ใกล้ชิดแต่สามารถติดตามการรักษาหรือการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลประจำจุดคัดกรองหรือจากกระดานสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลที่แสดงบริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

8.1.3) หากสมาชิกครอบครัวรู้สึกสงสัยหรือมีข้อกังวลใจใดๆ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้จากพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตลอดเวลา

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเข้าใจถึงการเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสามารถติดตามผลการรักษาได้จากแหล่งสนับสนุนต่างๆ

8.2) การตอบสนองความต้องการด้านความสบาย

วัตถุประสงค์ ช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉพะความต้องการด้านพื้นฐานที่จะสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติและคงความสามารถในการทำหน้าที่ของตน

กิจกรรม ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที ประกอบด้วย

8.2.1) การจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยการจัดสถานที่ที่สะดวกสบายเป็นจุดรอพักขณะรอสำหรับสมาชิกครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยที่สมาชิกครอบครัวสามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นรวมถึงขั้นตอนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับได้อย่างชัดเจนและรวดเร็ว พร้อมทั้งจัดทำป้ายชี้แจงถึงจุดให้บริการต่างๆหรือสถานที่ในการติดต่อสอบถามที่ชัดเจน

8.2.2) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่และสภาพแวดล้อมให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยพร้อมทั้งอธิบายว่าสมาชิกครอบครัวสามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รวมถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น ร้านค้า ห้องน้ำ เป็นต้น พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจให้แก่สมาชิกครอบครัวหากมีธุระจำเป็น สามารถแจ้งพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตลอดเวลา

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเข้าใจต่อการบริการที่ได้รับ รู้สึกผ่อนคลายต่อสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น

8.3) การตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการยอมรับและการปรับตัวเข้าสู่สภาวะสมดุล

กิจกรรม ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ประกอบด้วย

8.3.1) พยายามให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับและเป็นข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนเกี่ยวกับ

8.3.1.1) ขั้นตอนการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคัดกรองเพื่อจัดลำดับความรุนแรงของโรค การทำประวัติและตรวจสอบสิทธิการรักษา การซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถอย่างดีที่สุด

8.3.1.2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บ การตรวจรักษาและการตรวจพิเศษต่างๆ จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

8.3.2) ประสานงานให้ได้มีโอกาสพูดคุยสอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ถึงอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ(ตามสถานการณ์และความเหมาะสม) เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยินยอมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย

8.3.3) ประสานงานให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

8.3.4) จัดทำกระดานสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลและคู่มือแนะนำบริการสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พร้อมให้คำแนะนำและอธิบายให้แก่สมาชิกครอบครัว

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยินยอมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจ

8.4) การตอบสนองความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีความสามารถในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ

กิจกรรม ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที ประกอบด้วย

8.4.1) เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายความรู้สึก รับฟังอย่างเข้าใจพร้อมให้กำลังใจ

8.4.2) แนะนำแหล่งสนับสนุนทางการเงินซึ่งครอบคลุมสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์และการสนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ญาติต้องการหรือร้องขอ การอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลในกรณีที่ญาติต้องการเพิ่มเติมว่าจะสามารถขอรับได้จากที่ใดเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

8.4.3) สอบถามถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยพร้อมทั้งให้การตอบสนองตามความต้องการเพิ่มเติม(ตามความเหมาะสมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ)

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย ได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นรวมถึงได้อธิบายถึงความต้องการของตนเอง และได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นอย่างเพียงพอ ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจ

8.5) การตอบสนองความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้ญาติได้มีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย เกิดความเข้าใจและการยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรม ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที ประกอบด้วย

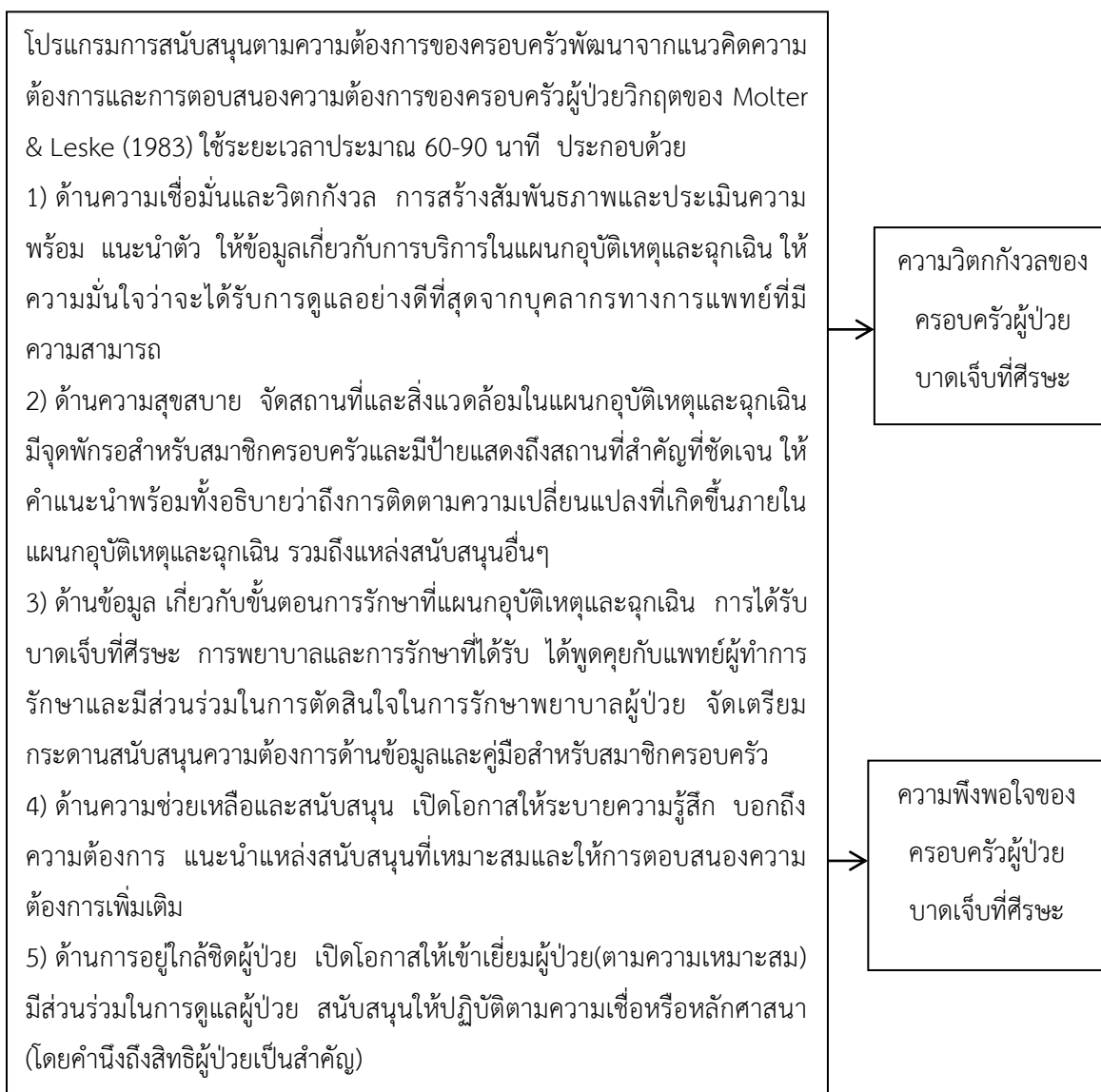
8.5.1) การสนับสนุนให้ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อญาติร้องขอหรือบ่อยครั้งมากที่สุดตามสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยโดยไม่ขัดกับการบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พร้อมทั้งอธิบายถึงสภาพแวดล้อมต่างๆภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ

8.5.2) การช่วยเหลือในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพภายในขอบเขตที่กระทำได้โดยไม่ขัดกับหลักจริยธรรมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย

8.5.3) เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติตามหลักความเชื่อหรือศาสนา ทั้งนี้ต้องอยู่ในขอบเขตที่กระทำได้ โดยไม่ขัดต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง สมาชิกครอบครัวได้เห็นถึงสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ได้รับทราบและเข้าใจถึงการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับรวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและมีความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย

9. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Designs) แบบมีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน (Non-equivalent Control Group Design)(Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โดยมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้

	กลุ่มควบคุม	O ₁ _____O ₂ O ₅
	กลุ่มทดลอง	O ₃ _____X_____O ₄ O ₆
X	หมายถึง	โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
O ₁	หมายถึง	ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₂	หมายถึง	ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₃	หมายถึง	ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว
O ₄	หมายถึง	ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว
O ₅	หมายถึง	ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₆	หมายถึง	ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 20 - 59 ปี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ .50 อ้างอิงจากงานวิจัยของน้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ(2553) เรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ กำหนดการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คนและเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Burn & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด (Inclusion criteria) จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่จะได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มตัวอย่าง 30 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองที่จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Match pair) โดยตัวแปรที่กำหนดคือ เพศของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและระดับความรุนแรงการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling method)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โดยมีวิธีการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและพยาบาลระดับปฏิบัติการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมาชิกครอบครัว โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
3. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 คน ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดข้างต้น เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

4. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Match pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยตัวแปรที่กำหนด ได้แก่

ด้านผู้ป่วย

- ระดับความรุนแรงการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย เนื่องจากความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย ซึ่งถ้ามีระดับความรุนแรงมาก เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูงย่อมส่งผลต่อการเพิ่มความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; วารุณี บัวมีรูป, 2551; Leske, 2003; McAdam et al, 2010) ผู้วิจัยจึงกำหนดระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยที่มีอาการในระดับเล็กน้อย (GCS 13-15 คะแนน) และระดับปานกลาง (GCS 9-12 คะแนน)

ด้านสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

- เพศ เนื่องจากเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; อีสริย์ ศรีศุภโอฬาร, 2557) กว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นเพศหญิง (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) และจากการศึกษาของ Chartier & Coutu-Wakulczyk (1989) พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายสอดคล้องกับการศึกษาของ Delva et al. (2002) พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ผู้วิจัยจึงกำหนดการจับคู่ตัวแปรเพศให้มีความเหมือนกัน

5. เพื่อป้องกันการรบกวนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านจริยธรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

5.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

5.1.1) คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้าร่วมวิจัย

5.1.1.1) อายุระหว่าง 20 – 59 ปี

5.1.1.2) เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทางสายเลือดหรือทางสถานภาพสมรส

5.1.1.3) ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด (หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงแล้ว)

5.1.1.4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความสามารถในสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ปกติ

5.1.1.5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

5.1.2) คุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

5.1.2.1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ที่มีระดับความรุนแรงการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (GCS 9-15 คะแนน)

5.2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กำหนดตามคุณสมบัติ ดังนี้

5.2.1) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตามการประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) เปลี่ยนแปลงจากระดับเล็กน้อยและปานกลางไปอยู่ในระดับความรุนแรงสูง (severe head injury) ค่าคะแนน 3-8 คะแนนหรือเสียชีวิตขณะเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

5.2.2) ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินน้อยกว่า 30 นาที



ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ตามเพศของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกับระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	ระดับความรุนแรง	เพศ	ระดับความรุนแรง
1	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
2	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
3	หญิง	ปานกลาง	หญิง	ปานกลาง
4	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
5	ชาย	เล็กน้อย	ชาย	เล็กน้อย
6	หญิง	ปานกลาง	หญิง	ปานกลาง
7	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
8	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
9	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
10	ชาย	เล็กน้อย	ชาย	เล็กน้อย
11	ชาย	เล็กน้อย	ชาย	เล็กน้อย
12	ชาย	เล็กน้อย	ชาย	เล็กน้อย
13	ชาย	เล็กน้อย	ชาย	เล็กน้อย
14	ชาย	เล็กน้อย	ชาย	เล็กน้อย
15	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
16	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
17	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
18	หญิง	ปานกลาง	หญิง	ปานกลาง
19	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
20	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
21	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
22	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
23	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
24	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	ระดับความรุนแรง	เพศ	ระดับความรุนแรง
25	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
26	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
27	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
28	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
29	หญิง	เล็กน้อย	หญิง	เล็กน้อย
30	หญิง	ปานกลาง	หญิง	ปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- **ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว** ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูล

- **ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย** ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะ(Glasgow Coma Scale; GCS) การวินิจฉัยโรค ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความวิตกกังวลของนางสาวดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา(2534) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ(STAI From Y-1) ของ Spielberg(1983) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1.2.1 ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 7 ข้อ คือ ข้อ 1,2,4,7,9,10 และ 13 ประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย	กำหนดคะแนน 1
มีความรู้สึกนั้นเล็กน้อย	กำหนดคะแนน 2

มีความรู้สึกนั้นค่อนข้างมาก กำหนดคะแนน 3

มีความรู้สึกนั้นมากที่สุด กำหนดคะแนน 4

1.2.2 ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 8 ข้อ คือ ข้อ 3,5,6,8,11,12,14 และ 15 ประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย กำหนดคะแนน 4

มีความรู้สึกนั้นเล็กน้อย กำหนดคะแนน 3

มีความรู้สึกนั้นค่อนข้างมาก กำหนดคะแนน 2

มีความรู้สึกนั้นมากที่สุด กำหนดคะแนน 1

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุด 60 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนน 15 – 30 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล ต่ำ

คะแนน 31 – 45 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล ปานกลาง

คะแนน 46 – 60 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล สูง

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยพัฒนา มาจากแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับของสมคิด ปานประเสริฐ (Panprasert, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุด 80 คะแนน ค่าคะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความพึงพอใจมาก กำหนดคะแนน 4

ระดับความพึงพอใจปานกลาง กำหนดคะแนน 3

ระดับความพึงพอใจน้อย กำหนดคะแนน 2

ระดับความพึงพอใจไม่พอใจ กำหนดคะแนน 1

ไม่ได้รับการพยาบาล กำหนดคะแนน 0

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-39 คะแนน แสดงว่า มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับต่ำ

คะแนน 40-59 คะแนน แสดงว่า มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับปานกลาง

คะแนน 60-80 คะแนน แสดงว่า มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 **แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**
ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory:CCFNI) ของ Molter & Leske (1983) ที่ได้รับการแปลโดยอิสริย์ศรีศุภโอฬาร(2557) ประกอบด้วย 37 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (7 ข้อ)

ความต้องการด้านความสุขสบาย (4 ข้อ)

ความต้องการด้านข้อมูล (6 ข้อ)

ความต้องการด้านการใกล้ชิดผู้ป่วย (8 ข้อ)

ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (12 ข้อ)

เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยการให้ความหมายแบบสอบถาม ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีความสำคัญ
คะแนน 2	หมายถึง	มีความสำคัญเล็กน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	มีความสำคัญพอควร
คะแนน 4	หมายถึง	มีความสำคัญมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยของความต้องการในแต่ละข้อมีความเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1-4 ผู้วิจัยแบ่งระดับความต้องการตามการแบ่งระดับของ Best(Best, 1977 อ้างถึงใน รุ่งราวรณ บัวชัย, 2553) ด้วยการนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดของข้อความ จากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่งจะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.28 - 4.00 แสดงว่ามีความต้องการมาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.52 - 3.27 แสดงว่ามีความต้องการปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.51 แสดงว่ามีความต้องการน้อย

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 แสดงว่ามีความต้องการน้อยที่สุด

ถ้าคะแนนเฉลี่ยรวมในด้านใดมากแสดงว่าครอบครัวมีความต้องการในด้านนั้นสูง การให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะช่วยตอบสนองความต้องการในด้านนั้นก่อนเป็นอันดับแรกและไล่เรียงตามลำดับให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 **โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ** ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดความต้องการและการตอบสนอง

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter & Leske (1983) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังต่อไปนี้

3.1.1 ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างหลักของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาและการประเมินผล

3.1.2 กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อตอบสนองความต้องการในแต่ละด้านให้มีความครอบคลุม ประกอบด้วย 1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สังเกตความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สร้างความไว้วางใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยเมื่อญาติไม่ได้อยู่ใกล้ชิด 2) ความต้องการด้านความสุขสบาย ได้แก่ การช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉพาะความต้องการด้านพื้นฐานที่จำเป็น เช่น การจัดสถานที่ที่สะดวกสบาย จัดจุดรอพักขณะรอเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การมีป้ายชี้แจงถึงจุดให้บริการหรือสถานที่ในการติดต่อสอบถามที่ชัดเจน 3) ความต้องการด้านข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับทันทีตามสถานการณ์และการประสานงานให้ได้มีโอกาสพูดคุยสอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ถึงอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษา(ตามความเหมาะสม) ผู้วิจัยได้พัฒนากระดานสีเพื่อแจ้งลำดับการรักษา อาการของผู้ป่วยและการรักษาที่ได้รับไว้บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและสถานภาพของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน นอกจากนี้ยังให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวโดยการให้คู่มือเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและแนวทางการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยินยอมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน ได้แก่ การแนะนำสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ หรือการสนับสนุนทางการเงินซึ่งครอบคลุมสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์และการสนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ครอบครัวต้องการหรือร้องขอ การอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเพิ่มเติมว่าจะสามารถขอรับได้จากที่ใดเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น 5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อร้องขอหรือบ่อยครั้งมากที่สุดตามสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยโดยไม่ขัดกับการบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การช่วยเหลือในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพภายในขอบเขตที่กระทำได้โดยไม่ขัดกับหลักจริยธรรมและค่านึงถึงสิทธิผู้ป่วย

3.1.3 จัดทำเอกสารและสื่อที่ใช้ประกอบโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

- คู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย ความหมาย ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่ออยู่ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและคำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(ภาคผนวก ง)
- แผนการสอนโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดกิจกรรมให้ครอบคลุมถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การให้การตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลวิตกกังวล 2) การให้การตอบสนองความต้องการด้านความสบาย 3) การให้การตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล 4) การให้การตอบสนองความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน 5) การให้การตอบสนองความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ซึ่งโดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหาและกิจกรรม รวมถึงสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลองและเกณฑ์การประเมินผลในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน(ภาคผนวก ง)
- กระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล โดยการแจ้งลำดับการรักษา อาการและการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจัดไว้บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับทราบข้อมูลและสถานภาพของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน เกิดความเข้าใจตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (ภาคผนวก ง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวและแบบสอบถามทั้งหมด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมของสื่อที่ใช้ และนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน(ภาคผนวก ก) ประกอบไปด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านประสาทศัลยศาสตร์ 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 1 ท่าน
3. พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในด้านวิกฤตฉุกเฉิน 2 ท่าน
4. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน

หลังจากนั้นตรวจสอบแก้ไขเนื้อหารวมทั้งความเหมาะสมของภาษา ถึงความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index)

โดยเกณฑ์การยอมรับได้ คือ เท่ากับหรือมากกว่า .80 (Polit and Beck, 2004) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว คู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและกระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 1 โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับภาษาที่ใช้ การดำเนินกิจกรรมในแต่ละด้านให้มีความกระชับและเหมาะสมกับสถานที่ให้มากยิ่งขึ้น รวมถึงการปรับเนื้อหาในคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะให้มีความเหมาะสมและอ่านเข้าใจมากยิ่งขึ้น มีการเพิ่มรูปภาพและลดข้อความที่เป็นตัวอักษรที่มากเกินไปจนความจำเป็นออก

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว คู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและกระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล ไปทดลองใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่พาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จำนวน 5 คน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความเข้าใจและสนใจในคู่มือที่จัดทำขึ้น มีการซักถามข้อสงสัยและสอบถามถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ และขอคำอธิบายบางข้อเพื่อความชัดเจน ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายและปรับคำอธิบายให้ชัดเจนมากขึ้น

2.แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการปรับใช้ภาษาในแต่ละข้อให้มีความชัดเจนและตรงกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น พบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80

3.แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการปรับใช้ภาษาในแต่ละข้อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99

4.แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและรูปแบบของกิจกรรมมีความเหมาะสม พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการปรับใช้ภาษาในแต่ละข้อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น รวมถึงการปรับข้อความที่มีความหมายคล้ายคลึงกัน

ให้นำมารวมเป็นข้อเดียวกันเพื่อลดจำนวนข้อคำถามลงให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ทำ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95

ตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้แก้ไขปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ 0.7-0.8 (Polit and Beck, 2004)

ผลการหาความเที่ยงของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93
2. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96
3. แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .93 และได้ค่าความเที่ยงในแต่ละด้านดังนี้ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลเท่ากับ .91 ด้านความสุขสบายเท่ากับ .70 ด้านข้อมูลเท่ากับ .77 ด้านการใกล้ชิดผู้ป่วยเท่ากับ .80 ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนเท่ากับ .81

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดำเนินการวิจัย CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเองและคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 28 ธันวาคม 2562 ถึง 10 มีนาคม 2563 ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลรายบุคคลและต้องผ่านการคัดเลือกร่วมกับการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแนวคิดความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Molter & Leske (1983)

2. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในวันนั้น โดยผู้วิจัยอธิบายถึงโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากความเกรงใจ

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นนำไปยื่นต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

4. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือดังกล่าวเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

5. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและพยาบาลปฏิบัติการ เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันตามตัวแปรที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่จะได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มตัวอย่าง 30 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองที่จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและปัญหาเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 คน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองอีก 30 คน จนครบ โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสในสมาชิกครอบครัวซักถามข้อมูลเพิ่มเติม หากสมาชิกครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Pre-test) หลังจากนั้นสมาชิกครอบครัวจะได้รับการอธิบายถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การตรวจพิเศษเพิ่มเติมรวมถึงการอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่ได้รับ

3. เมื่อแพทย์พิจารณาลงความเห็นการรักษา ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบประเมินทั้งหมด ได้แก่ การประเมินความวิตกกังวลแบบประเมินความต้องการและแบบประเมินความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Post-test) เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวบอกถึงความรู้สึกที่ได้รับพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้คำแนะนำและมอบคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สรุปผลการทำกิจกรรม

จากการทดลองพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุมมีความสงสัยและกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะมีการเข้าไปสอบถามถึงอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากพยาบาลจุดคัดกรองเป็นระยะๆ มีความกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่งและมองที่ประตูทางเข้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินบ่อยครั้ง เมื่อประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า ความต้องการโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก หากพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการด้านความสบายและความต้องการด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติมหรือสามารถให้กลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านได้ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักจะไม่เข้าใจถึงสถานที่ให้บริการต่างๆ หรือสิทธิการรักษา รวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ จะมีคำถาม เช่น “ทำไมต้องจ่ายเงิน” “ไม่เห็นทำอะไรให้เลย” “ทำไมไม่ให้นอนโรงพยาบาล” เป็นต้น ในบางรายอาจมี

พฤติกรรมก้าวร้าว พุดเสียงดังและด่าทอพยาบาลที่ให้บริการ เนื่องจากไม่เข้าใจถึงเหตุผลในการตรวจพิเศษเพิ่มเติมหรือไม่เข้าใจถึงขั้นตอนการเข้ารับบริการและไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการสถานที่ต่างๆ ในโรงพยาบาลมาก่อน พฤติกรรมที่แสดงออกคือสมาชิกครอบครัวจะเดินไปเดินมา ไม่ทราบจุดหมายที่ต้องติดต่อ ไม่ทราบว่าจะสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลจากที่ใดได้บ้าง

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองประมาณ 60-90 นาที ประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ ก่อนให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวซักถามข้อมูลเพิ่มเติม หากสมาชิกครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพและสังเกตความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ประกอบไปด้วย

2.1 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบประเมิน(Pre-test) ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที จากนั้นผู้วิจัยประเมินผลความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละรายเพื่อประกอบการดำเนินการในขั้นต่อไป

2.2 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้ว กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย ผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการทั้ง 5 ด้าน ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเลือกการตอบสนองก่อนและหลัง ตามคะแนนความต้องการของสมาชิกครอบครัว ตามข้อ 2.1 และครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งประกอบด้วย

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สังเกตความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สร้างความไว้วางใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยเมื่อญาติไม่ได้อยู่ใกล้ขีด

2) ความต้องการด้านความสุขสบาย ได้แก่ การช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉพาะความต้องการด้านพื้นฐานที่จำเป็น เช่น การจัดสถานที่ที่สะดวกสบาย

จัดจุดรอพักขณะรอเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การมีป้ายชี้แจงถึงจุดให้บริการหรือสถานที่ในการติดต่อสอบถามที่ชัดเจน

3) ความต้องการด้านข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับทันทีตามสถานการณ์และการประสานงานให้ได้มีโอกาสพูดคุยสอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ถึงอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษา(ตามความเหมาะสม) ผู้วิจัยได้พัฒนากระดานสีเพื่อแจ้งลำดับการรักษา อาการของผู้ป่วยและการรักษาที่ได้รับไว้บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและสถานภาพของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน นอกจากนี้ยังให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวโดยการให้คู่มือเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและแนวทางการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยินยอมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย

4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน ได้แก่ การแนะนำสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ หรือการสนับสนุนทางการเงินซึ่งครอบคลุมสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์และการสนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ครอบครัวต้องการหรือร้องขอ การอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเพิ่มเติมว่าจะสามารถขอรับได้จากที่ใดเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อร้องขอหรือบ่อยครั้งมากที่สุดตามสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยโดยไม่ขัดกับการบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การช่วยเหลือในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพภายในขอบเขตที่กระทำได้โดยไม่ขัดกับหลักจริยธรรมและค่านึงถึงสิทธิผู้ป่วย

2.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทุก 30 นาทีภายหลังจากที่สมาชิกครอบครัวเข้าพบผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามโปรแกรมดังนี้

2.3.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้แก่สมาชิกในครอบครัว

2.3.2 เปิดโอกาสให้ได้ซักถาม

2.3.3 ให้การสนับสนุนความต้องการในด้านที่ครอบครัวของผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน

ขั้นที่ 3 ขั้นการประเมินผล เมื่อแพทย์พิจารณาลงความเห็นการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.1 การให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.2 เปิดโอกาสให้ครอบครัวบอกถึงความรู้สึกในการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.3 ผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบประเมินภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Post-test)ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวและประเมินความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติโปรแกรม

หมายเหตุ โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นหลัก การให้การสนับสนุนตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะต้องครบทั้ง 5 ด้าน ดังนั้นการเรียงลำดับหรือรายละเอียดก่อนหลังมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปผลการทำกิจกรรม

จากการทำกิจกรรมพบว่า พฤติกรรมที่แสดงออกของสมาชิกครอบครัวเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม เช่น กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง เป็นต้น เมื่อผู้วิจัยเข้าไปให้กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมฯ และสอบถามความรู้สึกก่อนให้การพยาบาลพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความกังวลและหวาดกลัวต่อการได้รับบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้นว่าจะส่งผลอันตรายแก่ผู้ป่วยมากเพียงใด กลัวผลกระทบที่เกิดขึ้น กลัวความพิการ การสร้างสัมพันธภาพและการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างต้องใช้ท่าทางที่สุภาพและเป็นมิตร แสดงถึงความจริงใจเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผ่อนคลายและมีความเข้าใจถึงสิ่งที่ผู้วิจัยอธิบายให้ฟัง เมื่อประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า ความต้องการโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก หากพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านใกล้ชิดผู้ป่วย ความต้องการด้านความสบายและความต้องการด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน ตามลำดับ เช่นเดียวกับกับกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับคำแนะนำอธิบายถึงคู่มือการแนะนำบริการฯและแผ่นกระดานให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าจะสามารถติดตามอาการและเปลี่ยนแปลงรวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทราบว่าสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้จากที่ใดหรือจากบุคคลท่านใดได้บ้าง พฤติกรรมที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมคือ การผุดลุกผุดนั่งเวลาที่ประตูห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเปิดจะลดลง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับความเปลี่ยนแปลงที่กระดานให้การสนับสนุน

ความต้องการด้านข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการครบทั้ง 5 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ หากมีข้อสงสัยจะสอบถามจากพยาบาลจุดคัดกรองหรือแพทย์เจ้าของไข้ รวมถึงการได้รับการอธิบายถึงอาการและความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีโอกาสได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยๆ ทำให้เกิดความมั่นใจถึงการรักษาเพิ่มขึ้น รู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการบริการของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น แสดงให้เห็นจากกลุ่มตัวอย่างบางรายที่เคยเข้ารับบริการมาก่อน บอกถึงความพึงพอใจที่ได้รับ กล่าวชื่นชมแพทย์และพยาบาล รวมถึงกระตือรือร้นให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลทำให้เข้าใจว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอะไรไปแล้วบ้างหรืออยู่ในขั้นตอนใดพร้อมให้ข้อเสนอแนะว่าควรทำให้มีขนาดใหญ่ขึ้น อ่านได้ง่ายและจัดเพิ่มเติมให้สามารถมองเห็นได้จากหลายๆสถานที่

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2562 (ภาคผนวก ค) และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2562 (ภาคผนวก ค) หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือไปยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผล นอกจากนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบบกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการศึกษาวิจัย

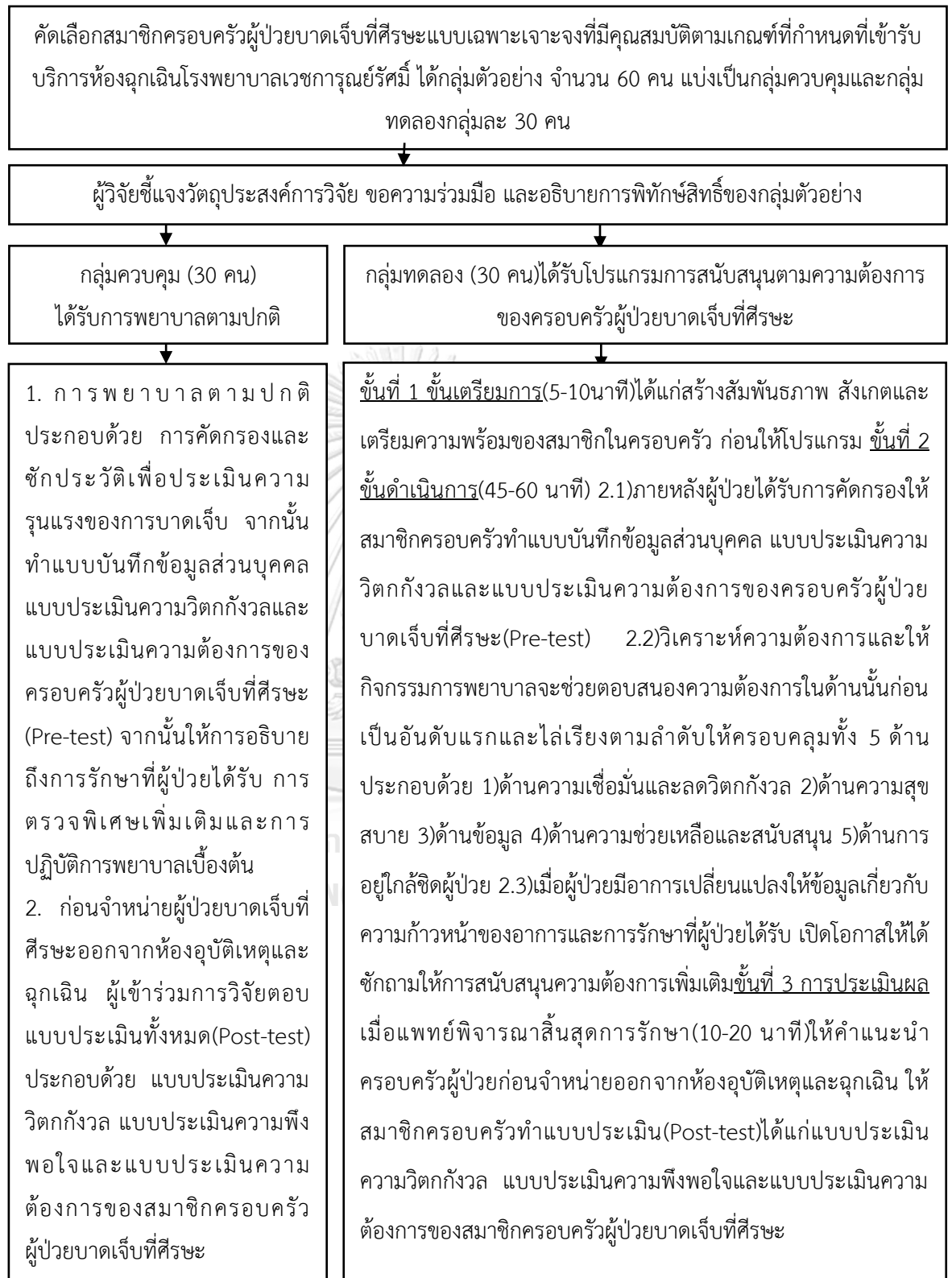
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependence t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test



สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Designs) แบบมีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน (Non-equivalent Control Group Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง(ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ป่วย) ดังตารางที่ 2,3 |
| ส่วนที่ 2 | เปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4,5 |
| ส่วนที่ 3 | เปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 6 |
| ส่วนที่ 4 | เปรียบเทียบความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ดังตารางที่ 7,8 |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง(ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ป่วย)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และบทบาทหน้าที่

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	20	6	20
หญิง	24	80	24	80
อายุ				
20 – 29 ปี	3	10	4	13.30
30 – 39 ปี	11	36.70	5	16.70
40 - 49 ปี	6	20	7	23.30
50 – 59 ปี	10	33.30	14	46.70
อายุเฉลี่ย (\bar{x})(SD)	42.70(10.63)		44.70(10.61)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา – มารดา	7	23.30	10	33.30
สามี – ภรรยา	9	30	6	20
พี่น้อง	11	36.70	12	40
บุตร	3	10	2	6.70

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	11	36.7	11	36.7
คู่	16	53.4	15	50
หม้าย	1	3.3	3	10
หย่า	1	3.3	1	3.3
แยกกันอยู่	1	3.3	0	0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	2	6.70	1	3.3
ประถมศึกษา	2	6.70	1	3.3
มัธยมศึกษา	4	13.30	7	23.4
อนุปริญญา	4	13.30	3	10
ปริญญาตรี	18	60	17	56.7
อื่นๆ	0	0	1	3.3
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.3	1	3.3
รับจ้าง	4	13.3	6	20
เกษตรกร	1	3.3	0	0
รับราชการ	17	56.7	3	10
รัฐวิสาหกิจ	2	6.7	18	60
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	16.7	2	6.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน)				
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	2	6.7	2	6.7
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	2	6.7	1	3.3
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	2	6.7	3	10
15,001 – 20,000 บาท/เดือน	8	26.6	3	10
20,001 – 25,000 บาท/เดือน	4	13.3	3	10
25,000 บาท/เดือนขึ้นไป	12	40	18	60
บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยต่อครอบครัว				
หัวหน้าครอบครัว	4	13.3	9	30
สมาชิกในครอบครัว	26	86.7	21	70

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.70 ปี (SD = 10.63) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่ามีความสัมพันธ์กันแบบพี่น้อง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมาได้แก่ ความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 30 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.40 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 รายได้อยู่ในช่วง 25,000 บาทขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.70 ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.70 ปี (SD = 10.61) มีความสัมพันธ์กันแบบพี่น้อง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมาได้แก่ความสัมพันธ์แบบบิดา-มารดา คิดเป็นร้อยละ 33.30 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 50 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.70 พบว่าประกอบอาชีพรัฐวิสาหกิจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 25,000 บาทขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	22	73.4	25	83.3
หญิง	8	26.6	5	16.7
อายุ				
1 - 20 ปี	8	26.6	7	23.4
21 - 40 ปี	7	23.4	10	33.3
41 - 60 ปี	10	33.3	12	40
60 ปี ขึ้นไป	5	16.7	1	3.3
อายุเฉลี่ย (\bar{x})(SD)	38.47(18.25)		35.37(15.37)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	46.7	9	30
รับจ้าง	4	13.3	6	20
เกษตรกร	7	23.4	5	16.7
รับราชการ	1	3.3	0	0
รัฐวิสาหกิจ	3	10	10	33.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	3.3	0	0
ระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ				
บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย	26	86.7	26	86.7
บาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง	4	13.3	4	13.3
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา				
น้อยกว่า 90 นาที	5	16.7	4	13.3
91 นาที ถึง 120 นาที	10	23.3	7	23.4
มากกว่า 120 นาที	15	60	19	63.3
ระยะเวลาเฉลี่ย (\bar{x})(SD)	126.77(35.79)		140.33(40.23)	

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.40 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.47 ปี (SD = 18.25) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 46.70 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 23.40 ระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.70 และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 120 นาที คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 83.30 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.37 ปี (SD = 15.37) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.30 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.70 และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 120 นาที คิดเป็นร้อยละ 63.30



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความวิตกกังวลก่อนการทดลอง				
สูง	6	20.00	11	36.70
ปานกลาง	24	80.00	15	50.00
ต่ำ	0	0	4	13.30
ระดับความวิตกกังวลหลังการทดลอง				
สูง	8	26.60	7	23.30
ปานกลาง	20	66.70	14	46.70
ต่ำ	2	6.70	9	30.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และเมื่อพิจารณาถึงระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลปานกลางมากที่สุด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 รองลงมาคือ ระดับความวิตกกังวลสูง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.60 ส่วนในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลปานกลางมากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 รองลงมาคือ ระดับความวิตกกังวลต่ำ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งมีแนวโน้มของระดับความวิตกกังวลลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependence t-test ($n_1=n_2=30$)

คะแนนความวิตกกังวล	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	41.40	6.54	.22	29	.822
หลังทดลอง	41.06	7.57			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	41.60	9.17	1.44	29	.158
หลังทดลอง	38.03	9.89			

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test ($n_1=n_2=30$)

คะแนนความวิตกกังวล	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	41.40	6.54	-0.97	52.44	.923
กลุ่มทดลอง	41.60	9.17			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	41.06	7.57	1.33	58	.188
กลุ่มทดลอง	38.03	9.89			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังทดลองของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจ				
สูง	7	23.30	24	80.00
ปานกลาง	11	36.70	6	20.00
ต่ำ	12	40.00	0	0

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาได้แก่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.70 และระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 23.30 แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่พบว่า มีระดับความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independence t-test ($n_1=n_2=30$)

คะแนนความพึงพอใจ	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	46.56	17.38	-5.95	48.28	.000
กลุ่มทดลอง	68.76	10.72			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Designs) แบบมีกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน (Non-equivalent Control Group Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวกับหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวกับหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว
2. ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวสูงกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศหญิงและชาย อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ระหว่างวันที่ 28 ธันวาคม 2562 ถึง 10 มีนาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 60 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- **ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว** ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว ซึ่งสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูล

- **ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย** ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะ(Glasgow Coma Scale; GCS) การวินิจฉัยโรค ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

1.2 แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความวิตกกังวลของนางสาวดารารวรรณ ต๊ะปินตา(2534) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ(STAI Form Y-1) ของ Spielberg(1983) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อมีทั้งด้านบวกและด้านลบโดยแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุด 60 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 15 คะแนน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 และได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .93

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับของสมคิด ปานประเสริฐ (Panprasert, 2004) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุด 80 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99 และได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .96

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Family Need Inventory:CCFNI) ของ Molter & Leske (1983) ที่ได้รับการแปลโดยอิสริย์ ศรีศุภโอฬาร(2557) ประกอบด้วย 37 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล (7 ข้อ) ความต้องการด้านความสุขสบาย (4 ข้อ) ความต้องการด้านข้อมูล (6 ข้อ) ความต้องการด้านการใกล้ชิดผู้ป่วย (8 ข้อ) ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน (12 ข้อ) เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ถ้าคะแนนเฉลี่ยรวมในด้านใดมากแสดงว่าครอบครัวมีความต้องการในด้านนั้นสูง การให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความ

ต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะช่วยตอบสนองความต้องการในด้านนั้นก่อนเป็นอันดับแรกและไล่เรียงตามลำดับให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ในแต่ละด้านดังนี้ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล เท่ากับ .91 ด้านความสุขสบาย เท่ากับ .70 ด้านข้อมูล เท่ากับ .77 ด้านการใกล้ชิดผู้ป่วย เท่ากับ .80 ด้านการช่วยเหลือสนับสนุน เท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดความต้องการและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Molter & Leske(1983) โดยกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อตอบสนองความต้องการในแต่ละด้านให้มีความครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล 2) ด้านความสุขสบาย 3) ด้านข้อมูล 4) ด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน 5) ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาดำเนินการประมาณ 60-90 นาที

3.2 เอกสารและสื่อที่ใช้ประกอบโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

- คู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื้อหาในคู่มือประกอบด้วย ความหมาย ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่ออยู่ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและคำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- แผนการสอนโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระบุกิจกรรมให้ครอบคลุมถึงความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล 2) ด้านความสุขสบาย 3) ด้านข้อมูล 4) ด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน 5) ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ซึ่งโดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกิจกรรม รวมถึงสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลองและเกณฑ์การประเมินผลในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน
- กระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล โดยการแจ้งลำดับการรักษา อาการ และการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจัดไว้บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับทราบข้อมูลและสถานภาพของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน เกิดความเข้าใจตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น (ภาคผนวก)

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเองและคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 28 ธันวาคม 2562 ถึง 10 มีนาคม 2563 ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ แนวทางการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแนวคิดความต้องการและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของ Molter & Leske(1983)

2. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในวันนั้น โดยผู้วิจัยอธิบายถึงโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากความเกรงใจ

3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นนำไปยื่นต่อคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

4. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือดังกล่าวเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

5. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและพยาบาลปฏิบัติการ เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันตามตัวแปรที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่จะได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มตัวอย่าง 30 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองที่จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บ

ที่ศีรษะ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนและปัญหาเชิงจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 คน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองอีก 30 คน จนครบ โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสในสมาชิกครอบครัวซักถามข้อมูลเพิ่มเติม หากสมาชิกครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Pre-test) หลังจากนั้นสมาชิกครอบครัวจะได้รับการอธิบายถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การตรวจพิเศษเพิ่มเติมรวมถึงการอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นที่ได้รับ

3. เมื่อแพทย์พิจารณาถึงความเห็นการรักษา ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบประเมินทั้งหมด ได้แก่ การประเมินความวิตกกังวลแบบประเมินความต้องการและแบบประเมินความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Post-test)

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวบอกถึงความรู้สึกที่ได้รับพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้คำแนะนำและมอบคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองประมาณ 60-90 นาที ประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ ก่อนให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวซักถามข้อมูลเพิ่มเติม หากสมาชิกครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยลงนามในหนังสือ

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพและสังเกตความพร้อมของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ประกอบไปด้วย

2.1 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบประเมิน(Pre-test) ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที จากนั้นผู้วิจัยประเมินผลความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละรายเพื่อประกอบการดำเนินการในขั้นต่อไป

2.2 ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้ว กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย ผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการทั้ง 5 ด้าน ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเลือกการตอบสนองก่อนและหลัง ตามคะแนนความต้องการของสมาชิกครอบครัว ตามข้อ 2.1 และครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งประกอบด้วย

1) ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ สังเกตความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด สร้างความไว้วางใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยเมื่อญาติไม่ได้อยู่ใกล้ชิด

2) ความต้องการด้านความสุขสบาย ได้แก่ การช่วยเหลือแก้ปัญหาต่างๆ และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกโดยเฉพาะความต้องการด้านพื้นฐานที่จำเป็น เช่น การจัดสถานที่ที่สะดวกสบาย จัดจุดรอพักขณะรอเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การมีป้ายชี้แจงถึงจุดให้บริการหรือสถานที่ในการติดต่อสอบถามที่ชัดเจน

3) ความต้องการด้านข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับทันทีตามสถานการณ์และการประสานงานให้ได้มีโอกาสพูดคุยสอบถามข้อมูลจากแพทย์เจ้าของไข้ถึงอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษา(ตามความเหมาะสม) ผู้วิจัยได้พัฒนากระดานสีเพื่อแจ้งลำดับการรักษา อาการของผู้ป่วยและการรักษาที่ได้รับไว้บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลและสถานภาพของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน นอกจากนี้ยังให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวโดยการให้คู่มือเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและแนวทางการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยินยอมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย

4) ความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน ได้แก่ การแนะนำสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ หรือการสนับสนุนทางการเงินซึ่งครอบคลุมสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์และการ

สนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ครอบครัวต้องการหรือร้องขอ การอธิบายถึงแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวต้องการเพิ่มเติมว่าจะสามารถขอรับได้จากที่ใดเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

5) ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อร้องขอหรือบ่อยครั้งมากที่สุดตามสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยโดยไม่ขัดกับการบริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การช่วยเหลือในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพภายในขอบเขตที่กระทำได้โดยไม่ขัดกับหลักจริยธรรมและค่านึงถึงสิทธิผู้ป่วย

2.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทุก 30 นาทีภายหลังจากที่สมาชิกครอบครัวเข้าพบผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามโปรแกรมดังนี้

2.3.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้แก่สมาชิกในครอบครัว

2.3.2 เปิดโอกาสให้ได้ซักถาม

2.3.3 ให้การสนับสนุนความต้องการในด้านที่ครอบครัวของผู้ป่วยต้องการเพิ่มเติม เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน

ขั้นที่ 3 ขั้นการประเมินผล เมื่อแพทย์พิจารณาลงความเห็นการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาทีประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.1 การให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.2 เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะบอกถึงความรู้สึในการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.3 ผู้ช่วยวิจัยให้สมาชิกครอบครัวทำแบบประเมินภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Post-test)ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวและประเมินความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติโปรแกรม

หมายเหตุ โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นหลัก การให้การสนับสนุนตามความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะต้องครบทั้ง 5 ด้าน ดังนั้นการเรียงลำดับหรือรายละเอียดก่อนหลังมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ในการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependence t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independence t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่หลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวเท่ากับ 41.60 และเมื่อได้รับโปรแกรมสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 38.03 ดังจะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยลดต่ำลงแตเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเท่ากับ 38.03 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 41.06 แต่เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการเกิดขึ้นที่กระทันหันและไม่คาดคิด และเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีภาวะอันตรายสูงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที เป็นสถานการณ์ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะ บิดา มารดา สามี ภรรยาหรือบุตรที่มีความใกล้ชิดผูกพัน ห่วงใย ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ กังวลใจ กลัวผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นภาวะการเจ็บป่วย การทุพพลภาพหรือกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007; Manskow et al., 2018) และแสดงให้เห็นถึงภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลจากภาวะไม่สมดุลของปัจจัย 3 ประการอันได้แก่ 1)การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง 2)การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเพียงพอตามความต้องการ 3)การใช้กลไกแบบเผชิญปัญหาในการปรับตัว (Aguilera, 1998 อ้างถึงใน น้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ, 2553) ในระยะนี้พบว่าสิ่งที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือความมั่นคงทางอารมณ์ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการใช้กลไกแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง ร่วมกับการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเพียงพอและตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริง (Chien et al., 2006; Miracle, 2006) จากผลการวิจัย

ครั้งนี้ พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว มีคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลสูงสุด (3.66) รองลงมาคือความต้องการด้านข้อมูล (3.47) (ตารางที่ 4) จากผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการในด้านนั้นก่อนเป็นอันดับแรก

ในการศึกษาครั้งนี้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตลอดเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องโดยครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดของ Molter & Leske(1983) ประกอบด้วย

1) การสนับสนุนความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวลเป็นอันดับแรก เนื่องจากมีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการสูงสุด โดยการสร้างสัมพันธภาพและประเมินความพร้อม แนะนำตัวให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินพร้อมให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sauls & Warise (2010) ที่พบว่าแนวทางการดูแลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจควรกระทำอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการและจะช่วยให้ไม่เกิดความรู้สึกที่อ้างว้าง เดียวดาย สิ้นหวังหรือไร้ที่พึ่งพิง (Alvarez & Kirby, 2006; Maxwell, Stuenkel & Saylor, 2007) มีการแนะนำตัวเองโดยการใช้สรรพนามที่เหมาะสมและการแสดงถึงท่าทีที่เข้าใจรวมกับการยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่แสดงออกมาจะช่วยให้สามารถเข้าถึงและการสร้างสัมพันธภาพประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Hobart-Porter et al., 2015) การพูดคุยเพื่ออธิบายเรื่องต่างๆ ทั้งอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การจัดลำดับความรุนแรง สถานที่ให้บริการต่างๆ และขั้นตอนการรับบริการเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมรักษาพยาบาลกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยมีความสำคัญและสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ (กันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549; Davidson, 2009)

2) การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล โดยการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย การพยาบาลและการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับรวมถึงการได้พูดคุยกับแพทย์ผู้ทำการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ร่วมกับการให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันผ่านทางกระดานสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลและคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยมีการสังเกตและประเมินการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นระยะเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างทีมรักษาพยาบาลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้การ

ยอมรับต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยดำเนินการให้มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลที่สั้น กระชับ ไม่ใช้ศัพท์แพทย์หรือศัพท์วิชาการโดยไม่จำเป็น โดยแสดงท่าทีเป็นมิตร พร้อมรับฟังปัญหาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ ภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(Chien et al., 2006; Miracle, 2006) รวมถึงการจัดทำกระดาน การให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลร่วมกับคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ความสนใจค่อนข้างดี พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดจนได้แก่ การพูดลูกมุดนึ่งเมื่อมีการเปิดปิดประตูแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงการเดินวนไปวนมาบริเวณโต๊ะคัดกรองหน้าแผนก โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะให้ความสนใจกับความเปลี่ยนแปลงบนกระดานแทน โดยเฉพาะในรายชื่อของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและหากมีข้อสงสัยจะเดินมาถามผู้วิจัยเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของชนาธิป พรกุล (2554) พบว่าการใช้อุปกรณ์ วิดีทัศน์หรือสื่อการสอนที่มีภาพประกอบในการให้ข้อมูลช่วยก่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลได้ง่ายและชัดเจนมากยิ่งขึ้น และการศึกษาของ Miracle (2006 อ้างถึงในกันยา วังเฮงยะฤทธิ์, 2549) ที่พบว่าการมีเอกสาร คู่มือหรือสมุดเล่มเล็กที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ให้บริการในโรงพยาบาล ช่วงเวลาในการให้บริการหรือการเยี่ยมผู้ป่วย กฎระเบียบต่างๆ รวมถึงคำแนะนำที่จำเป็นหรือความรู้ที่ตรงกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ได้อ่านทบทวนภายหลังเนื่องจากในช่วงเวลาที่ตั้งเครียดกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่สามารถที่จะจดจำรายละเอียดต่างๆได้ทั้งหมดจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของบุคคลนั้น

3) การสนับสนุนความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย (ตามความเหมาะสม) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือสนับสนุนให้ปฏิบัติตามความเชื่อหรือหลักศาสนาหากสมาชิกครอบครัวมีการร้องขอหรือแสดงถึงความต้องการนั้น(โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ) ทำให้สมาชิกครอบครัวได้รับรู้ถึงอาการและการได้รับบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดการยอมรับถึงสภาวะการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้เกิดการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นและยังช่วยให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ผู้วิจัย สามารถซักถามปัญหาข้อสงสัย ข้อข้องใจและมีส่วนในการช่วยระบายนความรู้สึกลึกต่างๆที่เกิดขึ้น รวมถึงช่วยอธิบายถึงขั้นตอนการเข้ารับบริการต่างๆในโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น สามารถช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ลงได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา เขียวชะอำ(2556) การเปิดโอกาสให้ญาติ ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการรับรู้ เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ ยอมรับตามสภาพความเป็นจริงและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

4) การสนับสนุนความต้องการด้านความสบาย ผู้วิจัยได้จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีจุดพักรอสำหรับสมาชิกครอบครัวและมีป้ายแสดงถึงสถานที่สำคัญที่ชัดเจน ให้คำแนะนำพร้อมทั้งอธิบายถึงการติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสรานันท์ อนุชน(2556) พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องการให้มีการจัดบริการพื้นที่ให้มีความเหมาะสม มีจุดพักรอที่เห็นรายงานความคืบหน้าของอาการให้แก่สมาชิกครอบครัวที่ดี จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจ ความรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดที่เกิดขึ้นได้ และการศึกษาของนันทิยา แสงทรงฤทธิ์(2560) ที่พบว่าการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ มีที่นั่งพักรอและมีเจ้าหน้าที่ที่คอยเอาใจใส่หรือสอบถามสภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัวในขณะนั้นย่อมส่งผลต่อการคลายความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว

5) การสนับสนุนความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน โดยการช่วยเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึก บอกถึงความต้องการ มีการแนะนำแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมและให้การตอบสนองความต้องการเพิ่มเติมได้อย่างครอบคลุม ช่วยส่งผลต่อการสร้างความมั่นใจต่อการรักษาและช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล สอดคล้องจากการศึกษาของนิตยา จรัสแสง(2549) และการศึกษาของนันทิยา แสงทรงฤทธิ์(2560) พบว่าการได้เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ระบายความรู้สึกโดยมีพยาบาลรับฟังอย่างเข้าใจ จับมือให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและตอบข้อข้องใจต่างๆ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย อีกทั้งยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเต็มความสามารถ จะช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลและปรับตัวเพื่อผ่านภาวะวิกฤตไปได้

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว ดังกล่าวข้างต้น ช่วยลดปัจจัยการเกิดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวทั้งปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพราะโปรแกรมจะตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัว ณ.ช่วงเวลานั้นๆ การได้รับรู้ข้อมูลตามความจริง ทันทิช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสร้างกลไกการเผชิญปัญหาในการปรับตัวได้อย่างดี (Aguilera, 1998 อ้างถึงใน น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, 2553) เมื่อเกิดความเข้าใจ ความต้องการได้รับการสนองตอบ สิ่งแวดล้อมต่างๆเอื้อต่อการรอคอย ความรู้สึกไว้วางใจ มั่นใจ ในกระบวนการรักษา และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและญาติจึงส่งผลให้ภาวะความวิตกกังวลลดลง ดังเห็นได้จากการศึกษาของ Chien et al.(2006) ที่พบว่าทำให้ความรู้ตามความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Sauls & Warise(2010) พบว่าแนวทางในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในการลดความวิตกกังวล ได้แก่ 1) การสื่อสารที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความเชื่อมั่นไว้วางใจในการพยาบาล การสื่อสารนั้นต้องเป็นการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนและสม่ำเสมอ เนื้อหาของการ

สื่อสารประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาในปัจจุบัน สิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้ซักถาม การได้ระบายความรู้สึก 2) เปิดโอกาสให้เยี่ยม และได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 3) การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพื้นฐาน ทั่วไป

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ณ.ขณะรักษาตัวในห้องฉุกเฉิน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเท่ากับ 38.03 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 41.06 แต่เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน จากการวิเคราะห์บริบทของผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ณ.ขณะรักษาตัวใน ห้องฉุกเฉิน มีการดำเนินการวิจัยที่ใช้เวลาค่อนข้างสั้น เฉลี่ยประมาณ 60-90 นาที หลังจากนั้น จะได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป ดังนั้น มีความเป็นไปได้สูงที่ความวิตกกังวลจึงลดลงแต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ เพราะการส่งต่อเพื่อการรักษาของครอบครัวที่ศีรษะส่วนมากจะเพื่อการผ่าตัด การรอผลการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ ดังนั้น ความ วิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจึงจะยังคงอยู่ แต่อาจจะเป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับปัจจัย อื่นๆต่อไป ซึ่งจะแตกต่างจากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะวิกฤตอื่น ดังกล่าวข้างต้น ที่มีระยะเวลา การดูแลพยาบาลที่ยาวพอสมควร ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้มีเวลาในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ได้ รวมถึงระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยที่ศึกษาในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง ย่อมส่งผลถึงระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้น(กันยา วังเฮง ยะฤทธิ์, 2549;วารุณี บัวมีรูป, 2551;Leske, 2003;McAdam et al, 2010) และหากพิจารณาถึง บทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นสมาชิกใน ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 70 (ตารางที่ 2) ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจึงมีความแตกต่างกันดัง เห็นได้จากการศึกษาของ Pochad et al.(2005) ที่พบว่าบทบาทในครอบครัวละความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวย่อมส่งผลถึงระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้ผู้วิจัยมี ปฏิสัมพันธ์ตลอดเวลาให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้า รับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถึงแม้ระยะเวลารอคอยจะนานแต่การที่สมาชิกครอบครัว

ได้รับการตอบสนองความต้องการในทุก ๆ ด้าน ได้รับทราบถึงความเปลี่ยนแปลงและลำดับขั้นตอนของการเข้ารับบริการเป็นระยะๆ มีการสื่อสารถึงข้อมูลต่างๆที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งข้อมูลนั้นตรงกับการรับรู้และความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับรู้และเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจในการรักษา สังเกตได้จากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับคำแนะนำอธิบายถึงคู่มือการแนะนำบริการฯและแผ่นกระดานให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าจะสามารถติดตามอาการและความเปลี่ยนแปลงรวมถึงการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทราบว่าสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้จากที่ใดหรือจากบุคคลท่านใดได้บ้าง พฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเดิมคือการพูดคุยขณะนั่งเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจะลดลง ส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับความเปลี่ยนแปลงที่กระดานให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ Boudreaux et al.(2000) พบว่าการได้รับข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ รวมถึงการมีแหล่งข้อมูลที่สามารถสอบถามหรือติดตามได้ สามารถเพิ่มความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการครบทั้ง 5 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงขั้นตอนการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ หากมีข้อสงสัยจะสอบถามจากพยาบาลจุดคัดกรองหรือแพทย์เจ้าของไข้ รวมถึงการได้รับการอธิบายถึงอาการและความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีโอกาสได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยฯ ทำให้เกิดความมั่นใจถึงการรักษาเพิ่มขึ้น รู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการบริการของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น(Abidova et al., 2020) แสดงให้เห็นจากกลุ่มตัวอย่างบางรายที่เคยเข้ารับบริการมาก่อน บอกถึงความพึงพอใจที่ได้รับพร้อมกล่าวชื่นชมแพทย์และพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศปากีสถานที่พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่รวดเร็วและต่อเนื่องระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจที่ได้รับได้(Khursheed et al., 2014)

สอดคล้องจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าการสื่อสารและการรับรู้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ถ้าบุคลากรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อผลลัพธ์ในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ดีซึ่งครอบคลุมถึงการลดลงของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว (Norouzinia et al., 2016) รวมถึงการเพิ่มการบริการเพื่อตอบสนองความสบาย จัดจุดรอพักให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว สามารถเพิ่มความพึงพอใจต่อการรับบริการให้สูงขึ้นได้ (Palmer, 2017; Abidova et al., 2020) ซึ่งผู้วิจัยได้การจัดสถานที่พักรอสำหรับญาติบริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เป็นสัดส่วนรวมถึงการจัดทำกระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้าน

ข้อมูลร่วมกับคู่มือสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดังแสดงให้เห็นในรายละเอียดของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว สอดคล้องจากการศึกษาของ สรานันท์ อนุชน(2556) พบว่าผู้รับบริการมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส คอยถามตอบอาการของผู้มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ ให้ข้อมูลที่ชัดเจน รายงานความคืบหน้าเป็นระยะๆ และควรมีการบริหารจัดการพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอ หากมีการจัดการบริการที่เหมาะสมย่อมเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้และจากการศึกษาของ ฐปนวงค์ มิตรสูงเนิน และคณะ(2559) พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดจากการได้รับความใส่ใจจากพยาบาลขณะเข้ารับบริการในแผนก การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีการสื่อสารระหว่างเข้ารับบริการและระหว่างรอรับบริการต่างๆ การจัดสิ่งแวดล้อมและระยะเวลาในการเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ดังนั้นการจัดบริการการพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกจากคุณภาพการบริการที่มุ่งเน้นการตอบสนองภาวะวิกฤตของผู้บาดเจ็บแล้ว การจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการสำหรับครอบครัวย่อมเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเพิ่มความพึงพอใจขณะเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินถือเป็นมาตรฐานคุณภาพการบริการที่สำคัญ(กฤตยา แดงสุวรรณและคณะ, 2555; สรานันท์ อนุชน, 2556; Khursheed et al., 2014; Abidova et al., 2020) ดังเห็นได้จากระดับความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 80(ตารางที่ 8)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. การจัดสิ่งแวดล้อมในการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวขณะเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรมีการจัดบริการให้เป็นสัดส่วน ที่พักสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยสามารถมองเห็นความเปลี่ยนแปลงบริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ทั้งนี้ต้องไม่ขัดขวางการให้บริการของทีมสุขภาพ รวมถึงการประยุกต์ให้กระดานสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลให้มีขนาดใหญ่ขึ้น สามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่ายรวมถึงมีการพัฒนาให้มีความทันสมัย โดยประยุกต์ระบบ IT เชื่อมโยงกับระบบการให้บริการในโรงพยาบาลเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่จะสามารถแสดงถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับที่เป็นปัจจุบันรวมถึงข้อมูลที่ให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการติดต่อเพื่อรับบริการต่อไป

2. จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในแผนกเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเมื่อเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การให้คำปรึกษา การประเมินสภาพอารมณ์และการตอบสนองต่อความต้องการและอารมณ์ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ รวมถึงทักษะในการช่วยเหลือและการจัดการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม โดยจัดให้เป็นมาตรฐานโดยเฉพาะการอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่หรือมาปฏิบัติใหม่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงการระบุให้เป็นมาตรฐานของหน่วยงานว่าบุคลากรจะต้องผ่านการอบรมทักษะการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวโดยมีการประเมินทักษะอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

3. โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญและสนับสนุนแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเมื่อเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้บริการให้ครอบคลุมควรจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการบริการในทุกๆ เวร และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คนเป็นผู้ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ เพิ่มความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวต่อการพยาบาลที่ได้รับและลดข้อร้องเรียน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรุนแรงที่ศีรษะระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการและความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ครอบคลุมทุกระดับของการได้รับบาดเจ็บ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในทุกสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และอาจเพิ่มการศึกษาครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤตหรือการได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ อาทิเช่น การบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจราจร หรือภาวะวิกฤตจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยดำเนินการตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการจนเสร็จสิ้นการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มเติม เพราะในภาวะที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นการรักษาจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องไปเผชิญความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาอื่นๆ ต่อไป ดังนั้นควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

บรรณานุกรม

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานประจำปี 2561:สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved from <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/AnnualNCD61.pdf>
- กฤตยา แดงสุวรรณและคณะ. (2555). การรับรู้ข้อมูลของญาติผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. *Princess of Naradhiwas University Journal*;4(2). 16-28.
- กนิษฐา จำนงนิตย์. (2551). การจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์สำหรับญาติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกษร ปัญญาใส. (2553). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักทั่วไปโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กันยา วันเฮงยะฤทธิ์. (2549). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร ชมพิกุลและคณะ. (2552). สัมพันธภาพในครอบครัวไทย = *Relationship in Thai Families*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนาธิป พรกุล. (2554). การสอนกระบวนการคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วีพรีนท์(1991) จำกัด.
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป จำกัด.
- ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน และคณะ. (2559). ระดับความพึงพอใจและสาเหตุของความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์ปีพ.ศ.2557. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(4), 202-212.

- ธนิตา พึ่งฉิ่ง. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2560). ภาวะวิกฤตในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลญาติด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 10(2), 47-56.
- นิตยา เวียงพิทักษ์. (2546). ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(3), 40-56.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ตังแพง. (2544). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1), 11-31.
- นิรมนต์ เหล่าสุภาพ. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำทิพย์ ประสิทธิ์การ. (2553). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมญาติผู้ป่วยในการเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยต่อการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยขณะอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประยงค์ ทับทิม. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปฐมวดี สิงห์ตง. (2554). การศึกษาองค์ประกอบการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พชรพร ยอดเพชร. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรนิภา เอื้อเบญจพล. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา

- บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ปราณิต ส่งวัฒนา, และสุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(3), 153-161.
- มาณิกา อยู่สำราญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี. (2562). *เวชสถิติและข้อร้องเรียนผู้ป่วยนอก พ.ศ.2558 – 2561*. กรุงเทพฯ:แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2552). *บาดเจ็บศีรษะ*. ค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2560, จาก <http://www.surgeons.or.th/main/view.php?group=4&id=208>.
- รุ่งรารรณ บัวชัย. (2553). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2556). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงโรงพยาบาลพระปกเกล้า*. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 23(1), 15-29.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2559). *ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 27(1), 103-111.
- รวารุช กิตติวัฒนากุล. (2543). *บาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กาลสินธ์ มหาสารคาม*, 7(3), 10-33.
- วรภรณ์ ตระกูลสถิตย์. (2545). *จิตวิทยาการปรับตัว*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วารุณี บัวมีรูป. (2551). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์*. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ บุรณวานิช และพรเทพ แพรขาว. (2555). *คุณภาพชีวิตและอาการหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล*

มหาราชชนนครราชสีมา. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(5). 82-88.

วรรณนิษา ตุ่มประเสริฐ. (2551). ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการดูแลด้านความสุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สภาการพยาบาล. (2550). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก. กรุงเทพฯ:จุดทอง.

สมศิริ สายภักทรานุสรณ์. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สร้างความประทับใจต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สรานันท์ อนุชน. (2556). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(3), 159-169.

สุจิตรา ลิ้มอำนวย และชวนพิศ ทำนอง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมาลี สวัสดิ์ดิณฑนาท. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

แสงเดือน โสภา. (2544). การรับรู้ของผู้ป่วยต่อปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กลุ่มพัฒนาความปลอดภัย กระทรวงคมนาคม. (2562). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561. สืบค้นเมื่อ 17 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.otp.go.th>.

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล. (2538). ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อินทิรา ทาเอื้อ และคณะ. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. วารสารสภาการ

พยาบาล, 25(2), 39-53.

- อิสริย์ ศรีสุภโอบาร. (2557). ผลของโปรแกรมการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤตต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ. 2541. การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
ภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำพร มะลิวัลย์. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล
และความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนัก. วารสารการพยาบาล
และการศึกษา. 7(2), 95-108.
- Aday, L.A., & Anderson, R. (1975). *Development of Indices of Access to Medical Care*.
Ann Arbor, MI:Michigan Health Administration.
- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology (8th ed.)*. California:
St.Louis: C. V. Mosby.
- Alda, H., & Kristian, P., (2006). Parents information needs about the treatment of their
chronically ill child: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 62,
228-234.
- Alvarez, G. F., & Kirby, A. S. (2006). The perspective of families of the critically ill
patient: their needs. *Current opinion in critical care*, 12(6), 614–618.
- Arango-Lasprilla, J. C., Quijano, M. C., Aponte, M., Cuervo, M. T., Nicholls, E., Rogers, H.
L., & Kreutzer, J. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic
brain injury from Colombia, South America. *Brain injury*, 24(7-8), 1017–1026.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., . . .
Schlemmer, B. (2005). Risk of Post-traumatic stress symptoms in family
members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and
critical care medicine*, 171, 987-994.
- Bond, A. E., et al. (2003). Trauma. Needs of family members of patients with severe
traumatic brain injury: implications for evidence-based practice. *Critical Care
Nurse*. 23(4): 63-72.
- Bootcheewan, S. (2007). *The relationship between transition conditions and disability
in traumatic brain injury patients*. (master's thesis), Mahidol University

- Boudreaux, E. D., Ary, R. D., Mandry, C. V., & McCabe, B. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: The role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *The American Journal of Emergency Medicine, 18*(4), 394-400.
- Buddawan, N. (2002). *Factors influencing health status of caregivers of post operative neurosurgical patient.* (master's thesis), Mahidol University.
- Burn, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research.* Philadelphia: WB Saunders Company.
- Chartier, L., & Coutu-Wakulczyk, G. (1989). Families in ICU: their needs and anxiety level. *Intensive Care Nursing, 5*, 11-18.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud, 43*(1), 39-50.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung, 13*(3), 231-237.
- Davidson J. E. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical care nurse, 29*(3), 28-35.
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwer, P., & Wilmer, A. (2002). Needs and Feelings of Anxiety of Relative of Patients Hospitalized in Intensive Care Units. *Social Work in Health Care, 35*(4), 21-40.
- Fátima Levandovski, P., Dias da Silva Lima, M. A., & Marques Acosta, A. (2015). Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. *Investigacion y educacion en enfermeria, 33*(3), 473-481.
- Haboubi, N. H. J., Long, J., Koshy, M., & Ward, A. B. (2001). Short-term sequelae of minor head injury (6 years experience of minor head injury clinic). *Disability and Rehabilitation, 23*(14), 635-638.
- Halm, M. A. (1990). Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart Lung, 19*(1), 62-71.
- Halm, M. A., Titler, M. G., LLeiber, C., Johnson, S. K., Montgomery, L. A., Craft, M. J., . . . Megivern, K. (1993). Behavioral response of family members during critical illness. *Clinical Nursing Research, 2*(4), 414-437.

- Hardicre, J. (2003). Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nursing Times*, 99(27), 26–27.
- Harjinder, S.B., (2009). Communicating with the caregiver in neurotrauma. *Indian Journal of Neurotrauma*, 6, 99-102.
- Hart, T., Whyte, J., Polansky, M., Millis, S., Hammond, F.M., Sherer, M., Kreutzer, J. (2003). Concordance of patient and family report of neurobehavioral symptoms at 1 year after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(2), 204-213.
- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hobart-Porter, L., Wade, S., Minich, N., Kirkwood, M., Stancin, T., & Taylor, H. G. (2015). Determinants of Effective Caregiver Communication After Adolescent Traumatic Brain Injury. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 7(8), 836–844.
- Hudak, C.M., Gallo, B.M., & Morton, P.G. (1998). *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*. New York: Lippincott-Raven Publishers.
- Khan, F., Baguley, I. J., & Cameron, I. D. (2003). Rehabilitation after traumatic brain injury. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 290-295.
- Khursheed M, Fayyaz J, Zia N, Feroze A, Jamil A et al. (2014) Real-Time Patient Satisfaction of Emergency Department Services in a Tertiary-Care Hospital in Karachi, Pakistan . *Emergency Med* 4: 188.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leske, J. (2002). Intervention to decrease family anxiety: Protocols for practice. *Critical Care Nurse*, 22(6), 61-65.
- Leske, J. (2003). Comparison of family Stress, Strength and outcome after trauma and surgery. *AACN clinical issues*, 14(1), 33-41.
- Lundin, A., de Boussard, C., Edman, G., & Borg, J. (2006). Symptoms and disability until 3 months after mild TBI. *Brain Inj*, 20(8), 799-806.
- Manskow, U. S., Arntzen, C., Damsgård, E., Braine, M., Sigurdardottir, S., Andelic, N., . . . Anke, A. (2018). Family members' experience with in-hospital health care after severe traumatic brain injury: a national multicentre study. *BMC Health Services*

- Research*, 18(1), 951.
- Marsh, N.V., Kersel, D.A., Havill, J.H., & Sleigh, J.W. (1998). Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, 12(3), 225-238.
- Martin, C., Viguier, D., Deloche, G., & Dellatolas, G. (2001). Subjective experience after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15(11), 947-959.
- Maxwell, K., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & lung : the journal of critical care*, 36, 367-376.
- Mbakile-Mahlanza, L., Manderson, L., Downing, M., & Ponsford, J. (2017). Family caregiving of individuals with traumatic brain injury in Botswana. *Disability and rehabilitation*, 39(6), 559-567.
- McAdam, J.L., & Puntillo, K. (2009). Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *Family in Critical Care*, 18(3), 200-210.
- McAdam, J.L., Dracup, K.A., White, D.B., Fontaine, D.K., & Puntillo, K.L. (2010). Symptom experience of family members of intensive care unit patient at high risk for dying. *Critical care medicine*, 38(4), 1078-1085.
- McKiernan, M. and G. McCarthy (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 26(5): 254-261.
- Miracle, V.A. (2006). Strategies to meet the needs of families of critical ill patients. *Dimension of Critical Care Nursing*, 25(3), 121-125.
- Molter, N.C. (1979). Needs of relatives of critically ill patient: A descriptive study. *Heart & Lungs*, 8(2), 332-339.
- Molter, N.C., & Leske, J.S. (1983). *Critical Care Family Needs Inventory*. Available from Authors.
- Namasa, A. (2002). *Factors predicting health of traumatic brain injured patients*. (master's thesis), Mahidol University.
- Natesan, P., Hadid, D., Harb, Y. A., & Hitti, E. (2019). Comparing patients and families perceptions of satisfaction and predictors of overall satisfaction in the emergency department. *PLOS ONE*, 14(8), 1-11.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication

- Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global journal of health science*, 8(6), 65–74.
- O’Shea, R.A. (2005). *Principles and Practice of Trauma Nursing*. London:Elsevier Churchill Livingstone.
- Palmer, S. (2017). *An exploratory study: A review of key patient satisfaction interventions within an emergency department setting* (Order No. 10278428). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1899923102?accountid=15637>
- Panprasert, S. (2004). *Effects of informational and emotional support on the anxiety and satisfaction of accidental patients relatives during the waiting period at the accident and emergency department*. (master’s thesis), Mahidol University.
- Paparrigopoulos, T., Melissaki, A., Efthymiou, A., Tsekou, H., Vadala, C., Kribeni, G., . . . Soldatos, C. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 719-722.
- Phipps, W.J., Long, B.C., Woods, N.F., & Cassmeyer, V.L. (1991). *Medical-Surgical Nursing Concepts and Practice (4th ed)*. St.Louis: Mosby Tear.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P. et al. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicin*, 29(10), 1893 -1897.
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P.E., Cheval, C., Coloigner, M., Azoulay, E. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*, 20(1), 90-96.
- Polit, D.F., and Beck, T. (2004). *Nursing research: Principle and methods. 7th ed*. Philadelphia: A Wolters Kluwer Company.
- Redley, B., Beanlard, C., & Botti, M. (2003). Accompanying critically ill relatives in emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 88-98.
- Salmond, C. H., & Sahakian, B. J. (2005). Cognitive outcome in traumatic brain injury survivors. *Current Opinion Critical Care*, 11(2), 111-116.
- Sauls, J.L., & Warise, L.F. (2010). Intervention for Anxiety in Critically ill:A Guide for

- Nurses and Families. *Nursing Clinics of North America*, 45, 555-567.
- Schwecke, L.H. (2003). *Anxiety coping and crisis*. In N.L. Keltner & L.H. Schwecke(4ed.). Boston: Mosby.
- Scot, N. (2005). Traumatic brain injury a review. *Critical Care Nursing*, 28(2), 188-194.
- Shives, L.R. (2005). *Anxiety disorders In basic concepts of psychiatric mental health nursing(6ed.)*. Philadelphia:Lippincott.
- Sigurdardottir, S., Andelic, N., Roe, C., Jerstad, T., & Schanke, A. K. (2009). Post-concussion symptoms after traumatic brain injury at 3 and 12 months post-injury: a prospective study. *Brain Inj*, 23(6), 489-497.
- Solursh, D.S. (1990). The family of the trauma victim. *Nursing Clinics of North America*, 25(1), 155-162.
- Son, H., & Yom, Y. H. (2017). Factors influencing satisfaction with emergency department medical service: Patients' and their companions' perspectives. *Japan journal of nursing science : JJNS*, 14(1), 27–37.
- Sosnowski, C., & Ustik, M. (1994). Early intervention:coma stimulation in the intensive care unit. *J Neurosci Nurs*, 26(6), 336-341.
- Spielberger, C.D. (Ed.). (1972). *Anxiety as an emotional state*. In *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp.23-49). New York: Academic.
- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C. D.Spielberger & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety* (pp.3–10). Washington, DC: Hemisphere.
- Spielberger, C.D. (1983). *The measurement of State and Trait Anxiety:Conceptual and methodological issue in emotion*. NewYork:Ravan Press.
- Stempniak, M. (2013). The Push is on to Eliminate Hospital Wait Times. *Hospitals Health Networks*. Retrived from www.hhnmag.com/articles/6417-the-push-is-on-to-eliminate_hospitals-wait-times.
- Tracy, J., Fowler, S., & Magrelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied Nursing Research*, 12(3), 121-127.
- Tracy, M.F. (2006). *Essential of critical care nursing*. In American Association of Critical Nurses Verginia:McGraud-hill.
- Vacarolis, E.M. (2002). *Understanding anxiety and anxirty defenses*. In Foundations of

- Psychiatric mental health nursing(4ed.). Philadelphia:W.B. Saunders.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain injury*. (master's thesis), Mahidol University.
- Worku, M., & Loha, E. (2017). Assessment of client satisfaction on emergency department services in Hawassa University Referral Hospital, Hawassa, Southern Ethiopia. *BMC Emerg Med.* 17-21.
- World Health Organization. (2018). *Global Status Report on road safety 2018*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการและสังกัด
1. นายแพทย์ชัชวาล แซ่เฮ้ง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิสุณี วิวัฒน์วานิช	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรุณี เสงยศมาก	รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และประเมินผล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. นางสาวจรรยา แก้วสาร	ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลผู้ป่วยนอก 2 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์
5. นางสาววรรณภา กรีทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



ภาคผนวก ข

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศอ 0512.11/ 1977



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขอลงมติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉนดร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายบุญรัตน์ ปัญศิริ ศึกษาระดับปริญญาโท สาขาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แขนกหักข้อมือและถูกเงิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณีภัฏฐ์ นันทไทยวิฑูร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีผลสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. นายแพทย์ ชีวราช แซ่เฮ็ง | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สาขาระบาดวิทยา |
| 2. นางสาววรรณภา กวีทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวิวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้มาเรียน	นายแพทย์ ชีวราช แซ่เฮ็ง และนางสาววรรณภา กวีทอง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณีภัฏฐ์ นันทไทยวิฑูร โทร. 0-2218-1149
เขียนขึ้น	นายบุญรัตน์ ปัญศิริ โทร. 08-9777-5538

ที่ ศธ 0512.11/ 199-๕



คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

๙ พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายบุญรัตน์ ปิณฑศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยระดับที่รุนแรง แบบกฤตพิเศษและถูกฉีดยา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชามัญญ์ นันทไพฑูริกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง-เหมาะสมเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีสิทธิ์ข้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรณรมณ์ จิวัฒนัน)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชามัญญ์ นันทไพฑูริกุล โทร. 0-2218-1149

ขียนิตติกร นายบุญรัตน์ ปิณฑศิริ โทร. 08-9777-5538

ที่ ศอ 0512.11/ ๐๐๔๐



คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรทรวง ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ มกราคม 2562

เรื่อง ขอบอนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ ก่อการศูนย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายบุญรัตน์ ปัญศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณีภรณ์ นันทไพฑูริกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จะขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรุณี เสงยศมาท รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตส่งมาขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะศึกษาศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรุณี เสงยศมาท
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณีภรณ์ นันทไพฑูริกุล โทร. 0-2218-1149
ที่ปรึกษา นายบุญรัตน์ ปัญศิริ โทร. 08-9777-5538

พื ศธ 0512.11/ 1976



คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายบุญรัตน์ ปัญศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณีภูษิต นันทไพฑูริกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจรรยา แก้วสาร ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลผู้ป่วยนอก 2 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่มีผลสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ จิตวิวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเรียน	นางสาวจรรยา แก้วสาร
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณีภูษิต นันทไพฑูริกุล โทร. 0-2218-1149
ชื่อ นิสิต	นายบุญรัตน์ ปัญศิริ โทร. 08-9777-5538



ที่ กษ ๐๒๐๘/๒๕๖๕



โรงพยาบาลเวชการุณย์วิทย์
๓๕/๖ ถนนเลียบริม
เขตหนองจอก กทม.๑๐๕๓๐

๓๑ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ กษ ๐๔๑๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๕

ตามที่ นายบุญวิทย์ ปัญญาศิริ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลกระทบโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ปกครองแบบกลุ่มพิเศษและฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชาณัฐ์ นันทไชยพิบูล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่รับรอง กษ๐๒๐๘/๐๒๕๖๐๓ นั้น

ในกรณี โรงพยาบาลเวชการุณย์วิทย์ สำนักงานแพทย์ ได้พิจารณาแล้ว สามารถให้เก็บข้อมูลได้เพราะโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานครเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ


(นายอานูชา วรณอภา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์วิทย์

ฝ่ายวิชาการและแผนงาน
โทร. ๐ ๒๖๔๘ ๕๑๐๐ ต่อ ๕๖๔๘
โทรสาร ๐ ๒ ๕๕๑๕ ๒๐๘



ที่ อร 64.11/11 ๒4



คณะกรรมการการอุดมศึกษา
 อาคารบรมราชชนนีศรีศุภรราช ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

2๐ สิงหาคม 2562

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นายบุญวิเศษ ปิฎุศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทภาคบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตนเองความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ช่วยภาคเจ็บที่ศีรษะ แขนงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปรางค์กัญจน์ นันทะพรวิฑูร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ บรมองค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งเป็นโครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกองโลโก้วิจัยของระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายบุญวิเศษ ปิฎุศิริ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณฉวี ชัยวีณน)

คณะที่คณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปรางค์กัญจน์ นันทะพรวิฑูร โทร. 0-2218-1149

ที่ยื่นเรื่อง

นายบุญวิเศษ ปิฎุศิริ โทร. 08-9777-5538



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 204/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 115.1/62 : เลขของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แขนงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ผู้วิจัยหลัก : นายบุญรัตน์ บุญศิริ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (มทจก.) 2556, นโยบายแห่งชาติและแนวทางการปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 ซึ่งมีมติดำเนินการศึกษาวิจัยเบื้องต้นว่า

ลงนาม สมชาย งามเลิศ ลงนาม ผ่องศรี พิษมาภิรักษ์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บริหาร วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บัณฑิต วิทยาลัยเวชศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 9 สิงหาคม 2562 รับผลตรวจ : 8 สิงหาคม 2563

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและหนังสือขอความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย 115-1/62
- 9 ส.ค. 2562
- 4) คณะกรรมการ วันที่รับรอง - 9 ส.ค. 2562
รับผลตรวจ - 8 ส.ค. 2563

เงื่อนไข

- 1. ฝ่ายที่รับรองว่าเป็นการวิจัย ไม่ เป็นการวิจัยที่ดำเนินการในชื่อโครงการวิจัยของฝ่ายผู้วิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
- 2. หากใบรับรองโครงการวิจัยของเลขที่ การดำเนินการวิจัยที่ออกให้ เมื่อต้องการขอตรวจต่อของศูนย์วิจัยที่ขอทำใบรับรองว่า 1 เดือน หลังการพิจารณาแล้ว
- 3. ผู้ดำเนินการวิจัยหากมีอายุไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด
- 4. หากผลการวิจัยที่ส่งกลับกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ในใบขอตรวจต่อประชากรที่ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย และผลการวิจัยที่ส่งกลับ (ถ้ามี) ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ
- 5. หากมีเหตุฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจะดำเนินการภายใน 5 วันทำการ
- 6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
- 7. โครงการวิจัยฉบับนี้ 1 ปี คณะกรรมการศูนย์โครงการวิจัย (AF 02-14) และขอต่ออายุโครงการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิชาอื่นที่ไม่ใช่สหสถาบันขอต่ออายุโครงการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, GOMS Guidelines และ ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : โครงการโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวที่ความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ช่วยบำบัดเจ็บที่ศีรษะแบบกฤตวิเศษและดูแล
รหัสโครงการ : U018v62
ผู้วิจัยหลัก : นายสุวิทย์ ปิยะศิริ
สถาบันที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่ได้รับพิจารณา :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. โครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |
| 2. เอกสารแจ้งข้อผูกมัดอาสาสมัคร | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |
| 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |
| 4. ประมวลผลของงานวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |
| 5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | |
| - แบบสอบถาม | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |
| - โปรแกรมสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |
| - กระบวนการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |
| - คู่มือแนะนำบริการสำหรับสมาชิกครอบครัว | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 |

(นายพิชญา นาควิริยะ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง..... 083

วันที่รับรอง วันที่ 17 ธันวาคม 2562

วันหมดอายุ วันที่ 16 ธันวาคม 2563

ประเภทของการรับรอง ครั้งแรก แก้ไขโครงการวิจัย ต่ออายุ ครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

การรับรองนี้มีเงื่อนไขตามที่ระบุไว้ (ดูคำแนะนำของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

(กรณีอาสาสมัครอายุ 18 ปี ขึ้นไป)

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่ถนนหมู่ที่แขวง/ตำบลเขต/อำเภอ
จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ **นายบุญรัตน์ ปัญศิริ** เรื่อง **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวง แต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือ ภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ / หรือ ผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ / หรือ ผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยและค่าทดแทนตาม ข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของ
ข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัย ต่อหน้าผู้ให้ข้อมูลและพยาน

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ

- 1) ผู้ให้ข้อมูล / ขอความยินยอม ควรเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับ
การวิจัย และเป็นผู้ไม่มีความสัมพันธ์กับอาสาสมัคร
- 2) ในกรณีการวิจัยทางคลินิก ผู้อธิบายให้ข้อมูล ต้องไม่ใช่แพทย์ผู้ทำการวิจัยที่เป็นแพทย์
ผู้ดูแลรักษาอาสาสมัคร เพื่อป้องกันการเข้าร่วมโครงการด้วยความเกรงใจ
- 3) พยานเป็นผู้บรรลุนิติภาวะต้องไม่ใช่ผู้วิจัยและทีมงาน และไม่ผู้ให้ข้อมูล ลงลายมือชื่อ
และวันที่ด้วยตนเอง
- 4) ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านหนังสือ หรือลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับ
ลายนิ้วมือแทน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ แต่มีผู้อ่านข้อความในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่
ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี และมีพยานที่เป็นกลางอยู่ด้วยตลอดเวลาที่ขอความยินยอม

ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในหนังสือแสดงเจตนาด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวา

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ชื่อสกุล ตัวบรรจง

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร(กลุ่มควบคุม)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. รหัสโครงการ

3. ชื่อ สถานที่ทำงานของหัวหน้าโครงการวิจัย และชื่อผู้วิจัยร่วม

ชื่อผู้วิจัย นายบุญรัตน์ ปัญศิริ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หน่วยแพทย์กู้ชีวิต โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ถนนเลียบวารี

แขวงหนองจอก เขตหนองจอก กรุงเทพฯ 10530

(ที่บ้าน) -

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-988-4098 ต่อ 117

โทรศัพท์มือถือ 089-777-5538 E-mail : kekynurse@gmail.com

4. ผู้ให้ทุนวิจัย

5. วันที่ชี้แจงข้อมูล

6. คำเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านและสามารถขอคำแนะนำในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่าน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ โดย ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ก็จะได้รับ การรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ของอาสาสมัคร ผู้ลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงอาสาสมัครเท่านั้น

7. โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจาก

การบาดเจ็บที่ศีรษะคือภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรงและอ้อมโดยเฉพาะในสมาชิกที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับผู้ป่วยจึงส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมฯ เพื่อเปรียบเทียบระดับของความวิตกกังวลและความพึงพอใจของท่าน ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในขณะที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินขึ้น

8. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

8.1 คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้าร่วมวิจัย

8.1.1 อายุระหว่าง 20 – 59 ปี

8.1.2 เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทางสายเลือดหรือทางสถานภาพสมรส

8.1.3 ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด (หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงแล้ว)

8.1.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความสามารถในสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ปกติ

8.1.5 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

8.2 คุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

8.2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ที่มีระดับความรุนแรงการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (GCS 9-15 คะแนน)

9. ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ในกรณีที่ท่านเกิดการไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่สะดวกใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่อย่างใด

10. จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

สถานที่ทำการวิจัย ได้แก่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักรักษาการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน

11. ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นี่

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว จะดำเนินการตามขั้นตอนตลอดการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-60 นาที ขึ้นกับขั้นตอนและกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ

12. หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการปฏิบัติ หรือต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างไร

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันตามตัวแปรที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุม ดังนี้
กลุ่มควบคุม

ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินบริเวณจุดคัดกรองด้านหน้า ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 นาที หลังจากนั้นท่านจะได้ทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 15 ข้อ และแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 37 ข้อ (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาจากแพทย์ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท่านจะได้รับการอธิบายถึงการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การตรวจพิเศษเพิ่มเติมรวมถึงการอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้นจากแพทย์และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเมื่อแพทย์พิจารณาถึงความเห็นการรักษา ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ช่วยวิจัยให้ท่านทำแบบประเมินอีกครั้ง ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวล จำนวน 15 ข้อ แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 37 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 20 ข้อ (Post-test) ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที รวมระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้นประมาณ 30-40 นาที

13. ความไม่สบายทางกายและใจ หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความเป็นไปได้ที่มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ท่านอาจเกิดความรู้สึกเสียเวลา ไม่สบายใจหรืออึดอัดใจจากการตอบแบบสอบถามบางข้อ ผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยผู้วิจัยได้สอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มทำกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อให้ท่านสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างเป็นอิสระ ลดความอึดอัดใจหรือความไม่สบายใจ แต่หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่สะดวกใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่อย่างใด

14. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ จะช่วยให้อาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอขณะที่รอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลของท่านและครอบครัวได้

ประโยชน์ต่อส่วนรวม คือ ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อลดความวิตกกังวล สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้

15. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ไม่มี

16. ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทน ค่าพาหนะหรือค่าชดเชยการเสียเวลา แต่มีเอกสารคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มอบให้สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

17. หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ส่งผลใดๆต่อกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งสิ้น กรณีมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมท่านสามารถสอบถามจากพยาบาลประจำการได้ตลอดเวลา

18. หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านเกิดอันตรายใดๆ ในระหว่างการทำวิจัยหรือภายหลังการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากการวิจัยดังกล่าว ท่านจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานแรงงานขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนถึงสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานแรงงานขั้นต่ำตามกฎหมาย ท่านสามารถติดต่อผู้ดูแลรับผิดชอบอาสาสมัคร ตลอด 24 ชั่วโมง ได้ที่ นายแพทย์อรรถนพ เลชะกุล ที่อยู่ (บ้าน) 54/39 ถนนนวมินทร์ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ถนนเลียบวารี แขวงกระทุ่มราย เขตหนองจอก กรุงเทพฯ 10530 โทรศัพท์ 081-423-7171 อีเมล ANNOPLEKHAKUL@gmail.com

19. หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ นายบุญรัตน์ ปัญศิริ หน่วยแพทย์กู้ชีวิต โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ถนนเลียบวารี แขวงหนองจอก เขตหนองจอก กรุงเทพฯ 10530 โทรศัพท์มือถือ 089-777-5538 หรือทางE-mail : kekynurse@gmail.com ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

20. หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

กรณีไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลฯ หรือไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร โทร 0 2220 7564 ในเวลาราชการ

21. ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและกลุ่มตัวอย่างต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการบังคับให้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามจะไม่มีข้อบังคับใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น แบบสอบถามเป็นแบบนิรนามมีเพียงการใช้รหัสเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลเท่านั้น

22. ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด

23. หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมทันที

24. ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับผู้วิจัย เก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร(กลุ่มทดลอง)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. รหัสโครงการ

3. ชื่อ สถานที่ทำงานของหัวหน้าโครงการวิจัย และชื่อผู้วิจัยร่วม

ชื่อผู้วิจัย

นายบุญรัตน์ ปัญศิริ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หน่วยแพทย์กู้ชีวิต โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ถนนเลียบวารี

แขวงหนองจอก เขตหนองจอก กรุงเทพฯ 10530

(ที่บ้าน) -

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-988-4098 ต่อ 117

โทรศัพท์มือถือ 089-777-5538 E-mail : kekynurse@gmail.com

4. ผู้ให้ทุนวิจัย

5. วันที่ชี้แจงข้อมูล

6. คำเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านและสามารถขอคำแนะนำในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่าน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ โดย ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ก็จะได้รับ การรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ของอาสาสมัคร ผู้ลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงอาสาสมัครเท่านั้น

7. โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะคือภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรง

และอ้อมโดยเฉพาะในสมาชิกที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับผู้ป่วยจึงส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมฯ เพื่อเปรียบเทียบระดับของความวิตกกังวลและความพึงพอใจของท่าน ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในขณะที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินขึ้น

8. ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

8.1 คุณสมบัติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้าร่วมวิจัย

8.1.1 อายุระหว่าง 20 – 59 ปี

8.1.2 เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทางสายเลือดหรือทางสถานภาพสมรส

8.1.3 ได้รับการตัดสินใจเลือกจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและรู้ปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด (หลังจากที่ผู้วิจัยชี้แจงแล้ว)

8.1.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ปกติ

8.1.5 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

8.2 คุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

8.2.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD10 ที่มีระดับความรุนแรงการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (GCS 9-15 คะแนน)

9. ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ในกรณีที่ท่านเกิดการไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่สะดวกใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่อย่างใด

10. จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

สถานที่ทำการวิจัย ได้แก่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน

11. ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว จะดำเนินการตามขั้นตอนตลอดการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-60 นาที ขึ้นกับขั้นตอนและกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับ

12. หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการปฏิบัติหรือต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างไร

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันตามตัวแปรที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ท่านจะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากผู้วิจัย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองประมาณ 60 นาที ประกอบไปด้วย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ (5-10 นาที) ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพ สังเกตความพร้อมของสมาชิกในครอบครัว เตรียมความพร้อมก่อนให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ (35-40 นาที) ประกอบด้วย

2.1) ภายหลังผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินบริเวณจุดคัดกรองด้านหน้า ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะพาท่านไปบริเวณจุดพักรอของญาติเพื่อให้คำแนะนำต่างๆ ท่านจะได้ทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 15 ข้อ และแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 37 ข้อ(Pre-test)ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2.2) ท่านจะได้รับการพยาบาลเพื่อให้การสนับสนุนความต้องการทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การให้การตอบสนองความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดวิตกกังวล 2) การให้การตอบสนองความต้องการด้านความสุขสบาย 3) การให้การตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล 4) การให้การตอบสนองความต้องการด้านความช่วยเหลือและสนับสนุน 5) การให้การตอบสนองความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

2.3) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัยและให้การสนับสนุนความต้องการเพิ่มเติม

ขั้นที่ 3 การประเมินผล เมื่อแพทย์พิจารณาสิ้นสุดการรักษา(10-15 นาที) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ท่านจะได้รับการทำแบบประเมินอีกครั้ง ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินความวิตกกังวล จำนวน 15 ข้อ แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 37 ข้อและแบบประเมินความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 20 ข้อ(Post-test) ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

13. ความไม่สบายทางกายและใจ หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย มีความเป็นไปได้ที่มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่อาจเกิดขึ้น เช่น ท่านอาจเกิดความรู้สึกเสียเวลา ไม่สบายใจหรืออึดอัดใจจากการตอบแบบสอบถามบางข้อ ผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยผู้วิจัยได้สอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มทำกิจกรรมทุกครั้ง เพื่อให้ท่านสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างเป็นอิสระ ลดความอึดอัดใจหรือความไม่สบายใจ แต่หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือเกิดความไม่สะดวกใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อท่านและการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บที่ศีรษะแต่อย่างใด

14. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ จะช่วยให้อาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอขณะที่รอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลของท่านและครอบครัวได้

ประโยชน์ต่อส่วนรวม คือ ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อลดความวิตกกังวล สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการได้

15. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ไม่มี

16. ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทน ค่าพาหนะหรือค่าชดเชยการเสียเวลา แต่มีเอกสารคู่มือสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มอบให้สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

17. หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งสิ้น กรณีมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมท่านสามารถสอบถามจากพยาบาลประจำการได้ตลอดเวลา

18. หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านเกิดอันตรายใดๆ ในระหว่างการทำวิจัยหรือภายหลังการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดจากการวิจัยดังกล่าว ท่านจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานแรงงานขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนถึงได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐาน

แรงงานขั้นต่ำตามกฎหมาย ท่านสามารถติดต่อผู้ดูแลรับผิดชอบอาสาสมัคร ตลอด 24 ชั่วโมง ได้ที่
นายแพทย์อรรณพ เลชะกุล

ที่อยู่ (บ้าน) 54/39 ถนนนวมินทร์ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ถนนเลียบบวารี แขวงกระทุ่มราย เขตหนองจอก
กรุงเทพฯ 10530

โทรศัพท์ 081-423-7171 อีเมล ANNOPLEKHAKUL@gmail.com

19. หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ นายบุญรัตน์ ปัญศิริ
หน่วยแพทย์กู้ชีวิต โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ถนนเลียบบวารี แขวงหนองจอก เขตหนองจอก
กรุงเทพฯ 10530 โทรศัพท์มือถือ 089-777-5538 หรือทางE-mail : kekynurse@gmail.com
ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

20. หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่
สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

กรณีไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลฯ หรือไม่ได้รับการชดเชยอันควร
ต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร โทร 0 2220 7564 ในเวลาราชการ

21. ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและกลุ่มตัวอย่างต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการบังคับให้เข้าร่วมการวิจัย
เมื่อท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามจะ
ไม่มีข้อบังคับใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้
เท่านั้น แบบสอบถามเป็นแบบนิรนามมีเพียงการใช้รหัสเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลเท่านั้น

22. ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว
จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด

23. หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม
นั้นทันที

24. ท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับของผู้วิจัย เก็บ
ไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเลขที่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าคำตอบที่ท่านเลือกหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและผู้ป่วย
 - บิดา-มารดา สามี-ภรรยา พี่น้อง
 - บุตร
4. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หม้าย
 - หย่า แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า อนุปริญญา
 - ปริญญาตรี ปริญญาโท/เอก
 - อื่นระบุ.....
6. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตรกร
 - รับราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน)
 - ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน 5,000-10,000 บาท/เดือน
 - 10,001-15,000 บาท/เดือน 15,001-20,000 บาท/เดือน
 - 20,001-25,000 บาท/เดือน 25,000 บาท/เดือนขึ้นไป
8. บทบาทหน้าที่ผู้ป่วยต่อครอบครัว
 - หัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว
 - อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (สำหรับผู้วิจัย)

1. วันที่เข้ารับการรักษา.....
2. เพศ ชาย หญิง
3. อายุ ปี
4. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตรกร
 - รับราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - อื่นๆ ระบุ.....
5. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
6. ระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Glasgow Coma Scale; GCS) E.....V.....M..... = คะแนน
 - บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย บาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง
7. การวินิจฉัยโรค

แบบสอบถามเลขที่

แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง ข้อความนี้เป็นข้อความที่ใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้ว ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือของข้อความ โดยข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด จงเลือกตอบตามที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านเลยในขณะนี้
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้เล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้ปานกลาง
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้มากที่สุด

ความรู้สึกขณะนี้	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าผู้บาดเจ็บจะปลอดภัย				
3.ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด				
4.ข้าพเจ้ารู้สึกสบายๆ				
5.ข้าพเจ้ารู้สึกอารมณ์เสีย				
6.ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับสิ่งร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บ				
7.ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจต่อความช่วยเหลือของแพทย์/พยาบาล/บุคลากรในทีมสุขภาพ				
8.ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัวว่าจะเกิดสิ่งร้าย				
9.ข้าพเจ้ารู้สึกได้รับความสะดวกสบายขณะรอการรักษา				
10.ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นว่าผู้บาดเจ็บจะปลอดภัย				
11.ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้น				
12.ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
13.ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
14.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
15.ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน				

แบบสอบถามเลขที่

แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นแบบวัดความพึงพอใจของท่านต่อการได้รับการดูแลจากพยาบาลขณะรอผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการให้การพยาบาลต่อไป ข้อมูลที่ได้จากคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะไม่มีผลต่อการบริการที่ท่านและผู้ป่วยได้รับแต่อย่างใด ข้อความทั้งหมดมี 20 ข้อ แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุดคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบทุกข้อโดยการทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวาของข้อความ เมื่อพิจารณาว่าตรงกับความพึงพอใจของท่าน โดยระดับความพึงพอใจมาก หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลต่อท่านมาก ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลต่อท่านปานกลาง ระดับความพึงพอใจน้อย หมายถึง ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลต่อท่านน้อย ไม่พอใจ หมายถึง ท่านไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลต่อท่าน ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับการพยาบาลนั้นๆ

การพยาบาลที่ได้รับ	ระดับความพึงพอใจ				ไม่ได้รับ
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ	
ท่านพึงพอใจที่.....					
1.พยาบาลทักทายและแนะนำตัว					
2.พยาบาลแสดงสีหน้าท่าทาง การแสดงออก ด้วยความเป็นมิตร					
3. พยาบาลพูดคุยกับท่านด้วยคำพูด วิธีการพูด และน้ำเสียงที่สุภาพและเป็นกันเอง					
4.พยาบาลแสดงความเอาใจใส่สอบถามความต้องการของท่าน					
5.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึก					
6.พยาบาลรับฟังปัญหาหรือความทุกข์ของท่านอย่างตั้งใจ					
7.พยาบาลแสดงท่าทีเข้าใจและยอมรับการ แสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายใจของท่าน					

การพยาบาลที่ได้รับ	ระดับความพึงพอใจ				ไม่ได้รับ
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ	
8.พยาบาลชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินให้ท่านทราบ					
9.พยาบาลทำให้ท่านมีความรู้สึกมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด					
10.พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการและการบาดเจ็บของผู้ป่วยแก่ท่าน					
11.พยาบาลให้ข้อมูล เหตุและผลของการตรวจวินิจฉัยที่ผู้ป่วยได้รับ					
12.พยาบาลให้ข้อมูล เหตุและผลของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ					
13.พยาบาลบอกการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นระยะให้ท่านทราบ					
14.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน					
15.พยาบาลแนะนำข้อควรปฏิบัติขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแก่ท่าน					
16.พยาบาลเปิดโอกาสท่านซักถามข้อสงสัย					
17.พยาบาลตอบข้อซักถามของท่านด้วยความเต็มใจ					
18.พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้พบแพทย์ผู้รักษา					
19.พยาบาลแจ้งข้อมูล ขั้นตอนในการรับเป็นผู้ป่วยในหรือย้ายโรงพยาบาลให้ท่านทราบ					
20.พยาบาลแสดงความห่วงใย ไม่ทอดทิ้งท่าน โดยให้ข้อมูลแก่ท่านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ					

แบบสอบถามเลขที่

แบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือของท่านในฐานะสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเลือกคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความต้องการของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อ	ความต้องการ	ไม่ ต้องการ (1)	ต้องการ เล็กน้อย (2)	ต้องการ มากพอ สมควร (3)	ต้องการ มาก (4)
1.	ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล ทราบผลลัพธ์ที่คาดหวังได้ตามความเป็นจริง				
2.	ได้รับการตอบคำถาม ตรงตามความเป็นจริง				
3.	ต้องการมีความหวังต่อการรักษา				
4.	มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้				
5.	ได้รับคำอธิบายที่เข้าใจได้ง่าย				
6.	บุคลากรทางการแพทย์ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย				
7.	ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะ				
8.	ความต้องการด้านความสุขสบาย มีที่นั่งพักผ่อนสบายขณะรอผู้ป่วยหน้าห้องฉุกเฉิน				
9.	บุคลากรทางการแพทย์รับฟังความคิดเห็นของญาติ				
10.	มั่นใจว่าจะสามารถออกไปทำธุระนอกโรงพยาบาลได้สัก ช่วงเวลาหนึ่ง				
11.	มีห้องน้ำใกล้กับจุดที่นั่งรอผู้ป่วย				
12.	ความต้องการด้านข้อมูล ได้พูดคุยกับแพทย์ผู้ทำการรักษา				
13.	ทราบบุคคลที่สามารถติดต่อได้ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน				
14.	ทราบว่าบุคลากรท่านใดสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องใดได้ บ้าง				
15.	ทราบเหตุผลของการรักษาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ				
16.	ทราบบทบาทของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย				
17.	ทราบแนวทางและการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ				

ข้อ	ความต้องการ	ไม่ ต้องการ (1)	ต้องการ เล็กน้อย (2)	ต้องการ มากพอ สมควร (3)	ต้องการ มาก (4)
18.	ความต้องการด้านการใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความจำเป็น				
19.	ได้พูดคุยกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย				
20.	ทราบเกี่ยวกับการให้บริการด้านศาสนา				
21.	ได้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย				
22.	ทราบแผนการย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน				
23.	ได้รับแจ้งเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย				
24.	ทราบข้อมูลของผู้ป่วยเป็นระยะๆ				
25.	มีห้องนั่งรอเยี่ยมที่ใกล้กับผู้ป่วย				
26.	ความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยก่อนที่จะ เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก				
27.	ได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น				
28.	ทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติตัวขณะอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย				
29.	มีบุคลากรอยู่ใกล้ๆเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือ				
30.	มีหน่วยงานที่สามารถช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาทางการเงิน				
31.	อนุญาตให้พระหรือผู้นำทางศาสนาที่ผู้ป่วยศรัทธามาเยี่ยม				
32.	ได้พูดคุยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต				
33.	มีพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย				
34.	มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพของ ญาติบ้าง				
35.	รู้สึกว่าร้องไห้ได้ หากรู้สึกเช่นนั้น				
36.	ได้รับทราบข้อมูลว่าบุคลากรใดที่สามารถให้ข้อมูลช่วยเหลือ เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ				
37.	ได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับบุคคลที่สามารถช่วยเหลือ ปัญหาครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย				

แผนการสอนโปรแกรมสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัว เป็นแผนการให้การสนับสนุนตามความต้องการให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดความต้องการและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวของ Molter & Leske (1983) ร่วมกับการทบทวนเอกสาร งานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

กลุ่มเป้าหมาย

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ผู้ดำเนินการ

นายบุญรัตน์ ปัญศิริ

อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- เอกสารคู่มือแนะนำบริการสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- กระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล

ระยะเวลา

ครอบคลุมถึงการรักษาตั้งแต่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพาผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนกระทั่งแพทย์พิจารณาสิ้นสุดการรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้ระยะเวลาประมาณ 60 นาที มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
วัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
ระยะเวลา ประมาณ 5-10 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1.เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว 2.สร้างความไว้วางใจและร่วมมือในการวิจัย	1.เริ่มทักทายผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว กล่าวแนะนำตนเอง 2.บอกวัตถุประสงค์ในการเข้าพบครั้งนี้ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกครอบครัว 3.พูดคุยซักถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว และประเมินความพร้อมของสมาชิกครอบครัว 4.สนทนาด้วยท่าที่เป็นมิตร อบอุ่น เป็นกันเอง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย 5.เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ 6.เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวระบายความรู้สึก เป็นผู้รับฟังที่ดี แสดงท่าทีเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ 7.แนะนำสมาชิกครอบครัวไปยังจุดพักรอสำหรับญาติผู้ป่วย บริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้จัดเตรียมไว้ให้	-	- สังเกตจากกิริยาท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงออกถึงความสนใจในสิ่งที่ผู้วิจัยพูด อาจมีการพยักหน้า ตอบรับเพื่อแสดงถึงความเข้าใจ

ขั้นตอนที่ 2 การให้โปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะที่ 1 ตั้งแต่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการคัดกรองเพื่อประเมินระดับความรุนแรงจนกระทั่งเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและประเมินระดับความวิตกกังวลและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะเวลา ประมาณ 5-10 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1.สร้างความไว้วางใจและร่วมมือในการวิจัย	1.เริ่มทักทายสมาชิกครอบครัว กล่าวแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง	-แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล	- สังเกตจากกิริยาท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงออกถึงความสนใจในสิ่งที่ผู้วิจัยพูด อาจมีการพยักหน้า ตอบรับเพื่อแสดงถึงความเข้าใจหรือการร้องขอความต้องการต่างๆ
2.เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	2.สนทนาด้วยท่าที่เป็นมิตร อ่อนเป็นกันเอง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	-แบบประเมิน	
3.เพื่อประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	3.เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ สนับสนุนให้ได้ระบายความรู้สึก เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย	ความวิตกกังวล ครอบครัว ผู้ป่วย	
	4.เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวแสดงถึงความต้องการต่างๆ	ครอบครัว	
	5.ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว โดยการชี้แจงวิธีการทำแบบบันทึก	-แบบประเมิน ความ	
	6.ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลและแบบประเมินความต้องการของครอบครัว	ความต้องการของสมาชิก	
	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Pre-test)โดยการชี้แจงวิธีการทำแบบประเมินต่างๆ	ครอบครัว ผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ	

ระยะที่ 2 ระหว่างสมาชิกครอบครัวคอยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน

ระยะเวลา ประมาณ 20-30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน	1. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัว ดังนี้ 1.1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการขั้นตอนการเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย - การคัดกรอง คือการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โดยการประเมินสภาพตามอาการและภาวะโรคของผู้ป่วย เพื่อให้ได้การรักษาที่เหมาะสม ถูกต้องและรวดเร็ว	-คู่มือแนะนำบริการสำหรับสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	-สังเกตท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงถึงความสนใจ ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
2. เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและเพิ่มความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	- การคัดกรอง คือการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วน โดยการประเมินสภาพตามอาการและภาวะโรคของผู้ป่วย เพื่อให้ได้การรักษาที่เหมาะสม ถูกต้องและรวดเร็ว - การทำประวัติและการตรวจสอบสิทธิการรักษา - การซักประวัติและการตรวจร่างกาย คือการประเมินสภาพร่างกายเบื้องต้นจากพยาบาล ประกอบไปด้วยการตรวจร่างกาย ตรวจสอบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินทางระบบประสาท การซักถามพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อประเมิน	-แผ่นป้ายกระดานการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล	-สังเกตท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงถึงความสนใจ ซักถามข้อสงสัยต่างๆ

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ การทดสอบการเคลื่อนไหวหรือการทำงานของกล้ามเนื้อ ซึ่งพยาบาลจะมีการพูดคุยถึงสาเหตุหรือประวัติการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ครอบคลุมถึงประวัติของการเจ็บป่วยในอดีต</p> <p>- กระดานสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล คือกระดานที่อยู่บริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใกล้กับจุดคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดแสดงถึง ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยชื่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยและรายละเอียดของการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ซึ่งหากมีข้อสงสัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่พยาบาลประจำจุดคัดกรองได้ตลอดเวลา</p> <p>- จุดประชาสัมพันธ์ จะตั้งอยู่บริเวณโถงด้านซ้ายมือของท่าน ท่านสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลหรือตำแหน่งที่ตั้งของแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลเช่น ห้องการเงิน ห้อง X-Ray เป็นต้น รวมถึงข้อมูลร้านค้าหรือแหล่งสนับสนุนอื่นๆที่ท่านต้องการเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา</p>	<p>-</p> <p>-คู่มือแนะนำบริการสำหรับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>-สังเกตท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงถึงความสนใจซักถามข้อสงสัยต่างๆ</p> <p>-สังเกตท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงถึงความสนใจซักถามข้อสงสัยต่างๆ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>1.2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการในปัจจุบันของผู้ป่วย ระดับของความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ได้รับการรักษาเบื้องต้น ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรที่มีคุณภาพ อย่างดีที่สุด</p> <p>1.3) ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความหมาย การบาดเจ็บที่ศีรษะ <p>หมายถึง การบาดเจ็บของบุคคลที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบศีรษะและร่างกาย แล้วส่งผลให้เกิดการกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อเยื่อสมอง ก้านสมอง เส้นเลือดและเส้นประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ สติสัมปชัญญะ อารมณ์และ</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>พฤติกรรม รวมถึงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม</p> <p>- ผลกระทบ</p> <p>การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอย่างรวดเร็วและรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน อีกทั้งผลกระทบนั้นยังส่งผลถึงบุคคลในครอบครัวด้วยเช่นเดียวกัน</p> <p><u>ผลกระทบต่อผู้ป่วย</u></p> <p><u>ด้านร่างกาย</u> พบว่าส่งผลให้เกิดอันตรายต่อศีรษะโดยตรง เกิดการบาดเจ็บในส่วนต่างๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนังศีรษะบวมโนหรือฉีกขาด กะโหลกศีรษะร้าวหรือแตกหรือยุบ</p> <p>เนื้อสมองซ้ำ สมองบวม เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดได้ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การทรงตัวแย่งลง ความทนทานในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ได้ช้าลง พบว่ามักเกิดกลุ่มอาการภายหลัง</p> <p>สมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post Concussion Syndrome)</p> <p>เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>-สังเกตท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงถึงความสนใจ</p> <p>ซักถามข้อสงสัยต่างๆ</p> <p>-สังเกตท่าทางของสมาชิกครอบครัวที่แสดงถึงความสนใจ</p> <p>ซักถามข้อสงสัยต่างๆ</p> <p>-สังเกตท่าทางของสมาชิกครอบครัว</p> <p>แสดงออกถึงความสนใจในสิ่งที่ผู้วิจัยพูด</p> <p>อาจมีการพยักหน้า</p> <p>ตอบรับเพื่อแสดงถึงความเข้าใจและซักถามข้อสงสัยหรือแสดงความต้องการในด้านต่างๆเพิ่มเติม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>เห็นภาพซ้อน นอนไม่หลับและ อาการอื่น เป็นต้น</p> <p><u>ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ</u> จากการ เผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะ สุขภาพที่รวดเร็วและรุนแรง การ เปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่ ตลอดจนการรักษาของแพทย์ ความ ไม่แน่นอนในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่ง กระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว วิดก กังวล ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลัง ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่สามารถ ควบคุมและตอบสนองความต้องการ ขั้นพื้นฐานของตนเองได้ ต้องพึ่งพา ผู้อื่น ก่อให้เกิดความสูญเสียพลัง อำนาจและการมีคุณค่าในตนเอง ลดลง</p> <p><u>ด้านสังคม</u> ทำให้ขาดความมั่นใจใน การทำงานและบทบาททางสังคม ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลดลง การทำงานและการมี</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงและการนอนรักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องหยุดงาน ขาดรายได้</p> <p><u>ผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว</u></p> <p><u>ด้านร่างกาย</u> ญาติเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลในทุกระยะของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลาซึ่งเป็นเหตุผลให้ญาติเกิดอาการเหนื่อยล้า ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ได้แก่ ปวดหลัง ปวดเข่า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ โรคกระเพาะอาหาร</p> <p><u>ด้านจิตใจ</u> การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เกิดขึ้นอย่างกะทันหันส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล พบว่าจะเกิดความวิตกกังวลระดับสูงได้ภายในระยะ 72 ชั่วโมง แรกภายหลังเกิดการบาดเจ็บ ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดความกลัวไม่กล้ายอมรับความจริง กังวลว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมถึงการ</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>รักษาที่ได้รับและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น</p> <p>- การตรวจรักษาและการตรวจพิเศษเพิ่มเติม</p> <p>ภายหลังได้รับการดูแลเบื้องต้นแล้วแพทย์พิจารณาการตรวจรักษาเพิ่มเติม เช่น การเอกซเรย์ การตรวจ CT Scan หรือการเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ซึ่งแต่ละขั้นตอนจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการสักระยะหนึ่ง ทั้งนี้ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรอรับการรักษาดังกล่าว จะได้รับการตรวจประเมินจากพยาบาลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นระยะ ในกรณีที่ต้องการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมท่านสามารถสอบถามพยาบาลบริเวณจุดคัดกรองได้ตลอดเวลา</p> <p>1.4) ผู้วิจัยนำสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้าพบแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อรับทราบถึงการรักษาที่ได้รับ การตรวจวินิจฉัยที่ได้รับในปัจจุบันและในลำดับต่อไป พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อช่วย</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>ผ่อนคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น</p> <p>1.5) ผู้วิจัยให้การสนับสนุนความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โดยการนำสมาชิกครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยข้างเตียงภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พร้อมทั้งอธิบายให้ข้อมูลถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ อาทิเช่น เครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น - สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น - เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อหรือศาสนา เช่น การสวดมนต์ การท่องบทสวดอัลกุรอาน เป็นต้น ทั้งนี้ให้อยู่ในขอบเขตที่สามารถกระทำได้ โดยไม่ขัดต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ - ผู้วิจัยพาสมาชิกครอบครัวมายังบริเวณจุดพักรอหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อธิบายให้ทราบว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆหรือมีข้อมูลใดๆ 		

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
	<p>เพิ่มเติม สมาชิกครอบครัวสามารถดูได้จากกระดานสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลและพยาบาล จะแจ้งให้ท่านทราบเป็นระยะๆ ต่อไป</p> <p>1.6) จากนั้นให้การสนับสนุนความต้องการเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือระยะเวลาผ่านไปทุก 30 นาที โดยการพาเข้าพบแพทย์ ผู้ทำการรักษาเพื่ออธิบายถึงอาการเปลี่ยนแปลงไป การรักษาที่ได้รับเพิ่มเติม รวมถึงการให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นกรณีพิเศษซึ่งไม่ขัดกับการรักษา และคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย</p>		

ระยะที่ 3 แพทย์พิจารณาสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ เพื่อยุติสัมพันธภาพและประเมินระดับความวิตกกังวลและการตอบสนองความต้องการและประเมินระดับความพึงพอใจของสมาชิก

ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ(Post-test)

ระยะเวลา ประมาณ 5-10 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหาและกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1.เพื่อยุติสัมพันธภาพ	1.ผู้วิจัยอธิบายให้สมาชิกครอบครัวรับทราบถึงการรักษาที่ได้รับและเหตุผลของการสิ้นสุดการรักษา	-แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว	- สังเกตจากกิริยาท่าทางของสมาชิก
2.เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวล ความพึงพอใจและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว	2.เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ 3.ให้สมาชิกครอบครัวบอกถึงความรู้สึกที่ได้รับจากโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ -แบบประเมินความต้องการของสมาชิก	ครอบครัวที่แสดงออกถึงความสนใจในสิ่งที่ผู้วิจัยพูด อาจมีการพยักหน้า ตอบรับเพื่อแสดงถึงความเข้าใจ
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	4.ให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแบบประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test)โดยการชี้แจงวิธีการทำแบบประเมินต่างๆ 5.ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติโปรแกรม	ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ -แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	- รวบรวมคะแนนและแปลผลข้อมูลจากแบบประเมิน

กระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล

ชื่อ - สกุล	HN	การรักษาที่ได้รับ ในปัจจุบัน	แพทย์ผู้รักษา	พยาบาลผู้ให้ ข้อมูล

รายละเอียดกระดานการให้การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล ประกอบด้วย

ชื่อ - สกุล หมายถึง ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในขณะนี้
 HN หมายถึง เลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน หมายถึง การรักษาในปัจจุบันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น รอพบแพทย์ รอผลเลือด รอ X-Ray / CT scan รอปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รับยา/กลับบ้าน รอย้ายเข้าหอผู้ป่วย เป็นต้น

แพทย์ผู้รักษา หมายถึง ชื่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ความแตกต่างของสี หมายถึง ระดับความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ตามมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ประกอบด้วย

สีแดง หมายถึง ระดับฉุกเฉิน มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง คุกคามส่งผลต่อการเสียชีวิตหรือระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลวต้องได้รับการรักษาทันทีและเร่งด่วน

สีเหลือง หมายถึง ระดับเร่งด่วน คือมีการเจ็บป่วยวิกฤตแต่ไม่มีภาวะคุกคามชีวิต หากได้รับการรักษาล่าช้าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที

สีเขียว หมายถึง ระดับไม่เร่งด่วน คือผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันแต่ไม่มีภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย สามารถรอรับการรักษาได้ ภายใน 1-2 ชั่วโมง

00003



คู่มือแนะนำบริการ

สำหรับสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จัดทำโดย

นายบุญรัตน์ ปัญศิริ

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล



ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมดและจำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n_1=n_2=30$)

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
รวมทั้งหมด(Total)	3.36	3.51	3.37	2.83
ด้าน A	3.66	3.78	3.66	3.03
ด้าน C	3.20	3.33	3.31	2.60
ด้าน I	3.57	3.63	3.47	2.93
ด้าน P	3.44	3.54	3.36	2.66
ด้าน S	2.96	3.31	3.07	2.93

ด้าน A = ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล, ด้าน C = ความต้องการด้านความสุขสบาย, ด้าน I = ความต้องการด้านข้อมูล, ด้าน P = ความต้องการด้านการใกล้ชิดผู้ป่วย, ด้าน S = ความต้องการด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน

จากตารางที่ 9 พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการรวมทั้งหมดก่อนทดลองอยู่ในระดับความต้องการมาก คิดเป็น 3.36 คะแนน ส่วนความต้องการรายด้านพบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล คิดเป็น 3.66 คะแนน รองลงมาได้แก่ความต้องการด้านข้อมูล คิดเป็น 3.57 คะแนนและคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือความต้องการด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน คิดเป็น 2.96 คะแนน ส่วนคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้านหลังการทดลองพบว่ามีความคะแนนสูงขึ้นทุกด้าน ด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล คิดเป็น 3.78 คะแนน รองลงมาคือความต้องการด้านข้อมูล คิดเป็น 3.63 คะแนน ส่วนคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือความต้องการด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน คิดเป็น 3.31 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการรวมทั้งหมดอยู่ในระดับความต้องการมาก คิดเป็น 3.51 คะแนน ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่ามีความคะแนนเฉลี่ยความต้องการรวมทั้งหมดก่อนทดลองอยู่ในระดับความต้องการมาก คิดเป็น 3.37 คะแนน ส่วนความต้องการรายด้านพบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล คิดเป็น 3.66 คะแนน รองลงมาได้แก่ความต้องการด้านข้อมูล คิดเป็น 3.47 คะแนนและคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือความต้องการด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน คิดเป็น 3.07 คะแนน ส่วนคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้านหลังการทดลองพบว่ามีความคะแนนลดลงทุกด้านซึ่งแตกต่างจาก

กลุ่มควบคุม พบว่าด้านที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล คิดเป็น 3.03 คะแนน รองลงมาคือความต้องการด้านข้อมูลและด้านการช่วยเหลือ และสนับสนุน คิดเป็น 2.93 คะแนนเท่ากัน ส่วนคะแนนรวมเฉลี่ยความต้องการรายด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือความต้องการด้านความสุขสบาย คิดเป็น 2.60 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยความต้องการรวมทั้งหมดอยู่ในระดับความต้องการปานกลาง คิดเป็น 2.83 คะแนน

ตารางที่ 10 ตารางการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

แบบประเมินความวิตกกังวล

[DataSet1] C:\Users\Boonyarat\Documents\ลั realia thesis need\relia anxiety.sav

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.936	.930	15

แบบประเมินความพึงพอใจ

[DataSet1] C:\Users\Boonyarat\Documents\คำ realia thesis need\relia satisfaction.sav

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.959	.960	20

แบบประเมินความต้องการ

- ภาพรวมทั้งหมด

[DataSet1] C:\Users\Boonyarat\Documents\คำ realia thesis need\relia need.sav

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.932	.940	37

- ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.907	7

- ด้านความสุขสบาย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.696	4

- ด้านข้อมูล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.769	6

- ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.799	8

- ด้านความช่วยเหลือสนับสนุน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.814	12

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายบุญรัตน์ ปัญศิริ
วัน เดือน ปี เกิด	24 พฤศจิกายน 2524
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อ การุณย์ ปี พ.ศ.2546 การฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปี พ.ศ.2554



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY