

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสีย
ความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ



นางสาวเจตนา วงษาสูง

ศูนย์วิทยทรัพยากร


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INTEGRATED REALITY ORIENTATION PROGRAM
ON AMNESIA IN ADULTS WITH HEAD INJURY



Miss Jettana Wongsasung

ศูนย์วิทยทรัพยากร

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

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะ
สูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

โดย

นางสาวเจตนา วงษาสูง

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

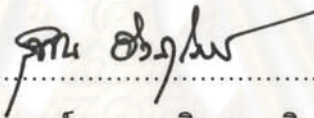
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

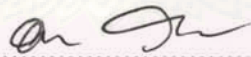
นายแพทย์ ไกรศรี จันทรา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



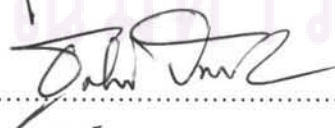
..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(นายแพทย์ ไกรศรี จันทรา)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

เจตนา วรษาสูง : ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ. (THE EFFECT OF INTEGRATED REALITY ORIENTATION PROGRAM ON AMNESIA IN ADULTS WITH HEAD INJURY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นพ.ไกรศรี จันทรา, 122 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 40 คน จับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ การได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ระดับการรู้คิด คะแนน GOAT และชนิดของการสูญเสียความทรงจำ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการที่พัฒนาจากแนวคิด Reality Orientation ของ Thomas และคณะ(2003) ประกอบด้วย การฟื้นฟูความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล การใช้เหตุผล และความจำด้านการใช้ภาษา ทำการฟื้นฟูซ้ำ ๆ เป็นเวลา 14 วัน การประเมินการฟื้นฟูความจำด้วยแบบทดสอบ The Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT) ซึ่งได้ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และหาความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-11.89, p<.05$)
2. ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=4.41, p<.05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อนิสิต.....๒๑๓๓ ๖๖๓๘๖.....

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5077565436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : REALITY ORIENTATION / AMNESIA / HEAD INJURY

MISS JETTANA WONGSASUNG : THE EFFECT OF INTEGRATED REALITY ORIENTATION PROGRAM ON AMNESIA IN ADULTS WITH HEAD INJURY.

THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHAOKPORN JITPANYA,

THESIS CO-ADVISOR: KRAISRI CHUNTRA, M.D., 122 pp.

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of integrated reality orientation program on post-traumatic brain amnesia in adult patients with head injury. The samples consisted of 40 patients with post-traumatic brain amnesia, admitted to King Chulalongkorn Memorial Hospital. A matched-pair technique was used to assign patients to an experimental and a control groups of 20 patients each. The two groups were similar in age, type of operative, location of lesion, level of cognitive, GOAT score, and type of amnesia. A control group received routine nursing care while the experimental group received the integrated reality orientation program. The integrated reality orientation program was developed based on reality orientation of Thomas et al (2003)'s theory including increasing the patient's awareness of day, time, place, person, reason, and communication. Amnesia recovery was assessed by using the Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT). The instrument was tested by the specialists and CVI was 1.0, and the alpha Cronbach's reliability was .86. Statistic techniques used in data analysis were means, standard deviation, and t-test.

Major findings were as followed:

1. Post-traumatic brain amnesia of the patients after receiving the program were significantly less than before receiving the program at the level of .05($t=-11.89$, $p<.05$)
2. Post-traumatic brain amnesia of the experimental group were significantly less than that of the control group at the level of .05($t=4.41$, $p<.05$)

Field of Study : Nursing Science

Academic Year : 2009

Student's Signature : Jettana Nongsasung

Advisor's Signature : 

Co-Advisor's Signature : 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างดีเยี่ยมจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์ ไกรศรี จันทรา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็น ประโยชน์ แก่ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดี เสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ช่วยแก้ไข ข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับ สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า และเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มี คุณค่าแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมประสาท 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประสาท หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจที่ให้การสนับสนุน และความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทุกท่านที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ ๆ บุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งเพื่อน ๆ ที่ผลักดันให้กำลังใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ปัญหาการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสูญเสียความทรงจำ.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	54
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	87
รายการอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	95
ภาคผนวก ข จดหมายจริยธรรมและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	97
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย.....	102
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	122

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	แสดงการประเมินระดับการรู้สติ โดยใช้ GCS.....	19
2	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุการได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด.....	47
3	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ระดับคะแนน GOAT.....	48
4	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามชนิดของการสูญเสียความทรงจำ.....	49
5	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามระดับการรู้คิด.....	50
6	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ศาสนา.....	65
7	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค ระดับคะแนนความรู้สติ (Glasgow coma scale) ระดับการรู้คิด และการรักษา.....	67
8	แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ.....	69
9	แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	71
10	แสดงความต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	73

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.	70
2	แสดงการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	72
3	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง.....	74
4	แสดงผลต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	75

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก ส่งผลต่อสุขภาพของประชากรอย่างกว้างขวาง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า แต่ละปีมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประมาณ 2 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 50,000 คน ต่อปี (Thurman, 1999) การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการตายอันดับ 1 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ การบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติโดยในแต่ละปีมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะประมาณ 1.5 ถึง 2 ล้านคน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตหลังจากการรักษายังมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ มีความผิดปกติด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจ (นงนภัส พันธุ์แจ่ม, 2549)

สำหรับประเทศไทยปัญหาผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญของประเทศทั้งในอดีตและปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือพิการทุพพลภาพเป็นจำนวนมาก โดยแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 13,000 คน หรือ ชั่วโมงละ 1.5 คน บาดเจ็บกว่า 950,000 คน หรือชั่วโมงละกว่า 100 คน โดยเฉพาะช่วงเทศกาลที่มีวันหยุดติดต่อกันหลายวัน สถิติการตายจากอุบัติเหตุทางถนนจะเพิ่มขึ้นกว่าช่วงปกติเกือบ 2 เท่าตัว ซึ่งอวัยวะที่เกิดอันตรายมากที่สุดที่เกิดจากอุบัติเหตุคือศีรษะและใบหน้า (เอก หังสสุต, 2548) อัตราการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย อยู่ในอันดับ 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายของคนไทย โดยอุบัติเหตุอยู่ในอันดับ 2 ของสาเหตุการตายในเพศชาย และอุบัติเหตุอยู่ในอันดับ 5 ของสาเหตุการตายในเพศหญิง(ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2550) สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ โดยเกิดจากอุบัติเหตุการคมนาคม ได้แก่ อุบัติเหตุรถยนต์ รถจักรยานยนต์ รวมทั้งคนเดินเท้าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดพบประมาณร้อยละ 50 อุบัติเหตุตกจากที่สูงและหกล้มเป็นสาเหตุพบบ่อยรองลงมา มักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กเล็ก สาเหตุจากการทำร้ายร่างกายหรือใช้ความรุนแรงพบมากในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 20 และอุบัติเหตุจากการกีฬา พบได้ร้อยละ 3 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (นภาพรณ กวางทอง, 2550)

การเกิดอุบัติเหตุส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ จากการประเมินสถานการณ์และระบบสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ฉบับปี 2550-2554 ได้มีการประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพที่ผ่านมามีพบว่าอุบัติเหตุอันเกิดจากการจราจรนำความสูญเสียสู่สังคมไทย

ทั้งทางเศรษฐกิจปีละ 106,994-115,932 ล้านบาท พิจารณาสะสม 65,000 คน ในปี 2545 มีการเสียชีวิตปีละ 14,000 คน โดยมีอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุการจราจรทางบกอยู่ในระดับสูงและค่อนข้างคงที่ จาก 20.9 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2545 เป็น 20.6 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2548 บาดเจ็บปีละ 9.5 แสนถึง 1 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ประเมินความเสียหายจากการเสียชีวิตต่อคนประมาณ 4 ล้านบาท (นภาพกรณ์ กวางทอง, 2551)

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70 หรือกล่าวได้ว่าอัตราการบาดเจ็บในเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 2:1 ช่วงอายุที่พบมากในเพศชายคืออายุ 15-24 ปี และมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ส่วนในเพศหญิงพบมากในช่วงอายุ 1-5 ปี, 15-24 ปีและอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป สะท้อนให้เห็นว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่สำคัญทางสุขภาพของประชากรวัยผู้ใหญ่ (ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์, 2550) ซึ่งเป็นวัยกำลังทำงาน ทำให้ประเทศชาติสูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ

จากสถิติการรับผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ช่วงปี 2548-2549 พบว่ามีทั้งสิ้น 1,071 คน เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถึง 347 คน คิดเป็นร้อยละ 32.40 ของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งหมด นอกจากนี้ยังเป็นผู้ป่วยที่มีอัตราการตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการบาดเจ็บที่ระบบอื่น ๆ (ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์, 2550) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสิ่งที่ตามมาคือผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านร่างกาย การคิดรู้ การรับรู้ความรู้สึก ภาษาและการสื่อสาร การทำหน้าที่ การเข้าสังคม (นงนภัศ พันธุ์แจ่ม, 2549) และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บ

จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะแบบปิดจะเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีสาเหตุมาจากการถูกยิง ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 14 รวมทั้งสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Veronica et al., 2006) ในผู้ป่วยบางรายภาวะสูญเสียความทรงจำอาจไม่ได้เกิดตั้งแต่เริ่มแรกที่เกิดการบาดเจ็บ เนื่องจากไม่ได้รับกวนระดับความรู้สติและรบกวนกลไกด้านความจำแต่ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดภายหลังได้จากการเกิดภาวะสมองบวมตามมา (Cartlidge et al., 1981) โดยมีการศึกษาพบว่าเกิดจากการทำลายโครงสร้างของสมองทำให้เกิดการล้มเหลวของการฟื้นคืนของความจำ (Wasterlain, 1971 cite in Cartlidge et al., 1981)

ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปรากฏการณ์ที่บ่งบอกถึงระยะแรกของการฟื้นสภาพหลังจากที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำเป็นข้อบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งอาจเกิดได้เป็นชั่วโมง วัน เดือน ปี ก็ได้

และเป็นสิ่งที่ใช้ทำนายการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Nicole.W et al, 2006) ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำบุคคลได้ ไม่มีความจำด้านอัตชีวประวัติ ไม่สามารถระลึกถึงความทรงจำเกี่ยวกับตนเองในเรื่องวันเกิด อายุ สถานที่และเวลาได้ (Kathleen, 2006; Nicole et al., 2006) ภาวะสูญเสียความทรงจำเป็นหนึ่งในรูปแบบของการรู้คิดที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดขึ้นชั่วคราวในระยะเวลาของการสืบสน และไม่สามารถบอกถึงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นได้ นำไปสู่การสูญเสียความทรงจำภายหลังที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดได้ทั้งการจำเหตุการณ์ก่อนการบาดเจ็บไม่ได้ (Retregrade amnesia) และจำเหตุการณ์หลังการบาดเจ็บไม่ได้ (Anterograde amnesia) (Dywan et al.,1993) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งประกอบด้วย อาการกระสับการส่าย วุ่นวาย อ่อนล้า มีการจินตนาการถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา บางครั้งเกิดความเครียดและมีอาการทางจิตเวช (Guise, 2005) นอกจากนี้ ยังมีอาการของการพูดที่ไม่เหมาะสม กรีดร้อง โวยวายเสียงดัง ต่อต้านและมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ (Paul,1993)

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีปัญหาสูญเสียความทรงจำจะส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นลดลง ความสามารถในการทำงานลดลง และมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่นต้องพึ่งพาผู้อื่นอันเนื่องมาจากการสูญเสียความทรงจำทำให้ความสามารถในดำเนินชีวิตลดลง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกเป็นปมด้อย (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) ภาวะสูญเสียความทรงจำส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (เตือนใจ เห่งจิ้น, 2542)

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำนั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือและต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวของผู้ป่วยจึงได้รับผลกระทบจากการสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ โดยมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกบทบาท ซึ่งบทบาทในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวเป็นบทบาทที่สมาชิกครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (จันทพร ธีรทองดี, 2548)

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญอย่างมากที่มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง การรักษาต้องใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ และระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยที่สูญเสียความทรงจำมีความสามารถในการกลับไปทำงานช้าลง (Ross, 1997) ซึ่งผู้ป่วยจำนวนนี้อยู่ในวัยเรียน และวัยทำงานถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศอีกด้วย (เตือนใจ เห่งจิ้น, 2542)

เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การพยาบาลเป็นการกระทำที่ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำยังขาดแบบแผนในการดูแลที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสภาพด้านความจำจึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญและกระทำอย่างต่อเนื่อง มีหลักเกณฑ์และแนวทางในการปฏิบัติที่แน่นอน การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่เป็นการเรียนรู้ในระยะยาว การเรียนรู้ต้องได้รับการกระตุ้นการตอบสนองโดยผู้เชี่ยวชาญ (Lawrence and Nathan, 1995) จากการศึกษาของ High และคณะพบว่า 70% ของผู้ป่วยสามารถกลับมาจดจำเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ และเวลาได้หากได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม (Kathleen, 2006)

การให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้รูปแบบของการพยาบาลโดยการให้การรับรู้ความจริงในระยะแรกนั้น ใช้เป็นรูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสับสน และผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีขึ้น ระดับการรู้คิดดีขึ้น ส่งเสริมให้มีการปรับตัวและความรับผิดชอบต่อสังคมด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Aimee et al, 2000) ต่อมาเมื่อผู้นำมาประยุกต์ใช้การให้การรับรู้ความจริงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรกของการฟื้นคืนสภาพ ระยะที่ผู้ป่วยยังมีอาการแสดงของการสับสน ไม่มีการรับรู้สิ่งต่าง ๆ และไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ ซึ่งรูปแบบการให้การดูแลมีทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม โดยการกระตุ้นการรับรู้ด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล การให้การรับรู้ความจริงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิความตั้งใจดีขึ้น กระตุ้นความจำ เพิ่มปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพิ่มทักษะในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ (Guisse et al, 2005., John Corrigan et al, 1985)

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะของการฟื้นคืนสภาพ ปัจจุบันมีการฟื้นฟูสภาพหลายด้าน เช่น ด้านการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก การฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด เป็นต้น รูปแบบการฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีปัญหาด้านความจำในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่แน่ชัด จากประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยระบบศัลยกรรมประสาท พบว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยทั่วไปพยาบาลให้การพูดคุยกับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาล การดูแลด้านร่างกาย พร้อมกับประคบประเมนอากาศ เปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท มีการให้ครอบครัว ญาติ และเพื่อนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูโดยการพูดคุย สัมผัสกับผู้ป่วย การฟื้นฟูความจำปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด โดยการถามคำถามเกี่ยวกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่มีรูปแบบการถามที่แน่นอน คำถามที่ใช้เป็นคำถามร่วมกับการประคบประเมนระดับการรู้สติ และการฟื้นฟูสภาพด้านความจำพยาบาลยังปฏิบัติไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ขาดเป้าหมายและรูปแบบที่ชัดเจน ขาดขั้นตอนการปฏิบัติและการติดตาม

ประเมินผลที่ชัดเจน และในประเทศไทยเองยังไม่มีผู้ใดสนใจที่จะศึกษาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญญาด้านความจำหลังจากเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้านความจำภายใต้รูปแบบของการรับรู้ความจริงขึ้น เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ฟื้นคืนสภาพเป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ปัญหาการวิจัย

1. โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการสามารถลดภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้หรือไม่ อย่างไร
2. โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการสามารถลดภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

โปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิด Reality orientation ของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Center Injury Program, McGill University Health Science Center มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการสร้างโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะครั้งนี้ ซึ่งโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรม โดยมีการดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่พบกับผู้ป่วยและญาติ มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่นำไปสู่การตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรมฯ

2. การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล และเพิ่มการตอบสนองที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม โดยดำเนินการทบทวนฟื้นฟูความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล สนับสนุนการตอบสนองที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมโดยการฟื้นฟูความจำในการใช้เหตุผล และความจำด้านการใช้ภาษาสำหรับการสื่อสารที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูความจำทุกขั้นตอน ขั้นตอนการฟื้นฟูประยุกต์มาจากขั้นตอนการฟื้นฟูความจำของ Thomas และคณะ (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้หลักการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกิดจากการมองเห็นผ่านประสาทสัมผัสทางตา การรับรู้ และการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จะมีภาวะสูญเสียความทรงจำในอดีตและ/หรือสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การฟื้นฟูความจำในส่วนที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีตและกระตุ้นให้มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ การกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีการเคลื่อนที่ของคลื่นไฟฟ้าในสมองที่เกิดขึ้นภายใน cerebral cortex อย่างสม่ำเสมอ และมีทิศทาง ส่งผลต่อความจำ การคงไว้ซึ่งข้อมูล (Storing) และการเรียกข้อมูลมาใช้ (retrieving information) และส่งผลต่อการฟื้นฟูด้านความจำให้มีการคืนสภาพใกล้เคียงเดิมมากที่สุด (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิธิตพรชัย, 2545: 1020-1026; ภาตรี สุดทรง และวีระชัย สิงหนิยม, 2545:447-451) วิธีการฟื้นฟูสภาพใช้การพูดคุยถามตอบสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือรู้จักมาก่อน ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทที่สำคัญในการถามคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับการสนทนา เพื่อส่งเสริมความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร

โดยผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูความจำแก่ผู้ป่วย สามี และให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูความจำ โดยจะทำการฟื้นฟูความจำทั้งหมด 6 ด้าน ทำการฟื้นฟูวันละ 1 ด้าน ติดต่อกัน รวม 6 วัน ใช้เวลาในการฟื้นฟูในแต่ละด้านด้านละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ดังนี้

2.1 การฟื้นฟูความจำด้านบุคคล ซึ่งได้แก่ การบอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ให้ดูรูปบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ใกล้ชิด ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร จำได้หรือไม่ และบอกชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ถาม และตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกันไปมา

2.2 การฟื้นฟูความจำด้านวัน โดยถามวัน เดือน ปีที่เป็นปัจจุบัน ถามวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย และบอกข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ ใช้การถามตอบซ้ำ ๆ ฝึกการดูปฏิทินเกี่ยวกับวันที่สำคัญของผู้ป่วย หรือวันที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น วันเกิด วันแต่งงาน วันหยุดนักขัตฤกษ์สำคัญ ๆ

2.3 การฟื้นฟูความจำด้านเวลา ฝึกการดูเวลา โดยการหวนนาฬิกาทั่ว ๆ ไป หรือนาฬิกาดิจิตอลให้ผู้ป่วยตั้งเวลาต่าง ๆ ถามเกี่ยวกับเวลาที่เป็นปัจจุบัน และบอกเล่าคำตอบที่ถูกต้องทุกครั้ง และสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.4 การฟื้นฟูความจำด้านสถานที่ ผึกการจำภาพและสถานที่ต่าง ๆ การบอกเล่า/ดูภาพสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรู้จักหรือคุ้นเคย เช่น บ้าน สถานที่ทำงาน บอกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน ชื่อโรงพยาบาล ชื่อหอผู้ป่วย ฟื้นฟูความจำเกี่ยวกับตำแหน่งและทิศทาง โดยการวางไฟชนิดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยดู และจับคู่ไฟ เพิ่มจำนวนไฟขึ้นเรื่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยจำตำแหน่งของภาพได้

2.5 การฟื้นฟูความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ผึกการสนทนาโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยการนำสิ่งของต่าง ๆ ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร ความจำเกี่ยวกับสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการให้ดูสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ดูรูปสิ่งที่ผู้ป่วยเคยเห็น เช่น รูปสัตว์เลี้ยง รูปดอกไม้ เป็นต้น ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน

2.6 การฟื้นฟูความจำด้านการใช้เหตุผลโดยนำสิ่งของต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมาให้ผู้ป่วยเลือก ถามเหตุผลในการเลือก เพิ่มจำนวนชิ้นและชนิดของสิ่งของขึ้นเรื่อย ๆ ผึกการให้เหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

3. การกระตุ้นการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากมีการกระตุ้นการเรียนรู้ซ้ำ ๆ กัน จะทำให้ความจำเรื่องนั้นดีขึ้นและลืมยาก เนื่องจากการเรียนรู้ซ้ำๆจะทำให้มีการส่งสัญญาณ (Synape) ของสัญญาณประสาทผ่านได้ง่าย ทำให้ Dendrite ใน Cerebral cortex เพิ่มขึ้นหรือบริเวณใดที่ทำงานมากขึ้นก็จะหนาขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบริเวณหนึ่งบริเวณใดของ Cortex ทำงานลดลงเซลล์ประสาทจะบางลง กลไกของความจำอย่างถาวรอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างของ Synape ทำให้เกิดการเพิ่มการทำงานของ Synape ซึ่งอธิบายได้ว่าถ้าเราทบทวนความจำซ้ำ ๆ จะทำให้ความจำเรื่องนั้นดีขึ้นและลืมยาก (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2540) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนความจำที่ได้ฟื้นฟูไปแล้วทั้ง 6 ด้าน คือ ความจำด้านบุคคล วัน เวลา สถานที่ การใช้ภาษาในการสื่อสาร และการใช้เหตุผลต่อเนื่องเป็นเวลา 6 วัน หลังจากทำการฟื้นฟูครบทั้ง 6 ด้านผู้วิจัยจะทำการกระตุ้นรวมทุกด้านวันละ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงเป็นเวลาอีก 7 วัน

4. การประเมินการฟื้นฟูความจำ เป็นการตรวจสอบผลที่เกิดจากโปรแกรมฯ นำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและวางแผนดำเนินการของโปรแกรมฯ ในครั้งต่อไปและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฟื้นฟูความทรงจำอย่างต่อเนื่อง และถูกต้อง โดยการวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังได้รับการฟื้นฟูความจำในวันที่ 14 ของการดำเนินการวิจัย

จากหลักการดังกล่าว ผู้ป่วยเมื่อได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ สมองที่ได้รับการกระตุ้นข้อมูลจากโปรแกรมฯ ถูกกระตุ้นจากการทำงานของระบบ Reticular activation

ที่รับสัญญาณประสาทนำเข้ามาจากสิ่งที่กระตุ้น ส่งสัญญาณผ่านสัญญาณประสาทต่อไปที่ cerebral cortex ทำให้มีการตอบสนองของเซลล์ประสาท โดยจะเกิดการจัดโครงสร้างใหม่หรือ งอกใหม่ของเซลล์ประสาทส่วนแอกซอน (Axon) ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยการสร้างเส้นประสาทออกไป ทุกทิศทาง มีผลกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาต่อเส้นประสาทส่วนที่ไม่ถูกทำลายสิ้นเชิง ยังสามารถ ส่งผ่านข้อมูลต่อกันได้ ร่วมกับการเรียนรู้ซ้ำ ๆ การให้ข้อมูลเดิม ๆ ทำให้มีการระลึกถึงข้อมูลที่ถูกลืมไป และส่งเสริมให้มีการรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ ตามกระบวนการของการเกิดความจำ และการระลึกความจำ

Kathleen leach และคณะ (2006) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพด้านความจำของผู้ป่วย ระหว่างที่เกิดการสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องกระทำอย่างเป็นขั้นตอน โดยจะต้องฟื้นฟูด้านอัตชีวประวัติส่วนบุคคล วัน เวลา สถานที่ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ใช้การถามซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง (multiple repetitions) การฟื้นคืนของความจำจะมีรูปแบบที่แน่นอน และ John Corrigan และคณะ (1985) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีความบกพร่องในด้านการปรับตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล และมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม จึงควรได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความจริง โดยการบอกเล่าเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ทบทวนความจำที่เคยมีอยู่แต่ถูกลืมระหว่างเกิดการบาดเจ็บ และให้ข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้ในสิ่งใหม่ ๆ

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ
2. ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18-50 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติของประชากร ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทรพ.รามาธิบดี ชั้น 2 และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ

3.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการวิจัย 15 วันต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการเป็นเวลา 14 วัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าการปรับโครงสร้างของสมองเพื่อการฟื้นฟูสภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป และจะเริ่มเห็นประสิทธิผลของการฟื้นคืนสภาพเมื่อใช้เวลาอย่างน้อย 14 วัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำเมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านความจำโดยการใช้โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการครบ 14 วัน ไม่ได้มีการวัดผลในระยะยาว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ หมายถึง แผนของกิจกรรมที่พยาบาลจัดกระทำขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการใช้ reality orientation ของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Brain Center Injury Program, McGill University Health Science Center ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ใช้แนวคิดทางประสาทสรีระวิทยาของความจำ และหลักการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกิดจากการเรียนรู้ จากการเห็น และการรับรู้ เป็นเรียนรู้สิ่งที่คุ้นเคยซ้ำ ๆ และการฟื้นฟูความจำเก่าที่เป็นความจำระยะยาวของผู้ป่วยที่เคยเก็บบันทึกไว้ โดยมีการฟื้นฟูความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล การใช้เหตุผล และความจำด้านการใช้ภาษา กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมประกอบด้วย 6 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

1. ขึ้นสร้างสัมพันธ์ภาพก่อนการฟื้นฟูสภาพด้านความจำ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย บุคคลที่คุ้นเคยเพื่อให้ได้ข้อมูลถึงบุคคลที่ใกล้ชิด ผู้ป่วยรู้จักเป็นอย่างดี สิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย สถานที่ที่ผู้ป่วยเคยไปหรือชื่นชอบ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น วันเดือนปีเกิด อายุ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เนื่องจากการให้ผู้ป่วยระลึกถึงสิ่งที่ผู้ป่วยรู้จักและคุ้นเคย

อยู่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยสามารถระลึกข้อมูลที่เป็นความจำระยะยาวได้ดีกว่า จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนและออกแบบโปรแกรมให้เป็นหมวดหมู่ในการฟื้นฟูความทรงจำ รวมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

2. ชั้นฟื้นฟูสภาพความจำ มีรายละเอียดวิธีการปฏิบัติดังนี้

2.1 การฟื้นฟูสภาพด้านความจำ จะฟื้นฟูทีละด้าน โดยฟื้นฟูวันละ 1 ด้าน ติดต่อกัน 6 วัน ฟื้นฟูวันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาฟื้นฟูแต่ละครั้ง ครั้งละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หลังจากฟื้นฟูครบ 6 ด้าน จะทำการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมาซ้ำ ๆ ทุกวัน วันละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จนครบ 14 วัน และทำการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วย โดยเริ่มทำการฟื้นฟูความจำแบบอย่างง่ายไปยาก ทำการฟื้นฟูเมื่อผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม

2.2 การฟื้นฟูความจำมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การฟื้นฟูความจำด้านบุคคล ซึ่งได้แก่ การบอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ให้ดูรูปบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ใกล้ชิด ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร จำได้หรือไม่ และบอกชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกันไปมา เช่น คุณชื่ออะไร ถ้าผู้ป่วยตอบไม่ได้ ต้องบอกชื่อว่า คุณชื่อ.....ทุกครั้ง จำได้ใหม่ว่าคนที่คุณเห็นชื่ออะไร

2.2.2 การฟื้นฟูความจำด้านวัน โดยถามวัน เดือน ปี ที่เป็นปัจจุบัน ถามวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย และบอกข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ ใช้การถามตอบซ้ำ ๆ ฝึกการดูปฏิทินเกี่ยวกับวันที่สำคัญของผู้ป่วย หรือวันที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น วันเกิด วันแต่งงาน วันหยุดนักขัตฤกษ์สำคัญ ๆ ถามคำถามง่าย ๆ ก่อน เช่น วันนี้วันอะไร วันนี้วันที่เท่าไร เดือนนี้เดือนอะไร

2.2.3 การฟื้นฟูความจำด้านเวลา ฝึกการดูเวลา โดยการหามาฬิกามาให้ผู้ป่วยฝึกตั้งเวลาต่าง ๆ ถามเกี่ยวกับเวลาที่เป็นปัจจุบัน และบอกคำตอบที่ถูกต้องทุกครั้ง และสอบถามเรื่องเวลาที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ขณะนี้เป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ขณะนี้เวลาเท่าไร อากาศเวลาไหน

2.2.4 การฟื้นฟูความจำด้านสถานที่ ฝึกการจำภาพ และสถานที่ต่าง ๆ การบอกเล่า/ดูภาพสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรู้จักหรือคุ้นเคย เช่น บ้าน สถานที่ทำงาน บอกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน ชื่อโรงพยาบาล ชื่อหอผู้ป่วย ฟื้นฟูความจำเกี่ยวกับการเรียนรู้ใหม่ ๆ โดยการวางไฟชนิดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยดูและจับคู่ไฟ เพิ่มจำนวนไฟขึ้นเรื่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยจำตำแหน่งของภาพได้ เช่น ถามว่าขณะนี้คุณนอนอยู่ที่ไหน ตอบขณะนี้คุณอยู่ในโรงพยาบาล.....

2.2.5 การฟื้นฟูความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ฝึกการสนทนา โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยการนำสิ่งของต่าง ๆ ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร ความจำเกี่ยวกับสิ่งของที่เห็น/ใช้ในชีวิตรประจำวัน โดยการให้ดูสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตรประจำวัน ให้ดูรูปสิ่งของที่ผู้ป่วยเคยเห็น เช่น รูปสัตว์เลี้ยง รูปดอกไม้ เป็นต้น ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วย

ทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน เช่น รูปที่เห็นในภาพเรียกว่าอะไร และตอบรูปที่เห็นคือ.....

2.2.6 การฟื้นฟูความจำด้านการใช้เหตุผลโดยนำสิ่งของต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยเลือกถามเหตุผลในการเลือก เพิ่มจำนวนชิ้นและชนิดของสิ่งของขึ้นเรื่อย ๆ ฝึกการให้เหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมมีการฟื้นฟูสภาพจากระดับง่ายไปยาก โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำทุกขั้นตอนขณะอยู่โรงพยาบาล หลักการของการถามคือใช้คำถามสั้น ๆ และมีคำตอบสั้น ๆ เข้าใจง่าย เป็นภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน และผู้ป่วยคุ้นเคย ไม่เร่งรัดผู้ป่วย โดยการให้เวลาอย่างเพียงพอสำหรับการตอบคำถามหรือโต้ตอบ ใช้น้ำเสียงระดับพอดี ไม่เบาหรือดังจนเกินไป สบตาผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการพูดคุย ถามตอบกับผู้ป่วย

ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกไม่เต็มทีในระยะเวลาหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งมีอาการดังนี้คือ มีความสับสน หลงลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถนึกย้อนหลังหรือจำสิ่งใหม่ ๆ ได้ เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการบกพร่องด้านพฤติกรรม มีอาการสับสน ไม่สามารถควบคุมตนเอง ทุกข์ทรมาน จากการสูญเสียความทรงจำที่ผ่านมาภายหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT) ถ้าผู้ป่วยประเมินได้คะแนนน้อยกว่า 75 คะแนน ผู้ป่วยจะมีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในเรื่องการดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ในเรื่องการได้รับประทานอาหารและยา การดูแลการขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก โดยพยาบาลจะใช้การพูดคุย สัมผัสกับผู้ป่วยขณะให้การพยาบาลด้วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ มาใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ฟื้นคืนสภาพเป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและบทบาทอิสระของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพด้านความจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

4. ขยายขอบเขตการศึกษาวิจัยในการฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดในเรื่องความจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และเป็นแนวทางในการวิจัยในการฟื้นฟูสภาพต่อไปในอนาคต



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

- 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.2 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.3 ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.4 การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 1.5 ผลกระทบของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. ภาวะสูญเสียความทรงจำ

- 2.1 ภาวะสูญเสียความทรงจำแบบทั่วไป
- 2.2 ความหมายของภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.3 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพด้านความจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.5 ผลกระทบของภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.6 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ
- 2.7 แนวคิดและนวัตกรรมที่มุ่งแก้ปัญหาภาวะสูญเสียความทรงจำ
- 2.8 การประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะไว้หลายคนด้วยกัน ดังนี้

นครชัย เฟื่อนปฐม (2541) ให้ความหมายว่า เป็นการบาดเจ็บใด ๆ ที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก

นริรัตน์ นิลขำ (2548) ให้ความหมายว่า การกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงจากวัตถุ หรือจากที่ศีรษะไปกระทบวัตถุทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาท อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

นภาพรณี กวางทอง (2551) ให้ความหมายว่า การบาดเจ็บที่สมองซึ่งเกิดจากมี แรงภายนอกมากระทำที่กะโหลกศีรษะและสมอง เช่น อุบัติเหตุหรือถูกยิงเป็นต้น ทำให้เกิดความ ผิดปกติในหน้าที่การทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดความพิการทางกาย มีผลกระทบต่อก สติสัมปชัญญะ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

Jenett & Teasdale (1981) ให้ความหมายว่า การมีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูก กระทบกระแทก ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวแม้เพียงชั่วขณะ โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง

Barker (2002) ให้ความหมายว่า การบาดเจ็บที่เป็นผลให้สมองมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม

Hickey (2003) ให้ความหมายว่า เป็นผลกระทบจากการบาดเจ็บหรือจากการที่ ศีรษะถูกกระทบโดยฉับพลันทันที ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวก่อให้เกิดการทำลายของสมอง ทำให้ มีสมองช้ำ ทำให้มีเลือดออก มีการยืดอย่างรุนแรงหรือฉีกขาดของแอกซอน (Axon) หรือมีการ ทำลายลูกกลมไปถึงส่วนของก้านสมองระบบ reticular formation ส่งผลให้บุคคลมีการ เปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก หรือมีอาการหมดสติ

จากการรวบรวมความหมายจากหลายๆคนที่ให้ไว้ สรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เป็นการกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงจากวัตถุ หรือจาก ที่ศีรษะไปกระทบวัตถุที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันที ก่อให้เกิดอันตรายต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาท และสภาวะที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ เป็นผลให้ สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมการแสดงออก

1.2 กลไกการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

บาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ เกิดจากแรงกล (Mechanica forces) โดยพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกือบร้อยละ 80 เกิดจากอุบัติเหตุบนถนน ซึ่งแรงกลที่กระทำต่อศีรษะไม่ได้เป็นแรงกระทำในทิศทางเดียว แต่เป็นผลรวมของแรงกลไกที่กระทำหลายทิศทาง

การบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งตามพยาธิสรีรวิทยา (สุตประนอม สมันตเวคิน และคณะ, 2543: นครชัย เพื่อนปฐม, 2541) ได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.2.1 การบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากมีแรงกระทำที่ศีรษะโดยตรง (impact injury) และเกิดการเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า acceleration-deceleration injury เป็นผลให้เกิด

1.2.1.1 รอยโรคเฉพาะที่ (Focal lesion) จากการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำ มีลักษณะบวมและมีเลือดออกเป็นจุด ๆ เรียกว่า contusion หรือมีการแตกของกะโหลกศีรษะ แล้วมีก้อนเลือดคั่งที่นอกเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกตัวดีหรือไม่รู้สึกตัวเป็นระยะสั้นๆ

1.2.1.2 รอยโรคกระจายทั่วไป (Diffuse lesion) มักเกิดจากการเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรวดเร็วและรุนแรงทำให้มีแรงเหวี่ยงไปกระทำต่อเยื่อหุ้มสมอง และมีเลือดออกในสมอง เป็นผลทำให้การทำหน้าที่ของสมองเสียไป ได้แก่ Concussion เป็นภาวะหมดสติชั่วคราว (5-10 นาที) เมื่อฟื้นสติแล้วจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (amnesia) อาจตรวจไม่พบรอยโรคของสมอง มักมีอาการปวดศีรษะ มึนงง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนอีกกระยะหนึ่ง และ Diffuse axonal injury หรือ DAI ขึ้นอยู่กับผลของแรงเหวี่ยง ถ้ามี shearing stress ยิ่งมาก จะมีการทำลายใยประสาทส่ง (axon) อย่างมากที่บริเวณเนื้อขาว (white matter) ของ Cortical area ทำให้ RAS ไม่สามารถไปเคำการตื่นตัวที่เปลือกสมองใหญ่ ให้รับรู้ข้อมูลใด ๆ จนเกิดภาวะหมดสติ (coma) ขึ้น และมีการฉีกขาดของหลอดเลือดในสมองที่ลึกลงไป เช่น ที่ corpus callosum, pons เป็นต้น

1.2.2 การบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะต่อเนื่องจากบาดเจ็บปฐมภูมิ ดังนี้

1.2.2.1 เซลล์สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Cerebral ischemia) การบาดเจ็บจะทำลายกลไกการปรับตัวเพื่อรักษาปริมาณไหลเวียนเลือดให้มาเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอตลอดเวลา (autoregulation) จะพบว่ามีเปลี่ยนแปลงที่ผนังเซลล์ โดยมี influx ของแคลเซียมเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ซึ่งจะไปรบกวนกระบวนการสร้างพลังงาน ATP ทำให้คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนแปลง มีการหลั่งสารกลูตาเมต (glutamate) และอนุมูลอิสระ (free radical) มาก เป็นผลให้เซลล์สมองถูกทำลายมากขึ้น ถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนาน 10 วินาที จะทำให้หมดสติได้

1.2.2.2 สมองบวม (Brain edema) การบาดเจ็บจะทำลาย blood brain barrier เพิ่มความสามารถในการซึมผ่าน (permeability) ของสารน้ำออกนอกหลอดเลือด เกิดการบวมของเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ เรียกว่า vasogenic edema นอกจากนี้การที่เซลล์สมองขาดเลือดหรือพร่องออกซิเจน (hypoxia) จะทำให้ขบวนการเมตาบอลิซึมแปรปรวนขาดพลังงาน ATP ทำให้โซเดียมและโปตัสเซียมปั๊ม (sodium and potassium pump) ที่ผนังเซลล์ทำงานไม่ได้ มีการสะสมของสารน้ำในเซลล์ เกิดการบวมในเซลล์ เรียกว่า cytotoxic edema การที่สมองบวมจะไปเพิ่มสิ่งบรรจุในโพรงกะโหลก เป็นผลให้ความดันสูงในโพรงกะโหลก หรือการบวมจะไปกีดทางเดินของน้ำหล่อสมองไขสันหลัง (cerebrospinal fluid or CSF) เกิดการอุดตันขัดขวางการดูดซึมกลับของน้ำหล่อไขสันหลังทำให้โพรงสมองโต เรียกว่า hydrocephalus ซึ่งเป็นผลให้เกิดความดันสูงในโพรงกะโหลกตามมา

1.2.2.3 ความดันสูงในโพรงกะโหลก (increase intracranial pressure or IICP) หมายถึง ภาวะที่ความดันในโพรงกะโหลกสูงขึ้น (cranial hypertension) มากกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท สาเหตุเกิดจากการมีสิ่งบรรจุในโพรงกะโหลกเพิ่มขึ้น เช่น ก้อนเลือด สมองบวม การยื่นย้อยของสมอง การไหลเวียนเลือดสมองเพิ่ม (hyperemia) เป็นต้น หากค่าความดันในโพรงกะโหลกศีรษะมากกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท จะไปกีด capillary bed ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดมากขึ้น การรับรู้สติจะลดลง การบาดเจ็บของศีรษะมักทำลาย autoregulation ในสมอง ทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนที่สมอง (cerebral blood flow or CBF) เปลี่ยนแปลงตามความดันเลือด ดังนั้น ยิ่งมีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงมาก การกำซาบเลือดที่สมอง (cerebral perfusion pressure or CPP) จะลดลงมาก (เพราะ $CPP = MAP - ICP$) เป็นผลให้สมองขาดเลือดยิ่งขึ้น การตอบสนองต่อการเกิดความดันสูงในโพรงกะโหลกศีรษะในระยะแรก จะพบอาการกระสับกระส่าย ไม้รู้บุคคล เวลา และสถานที่ ระยะท้ายอาจพบอาการหมดสติได้ นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพที่เรียกว่า Cushing reflex ในกลุ่มความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงไปกระตุ้น vasomotor center ทำให้แรงดันเลือดสูง และ pulse pressure กว้าง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงเนื่องจากการกระตุ้น cardioinhibitory center

1.2.2.4 การยื่นย้อยของสมอง (Brain herniation) เมื่อมีสิ่งบรรจุในโพรงกะโหลกเพิ่มอยู่เหนือเยื่อแก้ว tentorium จะเกิดการเคลื่อนตัวเบียดไปทางแนวกกลาง (Midline shift) ลงสู่สมองส่วนกลาง ถ้าเป็นชนิด uncal herniation และ central herniation จะทำลายเซลล์ประสาทที่สมองส่วนกลาง (Midbrain) เป็นผลให้การรับรู้สติลดลง มีอาการซึม หรือไม่รู้สึกร่างกายอย่างรวดเร็ว แต่สำหรับการยื่นย้อยชนิด cingulate herniation จะกดอยู่บริเวณ cingulate gyrus หรือ parietal lobe จึงไม่ค่อยมีผลต่อการรับรู้สติแต่อาจพบขาด้านตรงข้ามอ่อนแรงได้

1.3 ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะมีหลายชนิด อาจพบชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นร่วมกันหลายชนิดในผู้ป่วยเพียงรายเดียว การบาดเจ็บที่ศีรษะมีหลายชนิด (Gardner, 1986; Walleck & Mooney, 1994; จเร ผลประเสริฐ, 2528; รัตนา อยู่เปลา, 2543) ได้แก่

1.3.1 การบาดเจ็บที่หนังศีรษะอาจมีลักษณะเป็นแผลรุ่งริ่ง แผลฟกช้ำ หรือถลอก

1.3.2 การแตกของกะโหลกศีรษะ (skull fractures) พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ลักษณะการแตกของกะโหลกอาจเป็นได้ทั้งแบบเป็นเส้นหรือแตกร้าว (linear แตกเป็นชั้นเล็กชิ้นน้อย (comminuted) หรือแตกยุบ (depressed) อาจส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา (dura mater) ได้ การแตกของฐานกะโหลก (basal skull fracture) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการแตกแบบเป็นเส้น และมักพบว่ามีอาการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา เนื่องจากผิวหนังด้านในของฐานกะโหลกจะคม ชรุขระและแข็ง เมื่อเกิดการกระทบจึงทำให้เยื่อหุ้มสมองหรือเนื้อสมองบริเวณนั้นเกิดการฉีกขาดได้ การแตกของฐานกะโหลกในบริเวณแอ่งกะโหลกหน้า (anterior fossa) จะตรวจพบอาการเขียวช้ำรอบดวงตา น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังรั่วออกมาทางจมูก ประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตาถูกทำลาย ส่วนการแตกของฐานกะโหลกในบริเวณแอ่งกะโหลกส่วนกลาง (middle fossa) จะพบอาการเขียวช้ำบริเวณเหนือกระดูกมาสตอยด์ (Battle's sign) เกิดการทำลายของประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณหน้า ประสาทการได้ยินและการทรงตัว และพบมีน้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่วออกมาจากหู

1.3.3 Concussion เป็นการบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย เป็นสภาวะที่สมองไม่มีพยาธิสภาพให้เห็นด้วยตาเปล่า ผู้ป่วยอาจมีอาการหมดสติเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ตั้งแต่เป็นวินาทีถึงหนึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ จำเหตุการณ์ไม่ได้ หรือเหนื่อยล้า ผู้ป่วยที่มีประวัติหมดสติตั้งแต่ 5 นาทีขึ้นไป ควรจะเข้าไปโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ

1.3.4 Contusion เป็นสภาวะที่สมองมีการชอกช้ำ บวม และมีเลือดออกเป็นจุด ๆ เป็นการบาดเจ็บของสมองที่รุนแรง พบได้ในตำแหน่งที่ถูกกระทบ และอาจพบได้อีกในบริเวณสมองด้านตรงข้าม เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของเนื้อสมองที่อยู่ภายใน อาการที่แสดงออกมาจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดการชอกช้ำ การชอกช้ำของเนื้อสมองอาจเป็นเพียงจุดเล็ก ๆ แต่อาจเกิดอาการมากขึ้นได้ภายใน 2-3 วัน ต่อมา เนื่องจากการบวมหรือมีเลือดออก ส่งผลให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้

1.3.5 ก้อนเลือด (hematoma) ก้อนเลือดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ ก้อนเลือดที่ออกภายในกะโหลกศีรษะเหนือเยื่อหุ้มสมอง (epidural hematoma) ก้อนเลือดที่ออกใต้ชั้นดิวรา (subdural hematoma) และก้อนเลือดที่ออกในเนื้อสมอง (intracerebral

hematoma) ก้อนเลือดเนื้อชั้นดูรา มักพบเกิดจากการแตกของกะโหลกร่วมกับการฉีกขาดของหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการแสดงที่ถือว่าเป็นลักษณะเฉพาะ คือผู้ป่วยหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่งหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ต่อมาฟื้นคืนสติเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน แล้วจึงค่อย ๆ ซึมลงจนหมดสติอีก ม่านตาข้างเดียวกับสมองที่ได้รับบาดเจ็บขยายโต ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง ก้อนเลือดที่ออกใต้ชั้นดูราแบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ ระยะเวลาเฉียบพลัน (acute SDH) จะแสดงอาการภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ ชนิดที่ 2 เป็นชนิดกึ่งเฉียบพลัน (subacute SDH) จะพบอาการแสดงภายใน 2 วัน ถึง 2 สัปดาห์ หลังได้รับบาดเจ็บ ส่วนชนิดสุดท้ายเป็นชนิดเรื้อรัง (chronic SDH) จะแสดงอาการประมาณ 2 สัปดาห์หรือมากกว่าภายหลังบาดเจ็บ

1.4 การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลและการพยากรณ์โรค ดังนั้น การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะจำเป็นต้องกระทำตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันและในระยะพักฟื้นได้เฉพาะเจาะจงเป็นรายๆ ไป ตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สติ เป็นตัวบ่งชี้ถึงความผิดปกติของระบบประสาทที่สำคัญอย่างหนึ่ง นิยมนำเครื่องมือที่เรียกว่า Glasgow Coma Scale (GCS) ของ Teasdale and Jennet (1974) มาประเมินระดับการรู้สติ โดยประเมินจากพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการลืมตา ด้านการพูด และด้านการเคลื่อนไหว แบบประเมินนี้มีคะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน ดังมีรายละเอียดและคะแนนในแต่ละด้าน ดังนี้

1.4.1.1 การตอบสนองด้านการลืมตา (Eye opening: E) บอกถึงกลไกของ arousal ในก้านสมองว่ายังปกติอยู่หรือไม่

1.4.1.2 การตอบสนองด้านการพูด (Verbal response: V) บอกถึงภาวะ arousal และ orientation

1.4.1.3 การตอบสนองด้านการเคลื่อนไหว (Motor response: M) บอกพยากรณ์ของผลที่จะเกิดขึ้น

ตารางที่ 1 การประเมินระดับการรู้สติ โดยใช้ GCS

หัวข้อ	ค่า คะแนน	พฤติกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วย
Eye opening: E การลืมตา	4	Spontaneous: ลืมตาได้เองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น
	3	To speech: ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยคำพูด
	2	To pain: ลืมตาเมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	1	None: ไม่ลืมตาเลย แม้จะกระตุ้นด้วยอะไรก็ตาม
Verbal response : V การพูด	5	Oriented: พูดคุยได้ ไม่สับสน รู้จักเวลา สถานที่ บุคคล ให้เหตุผลได้
	4	Confused: พูดคุยได้แต่สับสน ตอบไม่ตรงคำถาม แต่ใช้ภาษาได้ถูกต้อง
	3	Inappropriate: พูดเป็นคำๆ ไม่เป็นประโยค และใช้คำพูดไม่เหมาะสม
	2	Incomprehensive sound: ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด เปล่งเสียงในลำคอ ไม่เป็นคำพูด ฟังไม่เข้าใจ
	1	None: ไม่ส่งเสียงดัง แม้กระตุ้นแล้วก็ตาม
Motor response : M การเคลื่อนไหวบริเวณ นั้น	6	Obeying: เคลื่อนไหวแขนขาตามคำสั่งได้ และทำซ้ำๆกัน
	5	Localize: ทราบตำแหน่งที่เจ็บโดยเอามือมาปิด มาลูบ
	4	Withdrawal: ชักแขนขาหนี ไม่รู้ตำแหน่งที่เจ็บปวด
	3	Flexion: แขนงออย่างผิดปกติ อยู่ในท่า decorticate เมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
	2	Extension: แขนเหยียดอย่างผิดปกติ อยู่ในท่า decerebrate เมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
1	None: ไม่เคลื่อนไหวเลย แม้กระตุ้นด้วยความเจ็บปวด หรืออ่อนปวกเปียก(flaccid)	

เมื่อนำทั้ง 3 ด้านมารวมกัน จะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 3-15 คะแนน ซึ่งจะบอกได้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Barker, 2002; Mitchell et al., 1990; พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547) ได้ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย มีค่า Glasgow Coma Scale (GCS) 13-15 คะแนน ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เอง หรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อย หรือสับสนเป็นบางครั้ง

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง มีค่า Glasgow Coma Scale (GCS) 9-12 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่าย ๆ ได้ถูกต้องโดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือสงสัยไม่เป็นคำพูด

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง มีค่า Glasgow Coma Scale (GCS) 3-8 คะแนน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใด ๆ ทั้งสิ้น อาจสงสัยไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนึ่ง งอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

Glasgow Coma Scale เป็นการประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีที่ โดยดูจากค่าคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนเต็ม	15 หมายถึง	ภาวะรู้สึกตัวดี
ค่าคะแนนน้อยกว่า	7 หมายถึง	ภาวะรู้สึกตัวลดลงจนเป็นอันตราย
ค่าคะแนน	3 หมายถึง	ภาวะหมดสติอย่างลึก(deep coma)

1.4.2 แบบประเมิน Rancho Los Amigo Scale of Cognitive Levels (RLA) เป็นแบบประเมินที่เน้นการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิด สามารถประเมินได้จากการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งการประเมินระดับการรู้คิด แบ่งออกเป็น 8 ระดับคือ

ระดับที่ 1 ไม่มีการตอบสนอง (No response)

ระดับที่ 2 มีการตอบสนองทั่วไป (Generalized response)

ระดับที่ 3 มีการตอบสนองเฉพาะที่ (Localized response) ไม่แน่นอน อาจทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้ เช่น บีบมือหรือตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย เช่น ดึงท่อหลอดลมคอ เป็นต้น

ระดับที่ 4 มีการตอบสนองสับสนลุกลุกงอน (Confused agitated) มีปฏิกิริยาจากความสับสนภายใน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ มีพฤติกรรมตื่นเต้น หรือก้าวร้าว

ระดับที่ 5 การตอบสนองสับสนไม่เหมาะสม (confused inappropriate) ต้องการการชี้แนะในทิศทางที่ถูกต้องและอย่างต่อเนื่อง มีความลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ พุดคุยได้แต่สับสน

ระดับที่ 6 การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม (confused appropriate) ยังสับสนเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำระยะสั้น ความจำลดลง ทำตามคำสั่งอย่างง่าย ๆ ได้ การตอบสนองอาจไม่ถูกต้องแต่เหมาะสมตามสถานการณ์ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องความจำ

ระดับที่ 7 การตอบสนองเป็นไปอย่างอัตโนมัติแต่เหมาะสม (Automatic appropriate) ทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างไม่สับสน แต่ไม่ทราบเหตุผลหรือวัตถุประสงค์ในการทำ ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ยังต้องการคำชี้แนะในการเรียนรู้ในการปฏิบัติ

ระดับที่ 8 การตอบสนองอย่างมีจุดมุ่งหมายและเหมาะสม (Purposeful appropriate) รู้สึกตัว รู้เวลา และสถานที่ สามารถตัดสินใจในการกระทำได้และมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ ยอมรับบทบาทของตัวเอง

1.5 ผลกระทบของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.5.1 ผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

หลังจากที่มีแรงภายนอกมากระทำต่อศีรษะ ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองในทางสรีรวิทยา ทั้งที่เกิดโดยตรงที่สมองและเกิดโดยรวม คือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายระบบต่าง ๆ ความรุนแรง ความเสียหาย การพยากรณ์โรคและการดำเนินโรคของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันเนื่องจากมีสภาพร่างกายที่แตกต่างกัน ซึ่งมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านอายุ สุขภาพเดิม ความรุนแรงของแรงที่มากระทำ คือ สภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลอย่างยิ่งต่อผลโดยรวมของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น ความหนาของหนังศีรษะ และกะโหลกศีรษะ เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงที่มากระทำต่อสมองได้ ทำให้ในผู้ป่วยเด็กเล็กมีโอกาสที่จะมีความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าผู้ใหญ่ที่โตแล้วจากหนังศีรษะและกะโหลกศีรษะที่บาง การติดยึดของชั้นดูรา (Dura) กับกะโหลกศีรษะ (Skull) ในผู้ป่วยที่สูงอายุจะมีการติดยึดที่แน่นมากกว่าคนอ่อนวัยกว่า ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดเลือดเซาะอยู่ระหว่างใต้กะโหลกศีรษะกับนอกชั้นดูรา (Epidural hematoma) ได้น้อยกว่า ปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย คือ สมองของเด็กจะมีความสามารถในการพัฒนารวมทั้งการชดเชยความเสียหาย (Plasticity) ได้ดีกว่าผู้ใหญ่ในการบาดเจ็บ ปริมาณและความรุนแรงที่เท่ากัน การฟื้นสภาพของผู้ป่วยเด็กจะเร็วและสมบูรณ์กว่า ปัจจัยด้านสภาพร่างกายของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บก่อนที่จะเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความสำคัญกับการดำเนินโรคหลังจากการได้รับบาดเจ็บ เช่นภาวะขาดน้ำที่ผู้ป่วยจะทำให้การกำซาบของสมอง (cerebral perfusion) และออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ cardiac reserve น้อยก็จะมีผลทำให้ไม่เพียงพอต่อการกำซาบของสมอง เช่น ในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น (เอกหงส์สุต, 2548)

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตที่ทุกคนไม่ควรคาดคิดที่จะเกิดมาก่อน ไม่มีการทำนายล่วงหน้า และการบาดเจ็บที่ศีรษะจะส่งผลต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนอันดับแรก คือ ระบบประสาท ซึ่งประเมินได้จากระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัวบ่งบอกถึงความสามารถในการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วย เมื่อระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอยู่ในขั้นวิกฤต การฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยย่อมไม่เหมือนปกติ ส่วนใหญ่ต้องได้รับการช่วยเหลือในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (จันทพร ธีรทองดี, 2548) จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รอดชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า ร้อยละ 20 มีความพิการอย่างรุนแรง ร้อยละ 40 มีความพิการปานกลาง และร้อยละ 40 เท่านั้น ที่หายเป็นปกติ (Jennett & Teasdale, 1981)

1.5.2 ความบกพร่องที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลกระทบของการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ จะพบความบกพร่องได้ในหลาย ๆ ระบบ (วิภาวรรณ ลีลาสำราญ, 2546) ดังนี้คือ

1.5.2.1 ความบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognitive deficit) ได้แก่ ไม่รู้สึกตัว (coma) สับสน (confuse) สมาธิสั้นลง (shortened attention span) ปัญหาด้านความจำ และการลืม (memory problems and amnesia) ความบกพร่องด้านการแก้ปัญหา (problem solving deficit) ปัญหาด้านการตัดสินใจ (problem with judgment) ไม่สามารถเข้าใจแนวคิดลึกซึ้ง (inability to understand abstract concept) สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ (loss of sense of time and space) ลดการรับรู้ต่อตัวเองและผู้อื่น (decrease awareness of self and others) ไม่สามารถรับคำสั่ง 1 หรือ 2 ขั้นตอนได้อย่างต่อเนื่อง (inability to accept more than one-or-two-step commands simultaneously)

ซึ่งการคิดรู้เป็นความสามารถของบุคคลในการให้ความหมายและทำความเข้าใจสิ่งแวดลอม คัดเลือกข้อมูลข่าวสารเพื่อจัดเก็บกำหนดรูปแบบและการตอบสนองเป็นพฤติกรรมเบื้องต้นต่อสิ่งนั้นๆอย่างมีจุดมุ่งหมายเฉพาะบุคคล (Davis & White, 1995; Barker, 2002) ซึ่งองค์ประกอบของหน้าที่การคิดรู้ ได้แก่ การรับรู้เวลาและสถานที่ การตั้งใจ มีสมาธิ ความจำ การคำนวณ การคิดที่เป็นตรรกะ รวมทั้งการใช้ภาษาสื่อสาร เมื่อความสามารถเหล่านี้พร่องไป ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องของความทรงจำ เนื่องจากมีการรบกวนกระบวนการที่จะแปลความหมายของความทรงจำในระยะสั้นไปสู่ความทรงจำในช่วงก่อนเกิดการบาดเจ็บ ทำให้มีอาการความจำเสื่อม ความสนใจ หรือสมาธิลดลง มีความผิดปกติในการตอบสนอง หรือรับรู้ช้า ความคิด สติปัญญา ความรู้ ความเข้าใจลดลง การตัดสินใจ การตัดสินใจลดลง ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมถดถอย มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ง่าย เป็นต้น (พรนิภา เตื้อเบญจพล, 2547)

1.5.2.2 ความบกพร่องด้านกายภาพ (Motor deficit) ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต (paralysis or weakness) กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (plasticity) สูญเสียความสมดุล (poor balance) ความทนทานลดลง (decreased endurance) ไม่สามารถวางแผนการเคลื่อนไหว (inability to plan motor movement) การเริ่มต้นทำได้ช้า (delays in initiation) มีอาการสั่น (tremors) ปัญหาด้านการกลืน การประสานงานไม่ดี

1.5.2.3 ความบกพร่องด้านการรับรู้ความรู้สึก (Perceptual or sensory deficit) ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การได้ยิน การมองเห็น การรับรส การดมกลิ่น และการสัมผัส การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ละเลยการรับรู้ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย มีความบกพร่องด้านความสัมพันธ์ของแขนขากับลำตัว ปัญหาด้านการมองเห็น ได้แก่ การมองเห็นภาพซ้อน การเห็นภาพในระยะจำกัด

1.5.2.4 ปัญหาด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร ได้แก่ พูดและฟังลำบาก (aphasia) ยากลำบากในการเลือกใช้คำพูด พูดซ้ำ รวด และคำสั้นลง ยากในการสร้างคำพูดให้เป็นประโยคที่มีความหมาย ปัญหาในการอธิบายลักษณะและหน้าที่ของสิ่งของปัญหาในด้านการอ่าน เขียน และการคำนวณตัวเลข

1.5.2.5 ความบกพร่องด้านความสามารถ (Functional deficit) ได้แก่ มีความบกพร่องด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ รับประทานอาหาร เป็นต้น ปัญหาด้านสังคม เช่น ไป shopping ไปธนาคาร ปัญหาด้านอาชีพ/การทำงาน ไม่สามารถขับรถ หรือควบคุมการทำงานของเครื่องจักร

1.5.2.6 ปัญหาด้านการเข้าสังคม ได้แก่ มีความบกพร่องด้านทักษะการเข้าสังคม เนื่องจากพฤติกรรมเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง มีความยากลำบากในการสร้างความสัมพันธ์ และการมีเพื่อน

1.5.2.7 ความเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพหรืออารมณ์ ได้แก่ เฉยเมย เฉื่อยชา (apathy) ลดแรงจูงใจ อารมณ์แปรปรวน (emotional liability) ง่ายว้าว (irritability) หงุดหงิดและซึมเศร้า (anxiety and deprease) ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ เช่น ก้าวร้าว หุนหัน พลันแล่น

1.5.3 ผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

เมื่อมีสมาชิกบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นของคนในครอบครัว ดังการศึกษาของรัตนา อยู่เปลว (2543) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ

สมาชิกในครอบครัว นับตั้งแต่วินาทีแรกที่ครอบครัวได้รับข่าวว่ามีบุคคลในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกในครอบครัวอาจมีเวลาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเวลาเลยในการเตรียมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้นี้จะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างสูง (Halm, 1990; Reider, 1994 อ้างใน รัตนา อยู่เปล่า, 2543) ซึ่งเมื่อได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์แล้ว สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Li Yan (2000) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับระดับการสนับสนุนทางสังคม ระดับความเครียด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะประเมินความเครียดอยู่ในระดับสูง

การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวยังต้องมีบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่จะมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงจากคนปกติ ซึ่งจากวิจัยของ Marsh และคณะ (1998) พบว่าสมาชิกในครอบครัวฐานะผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความบกพร่องด้านร่างกายและการรู้คิด

การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นยังมีผลกระทบต่อครอบครัวด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวด้วย เนื่องจากเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมทำให้รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งค่ารักษาพยาบาลและค่าดูแลพิเศษทั่วไป หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกอื่นๆในครอบครัว การบาดเจ็บที่ทำให้ต้องหยุดพักงานเป็นผลให้ขาดรายได้ ก็จะทำให้กระทบกระเทือนสวัสดิภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก หรือมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสถานภาพของสมาชิกในครอบครัว ภรรยาต้องเข้ามารับบทบาทและสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ต้องออกทำงานหาเลี้ยงครอบครัวแทนสามี ต้องพึ่งพามบุคคลอื่นในการทำหน้าต่างๆ ในการดูแลบ้านและบุตร แต่ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพและพฤติกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวได้ มีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เมื่อครอบครัวมีสมาชิกที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพระหว่างสามี และภรรยา บิดามารดาและบุตร จำนวนคู่สมรสจำนวนมากเกิดปัญหาเกี่ยวกับการหย่าร้าง ขาดการรักใคร่ผูกพันของสมาชิกในครอบครัว(นริรัตน์ นิลขำ, 2548) เกิดการพลัดภรรยาที่การดูแลและถ้าทุกคนในครอบครัวผลักดันภรรยาที่ทั้งหมด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะถูกทอดทิ้งเป็นปัญหาของสังคมและประเทศชาติ

2. ภาวะสูญเสียความทรงจำ

2.1 ภาวะสูญเสียความทรงจำแบบทั่วไป

ภาวะสูญเสียความทรงจำ (Amnesia) หมายถึง การสูญเสียของความจำระยะใดระยะหนึ่ง ซึ่งจะเป็นการสูญเสียความจำทั้งหมด หรือสูญเสียความจำบางส่วน ความจำที่สูญเสียไปนั้น จะไม่สามารถระลึกบุคคลที่เคยรู้จัก สถานที่ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ใดที่หนึ่งที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ หรือเกิดขึ้นมาก่อนระยะหนึ่ง ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นแบบชั่วคราว และจะสูญเสียเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผ่านมา ซึ่งการสูญเสียความทรงจำที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านจิตเวช การบาดเจ็บของสมองหรือสมองถูกทำลาย หรือมีปัญหาพยาธิสภาพที่สมอง เช่น การเกิดเนื้องอกของสมอง การตีบตันของเส้นเลือดสมอง หรือการบวมของสมอง (Michael Eysenck and Mark Keane, 2000)

ภาวะสูญเสียความทรงจำ มี 2 ชนิด (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2536: Michael Eysenck and Mark Keane, 2000) คือ

2.1.1 Organic amnesia เกิดจากความผิดปกติทางสรีรวิทยาของสมอง ทำให้ความสามารถบันทึกประสบการณ์ในอดีตไว้ในสมอง (Registration) และความสามารถเก็บสิ่งที่บันทึกไว้ได้ตลอดเวลา (Retention) เสียไปใน Organic amnesia ที่เกิดจากโรคของสมองจะพบว่าผู้ป่วยลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent event) แต่ยังจำเรื่องราวในอดีต (remote event) ได้ อาการเกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวกับ stress อาการลืมจะเริ่มเป็นที่ละน้อย ๆ แต่จะค่อยเป็นมากขึ้น ไม่เป็นมากทันทีเหมือนใน Psychogenic amnesia นอกจากนี้ Organic amnesia ผู้ป่วยจะมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น มี Blurred consciousness มีอารมณ์แปรปรวนง่าย สมาธิสั้นและความตั้งใจเสียไป Organic amnesia แบ่งเป็น

2.1.1.1 Anterograde amnesia คือการสูญเสียความจำภายหลังจากเกิดเหตุการณ์ เช่น นักมวยถูกชกที่ศีรษะอย่างแรงกลางยกแล้วจำเหตุการณ์ตั้งแต่ตอนนั้นจนหมดยกไม่ได้

2.1.1.2 Retrograde amnesia คือการสูญเสียความจำก่อนหน้าที่จะเกิดเหตุการณ์ เช่น ผู้ป่วยถูกรถชนหมดสติแล้วจำเหตุการณ์ที่เกิดก่อนหน้าที่จะถูกรถชนไม่ได้ ไม่ทราบว่าจะกำลังจะไปไหนหรือทำอะไรอยู่

2.1.2 Psychogenic amnesia ผู้ป่วยจะลืม recall มีอาการลืมเกิดขึ้นทันที โดยจะลืมเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับตนเอง ชนิดที่พบบ่อย คือ localized amnesia ผู้ป่วยจะลืมเหตุการณ์ช่วงใดช่วงหนึ่ง มักเป็นช่วงเวลาซึ่งมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจอย่างรุนแรงเกิดขึ้น บางรายลืมเรื่องราวของตัวเองทั้งหมด จำไม่ได้แม้ชื่อของตนเองรวมทั้งจำบุตรและภรรยา/สามี ไม่ได้เลย อาการ Psychogenic amnesia มักเกิดทันทีภายหลังมี stress อย่างรุนแรง เมื่อหายอาการจะ

หมดไปทันที และผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์หรือเรื่องราวได้เป็นปกติเหมือนเดิม นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ อีก เช่น

2.1.2.1 Confabulation หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent memory) แล้วผู้ป่วยต่อเติมแต่งเรื่องราวขึ้นเอง โดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าคำตอบนั้นไม่ถูกต้อง เช่น เมื่อถามผู้ป่วยซึ่งอยู่โรงพยาบาลว่าตอนเช้าทำอะไร ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าตนทำอะไรอาจตอบว่าไปดูหนังมา ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรู้สึว่าตนพูดผิดและเมื่อบอกความจริงให้ทราบ ผู้ป่วยจะไม่สนใจ

2.1.2.2 Déjà vu เป็นความรู้สึกว่าได้เคยเห็นหรือรู้จักคุ้นเคยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อน ทั้งๆที่ผู้ป่วยไม่เคยเห็นมาก่อนเลย ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดังกล่าวขึ้นมาเอง อาการจะเป็นชั่วคราวระยะเวลาสั้น ๆ 2-3 นาที เมื่อเป็นอีกมักจะมีอาการซ้ำเหมือนเดิม

2.1.2.3 Jamais vu ตรงข้ามกับ Déjà vu คือ ผู้ป่วยเคยเห็นหรือรู้จักคุ้นเคยดีกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อนแล้ว แต่กลับมีความรู้สึกที่ตนเองไม่เคยพบเห็นมาก่อนเลย

2.1.2.4 Psychogenic fugue ผู้ป่วยจะเดินทางไปอยู่ที่อื่น เป็นคนใหม่ อีกคนหนึ่ง ไม่ใช่คนเดิมและจำเรื่องราวเดิมของตนไม่ได้ อาการเกิดขึ้นทันทีภายหลัง stress อย่างรุนแรง เช่น เกิดภัยอันตราย น้ำท่วมและไฟไหม้ หรือมีปัญหาขัดเคืองใจอย่างรุนแรง อาการมักเกิดชั่วคราวระยะเวลาสั้นๆเป็นชั่วโมงหรือหรือหลายวัน และส่วนมากผู้ป่วยเดินทางไปไม่ไกลนัก เมื่อหายอาการจะหมดไปทันทีและผู้ป่วยจำเหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นระหว่างนั้นไม่ได้

นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มอาการของการสูญเสียความทรงจำ (Amnesic syndrome) ผู้ป่วยจะเสียความจำทั้งความจำระยะสั้น (short-term) และความจำระยะยาว (long-term memory) อาการที่พบร่วมได้แก่ disorientation, confabulation, apathy และ insight เสีย กลุ่มอาการสูญเสียความทรงจำเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่บริเวณ mammillary bodies, fornix, hippocampal complex และสาเหตุที่สำคัญ คือ การได้รับบาดเจ็บ การขาดออกซิเจน สมองตาย โรคเรื้อรัง การติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง และสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การขาดวิตามิน B₁ พบในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง

2.2 ความหมายของภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความหมายของภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีดังนี้ Rawlins and Patricia (1993) ให้ความหมายว่า การสูญเสียความทรงจำทั้งหมดหรือบางส่วน โดยปกติเกิดระหว่างที่มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในระดับสูง บุคคลต้องการหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์นั้น ๆ การสูญเสียความทรงจำจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงเวลานั้นได้ โดยปกติจะเกิดในชั่วโมงแรกที่เกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ความเครียดที่เกิดขึ้นจะเกี่ยวพันกับการบาดเจ็บทางร่างกายหรือก่อให้เกิดความตายขึ้น

David (2004) ให้ความหมายว่า ความบกพร่องในการจำ ซึ่งมีสาเหตุมาจากสมองได้รับการบาดเจ็บ โดยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การสูญเสียความทรงจำย้อนหลัง (retrograde amnesia) ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ได้ และการสูญเสียความทรงจำใหม่ ๆ (anterograde amnesia) ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ได้

Nicole และคณะ (2006) ให้ความหมายว่า ระยะเวลาหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สติไม่เต็มที่มี ความสับสน หลงลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการบกพร่องด้านพฤติกรรม

Kathleen และคณะ (2006) ให้ความหมายว่า การขาดความสามารถของบุคคลในการนึกคิด ผู้ป่วยจะไม่สามารถนึกย้อนหลังถึง วันที่เกิด อายุ และขาดความสามารถในการจำด้านสถานที่และเวลา ที่เป็นความจำใหม่ ยากที่จะจดจำสิ่งที่เกิดขึ้นขณะนั้น

Wilson และคณะ(1999) ให้ความหมายว่า ช่วงระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบปิด ระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่สามารถควบคุมตนเอง ทุกทรมาน จากการสูญเสียความทรงจำที่ผ่านมา และขาดการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ใหม่ด้วย

Veronica และคณะ (2006) ให้ความหมายว่า หมายถึง ช่วงเวลาที่ไม่สามารถควบคุมทิศทางของตนเอง และการทำหน้าที่ของความจำบกพร่อง ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังเกิดการบาดเจ็บในระบบประสาท อาจเกิดขึ้นโดยไม่มี การสูญเสียระดับความรู้สติ ประกอบด้วย การไม่สามารถควบคุมทิศทางของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ระยะเวลาหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สติไม่เต็มที่มี ความสับสน หลงลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถนึกย้อนหลัง หรือจำสิ่งใหม่ ๆ ได้ เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการบกพร่องด้านพฤติกรรม มีอาการสับสน ไม่สามารถควบคุมตนเอง ทุกข์ทรมาน จากการสูญเสียความทรงจำที่ผ่านมา

2.2.1 ชนิดของภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ

ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทและจิตเวช แบ่งปัญหาการคิดรู้ด้านการสูญเสียความทรงจำออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ คือ

2.2.1.1 การสูญเสียความทรงจำย้อนหลัง เรียกว่า Retrograde amnesia เป็นการสูญเสียความทรงจำที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำรายละเอียดที่เคยเรียนรู้ เหตุการณ์ที่ผ่านมาที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียความทรงจำ อาจเกิดเป็นการสูญเสียความทรงจำอย่างสมบูรณ์ (complete Retrograde amnesia) คือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในชีวิตได้เลย แต่พบได้ค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการสูญเสียความทรงจำย้อนหลังบางส่วน พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองช้ำ (concussion) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะสมองช้ำจะมีลักษณะเฉพาะ คือ ไม่

สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่เกิดการบาดเจ็บได้ (Ian and Aimee, 2003) Retrograde amnesia จะเกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ระยะเวลาจะยาวนานขึ้นในกรณีที่เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง (Carlidge, Shaw and Kalbag, 1981)

2.2.1.2 เสียความทรงจำใหม่ เรียกว่า Anterograde amnesia เป็นการสูญเสียความทรงจำที่บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆได้ หลังจากการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ (Ian and Aimee, 2003) ความเชื่อมโยงของ Glasgow Coma Scale และระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ (post-traumatic brain amnesia:PTA) มีการใช้กันบ่อยในการเป็นแนวทางในการบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยปกติใช้แบ่งระดับดังนี้

- (1) PTA น้อยกว่า 5 นาที หมายถึง เกิดการบาดเจ็บในระดับน้อยมาก
- (2) PTA อยู่ระหว่าง 5-60 นาที หมายถึง เกิดการบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย
- (3) PTA อยู่ระหว่าง 1-24 ชั่วโมง หมายถึง เกิดการบาดเจ็บในระดับปานกลาง
- (4) PTA อยู่ระหว่าง 1-7 วัน หมายถึง เกิดการบาดเจ็บในระดับรุนแรง
- (5) PTA มากกว่า 7 วัน หมายถึง เกิดการบาดเจ็บในระดับรุนแรงมาก

2.3 พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ

กลไกการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่มีหลักฐานการศึกษาที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ เป็นที่รู้กันว่าการทำลายสมองทั้งสองข้างบริเวณ Medial temporal lobe เป็นสาเหตุทำให้มีการสูญเสียความทรงจำใหม่ (Anterograde amnesia) อย่างรุนแรง มีการเกิดรอยโรคที่บริเวณ hippocampal ทั้งสองข้าง และยังพบว่าเป็นความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากรอยโรคที่ diencephalons ทั้งสองข้างเหมือนกับ Korsakoff's syndrome แต่ผู้ป่วยจะมีรูปแบบการลืมที่ปกติ ซึ่งรอยโรคที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองส่วน medial temporal lobe นำไปสู่การเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ (Saeeduddin et al, 2000)

ความบกพร่องด้านความจำเก่าหรือความจำที่ผ่านมา จะเกิดขึ้นระหว่างที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ Levin และคณะ (1985 cite in Saeeduddin et al, 2000) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบปิดที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำและไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ ทดสอบความจำย้อนหลังเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นที่รู้จัก เช่น การระลึกถึงรายการโทรทัศน์และเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำจะมีการ

สูญเสียความทรงจำย้อนหลัง (Retrograde amnesia) ที่เลวร้ายทั้งที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นที่รู้จักและข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งในการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำจะมีสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างที่บริเวณ temporal lobe

การศึกษาทางระบบประสาทวิทยาและจิตเวชระบุถึงระบบความจำที่อยู่บริเวณ medial temporal lobe มีความสำคัญกับพยาธิวิทยาของภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ การเกิดรอยโรคบริเวณสมองส่วนลึก (Deep brain) อันได้แก่ brain stem และ diencephalons จะรบกวนระดับความรู้สติเป็นเวลานาน แต่ A well-regarded model ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบปิดอธิบายว่าบริเวณ cortical จะมีความรู้สึกไวต่อการบาดเจ็บมากกว่าบริเวณ diencephalon และบริเวณ mesencephalic ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะรบกวนระดับความรู้สติมากขึ้น ถ้ารอยโรคขยายจากระดับพื้นผิวลึกลงไปจะไม่สามารถฟื้นกลับได้ รบกวน midbrain reticular system จะทำให้เกิดภาวะสูญเสียความทรงจำตามมา (Saeeduddin et al, 2000)

การศึกษาสรีรวิทยาของคลื่นไฟฟ้า พบว่ามีการเหนี่ยวนำเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ การบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalographic recording) ในผู้ป่วยระยะหลังได้รับการบาดเจ็บจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ มีการเกิด somatosensory potential ขึ้นส่วนใหญ่จะเกิด P3 หรือ P300 potential โดย P3 จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการกระตุ้น การกระตุ้นระดับต่ำ ๆ มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของความจำระยะสั้น (short term memory) และการมีสมาธิ (Attention) ในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำจะมี P3 latency ยาวกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังได้รับการบาดเจ็บ P3 latency จะยาวขึ้นในช่วงระยะเฉียบพลันหลังเกิดการบาดเจ็บ และ P3 latency จะสั้นลงเมื่อความจำและการมีสมาธิดีขึ้น (Saeeduddin et al, 2000)

ภาวะสูญเสียความทรงจำอาจเกิดจากภาวะสมองบวมได้ การแก้ไขภาวะสมองบวมจะสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานที่ของผู้ป่วยบางรายได้ นอกจากนี้ภาวะ Diaschisis ที่เป็นอาการทางสมองที่เกิดจากการรบกวนระบบประสาท ทำให้มีรอยโรคเฉพาะที่สัมพันธ์กับการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท มีบทบาทสำคัญทำให้เกิดภาวะสูญเสียความทรงจำ เมื่อทำการตรวจโดยใช้ PET scan จะพบว่าการเสียการทำงานในระบบการทำงานที่ (Function system) การสูญเสียหน้าที่หลังเกิดการบาดเจ็บ ประกอบด้วย การผันแปรของระดับความรู้สติ มีสาเหตุมาจากการเพิ่มการทำงานของ Acetylcholinesterase ในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีระดับของ Acetylcholine ในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้นหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำงานของ Acetylcholine จะมากกว่าในสมองซีกซ้าย (Left hemisphere) ถ้ามีรอยโรคที่สมองซีกซ้าย (Left-sided lesion) จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำหลังได้รับการบาดเจ็บและทำให้ระดับความรู้สติแย่ลง (Saeeduddin et al, 2000)

ภาวะ Diaschisis ทำให้เกิดภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิด Diaschisis คือ Excitatory amino acids (EAAs) จะมีระดับสูงขึ้นใน cerebral cortex หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะแบบปิด ทำให้เกิด neurotoxicity ทำให้มีการสูญเสียความจำหลังได้รับบาดเจ็บเป็นเวลานาน (Saeeduddin et al, 2000)

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพด้านความจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.4.1 ตำแหน่งของการบาดเจ็บ การบาดเจ็บที่ศีรษะที่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงก่อให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของสมองและเส้นเลือด มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและกระบวนการเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้เกิดการบาดเจ็บทั่ว ๆ ไป มีการทำลายโดยตรงต่อ cerebral cortex และ Higher cortical function เป็นผลให้สมองส่วนที่ถูกทำลาย มีอาการแตกต่างกันไป ซึ่งพบว่าสมองบริเวณ Frontal, Temporal และ parietal lobe จะกระทบกระเทือนหรือถูกทำลายมากที่สุด ซึ่งการบาดเจ็บที่มีการทำลายสมองส่วนของ cerebral cortex จะมีการผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านต่าง ๆ ลดลง เช่น การใช้ภาษา การคำนวณ ความตั้งใจ สมาธิ ความคิด ความจำ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ซึ่งพบว่าปัญหาที่พบบ่อยด้านการรู้คิดบกพร่อง คือ การสูญเสียด้านความจำ หรือการลืม (Amnesia) ผู้ป่วยบางรายจะสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป ซึ่งมักพบรอยโรคบริเวณสมองส่วน Temporal lobe หรือบางรายสูญเสียความจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเอง และเหตุการณ์ที่ผ่านมา มักพบรอยโรคกระจายทั่วไปในสมองส่วน Frontal, Temporal และ Parietal lobe ทั้งสองซีก

2.4.2 การได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัดสมอง เนื่องจากการได้รับการผ่าตัดมีภาวะเสี่ยงมากกว่าไม่ได้รับการผ่าตัด จากการที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับการกระทบกระเทือน อาจชอกช้ำ หรือถูกกดเป็นเวลานาน หากบริเวณที่ผ่าตัดเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านความจำ ไม่ว่าจะเป็นบริเวณ Frontal, Temporal และ Parietal lobe จะส่งผลให้ความจำบกพร่อง มีความเข้าใจลดลง ระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพในระยะต่อมา ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดจะฟื้นฟูสภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด (Hannegan, 1989; พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547)

2.4.3 อายุ โดยทั่วไปผู้ป่วยอายุน้อยจะมีแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก ในผู้ป่วยอายุมากจะมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย (Barker, 2002; Hickey, 1997) ผู้ป่วยที่สูงอายุประสาท และน้ำหนักร่างกายมีจำนวนลดลงมีน้ำหนักอวัยวะสมองเพิ่มขึ้นทำให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทเมื่อมีสิ่งเร้าลดลง ความสามารถในการเก็บข้อมูลหรือเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลงต้องอาศัยเวลานานขึ้น (วิลาวัณย์ ไชยวงศ์, 2548) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สูงอายุจะมีความแตกต่างด้านสรีระของอวัยวะที่แตกต่างจะผู้ป่วยวัยอื่น

ความสามารถของกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อลดลง ทนต่อการบาดเจ็บได้น้อย มีภาวะสมองฝ่อ สมองเสื่อม และผู้ที่อายุมากกว่ามีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากกว่าทั้งทาง postconcussional syndrome และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับอวัยวะอื่น ๆ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพสมองด้านความจำ

2.4.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงจะมีภาวะหมดสตินานกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยหรือปานกลางซึ่งมีระดับความรู้สึกลับตัวเร็วกว่าการสูญเสียความทรงจำเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการจำในระยะที่ผู้ป่วยหมดสติ ทำให้มีการสูญเสียความทรงจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกลับ ทำให้ความสามารถด้านการฟื้นฟูสภาพด้านความจำในผู้ป่วยที่หมดสติเป็นเวลานานจะใช้เวลาานกว่าผู้ป่วยที่สามารถฟื้นจากภาวะหมดสติได้เร็วกว่า (Cartlidge, Shaw and Kalbag, 1981)

2.5 ผลกระทบของภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดภายหลังมีการบาดเจ็บที่ศีรษะแบบปิด ลักษณะที่เห็นชัด คือ จะมีการรบกวนกระบวนการรวบรวมข้อมูลของความจำ มีความสับสน ไม่มีสมาธิ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นระยะของการฟื้นฟูสภาพจากการบาดเจ็บที่รุนแรง ระดับความรู้สึกลับดีขึ้น ผู้ป่วยจะพบว่ามีความล้มเหลวในการระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่เกิดการบาดเจ็บ พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจน ประกอบด้วย อาการอะอะไว้วาย มีการพูดที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมต่อต้าน และมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การสูญเสียความทรงจำจะมีความล้มเหลวในการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ ๆ ซึ่งส่งผลให้มีความบกพร่องด้านสมาธิ ความตั้งใจซึ่งเป็นผลมาจากความล้มเหลวด้านการเลือกจุดมุ่งหมายในการทำให้เกิดสมาธิ และเกิดจากการคงความมีสมาธิไว้ได้ยาก (Paul, 1987)

ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บจะส่งผลต่ออาการทางระบบประสาทที่มีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ มีความก้าวหน้าของโรคที่เลวร้ายลง ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านการคิดรู้ (Saeeduddin et al, 2000) บางครั้งเกิดความเครียด และมีอาการทางจิตเวชได้ (Guise.E.D, 2005)

2.6 การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ

ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความทรงจำนั้น นอกจากจะทำให้มีการสูญเสียความทรงจำเก่า สูญเสียความจำสิ่งใหม่ ๆ แล้ว จะมีปัญหาด้านอื่นๆอีก คือ การรับรู้หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไม่ได้ จำเหตุการณ์ปัจจุบันหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้ การตัดสินใจแก้ไขปัญหามกพร่อง การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ บกพร่อง การทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง พฤติกรรมแปลกและมีบุคลิก

เปลี่ยนแปลง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้อยู่โรงพยาบาลต้องมีการเดินทาง ผู้ป่วยจะหลงทาง เมื่อเดินออกจากบ้านแล้วจะหาทางกลับบ้านไม่ถูกเป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสมองต้องมีความอดทน และมีความพยายามอย่างมาก เพราะว่าเขาเหล่านั้นไม่ได้เสแสร้ง หรือแกล้ง แต่ต้องเข้าใจเสมอว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสมอง การควบคุมอารมณ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ พยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ จะต้องให้การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547; สุนี สุวรรณพสุ, 2551: ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2549) ในเรื่อง

2.6.1 การช่วยเหลือเรื่องความจำที่บกพร่อง โดยใช้ปฏิทินช่วยความจำของผู้ป่วย ในเรื่อง วัน เวลา การนัด การมีกิจกรรมที่จำเป็น ปิด และเปิดม่านรับแสง ให้รู้ว่าเวลาไหนกลางวัน เวลาไหนกลางคืน

2.6.1.1 เมื่อผู้ป่วยต้องการนอนหลับ ควรเปิดไฟให้สว่างในเวลากลางวัน จะทำให้ผู้ป่วยหลับในเวลากลางคืน ผู้ป่วยไม่เกิดความสับสนด้านเวลา

2.6.1.2 มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาเรื่องการหาของไม่เจอ อาจมีนาฬิกาใหญ่ ๆ ที่สามารถมองเห็นตัวเลขได้ชัดเจน รวมทั้งปฏิทินแขวนเอาไว้ใกล้ด้วย เพื่อย้ำเตือนเรื่องวัน เวลา

2.6.1.3 ใช้ป้ายชื่อ เขียนชื่อของที่จำเป็นที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น แก้วน้ำ แปรงสีฟัน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลืมของตนเอง รวมทั้งเขียนรายละเอียดของวิธีการใช้สำหรับการใช้ประจำ

2.6.1.4 ควรมีการพูดคุยหรือเล่นเกม เล่นหมากรุก ไพ่ ในลักษณะฝึกสมองหรือเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบเพื่อกระตุ้นความจำดีกว่าการให้ดูโทรทัศน์คนเดียววน ๆ เพราะอาจทำให้บางคนเกิดอาการจิตหลอนได้

2.6.1.5 ช่วยเตือนในสิ่งที่จำเป็น เช่น การวางของให้เป็นที่จะได้ไม่ลืมง่าย

2.6.1.6 เขียนเตือนข้อควรระวังต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัย

2.6.1.7 จัดตารางกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เหมือนกันทุกวันและทำให้เกิดความเคยชิน ซึ่งต้องใช้เวลาระยะหนึ่งจะทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

2.6.2 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย

2.6.2.1 เวลาสื่อสารกับผู้ป่วย ให้สบตามองหน้าอย่างใกล้ชิดพอสมควร ควรเรียกความสนใจจากผู้ป่วยก่อนการเริ่มพูด

2.6.2.2 เวลาพูดให้พูดช้า ๆ ชัด ๆ ใช้ประโยคง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน ไม่ยาวเกินไป ใช้คำพูดสั้นและง่าย พูดซ้ำ พูดสิ่งที่ป็นรูปธรรม ถามหรือสั่งครั้งละหนึ่งเรื่อง

2.6.2.3 พยายามเรียกชื่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความใกล้ชิด และเป็นการเตือนความจำของผู้ป่วยด้วย

2.6.2.4 พยายามพูดคุยเรื่องในอดีต โดยลำดับขั้นตอนที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาสู่ปัจจุบัน

2.6.3 การเสริมสร้างสมดุลของผู้ป่วยระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย นันทนาการ การเข้าสังคม

2.6.3.1 พยายามจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความสามารถและความสนใจของผู้ป่วย กำหนดเวลาแน่นอน ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย การเล่นเกมส์ การเล่นดนตรี การส่งเสริมการวาดภาพ การทำงานฝีมือ

2.6.3.2 การพาออกนอกสถานที่ เช่น การพาไปในสถานที่ที่คุ้นเคย หรือสถานที่ที่เคยไปมาก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยระลึกถึงความจำด้านสถานที่ แต่ต้องมั่นใจว่าจะควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยได้ และส่งเสริมความจำเส้นทางต่าง ๆ ระวังการพลัดหลงเป็นพิเศษ

2.6.4 การพยาบาลที่ดีควรส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำให้ญาติให้กำลังใจผู้ป่วย และต้องมีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความจำ อารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่คุ้นเคย ซึ่งญาติมีส่วนช่วยเหลือในการฟื้นฟูด้านความจำของผู้ป่วยอย่างมากและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.7 แนวคิดและนวัตกรรมที่มุ่งแก้ปัญหาภาวะสูญเสียความทรงจำ

2.7.1 แนวคิดของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Brain Center Injury Program, McGill University Health Science Center แนวคิดของ Thomas และคณะ (2003) นั้น เกิดจากการร่วมมือกันทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีปัญหาความบกพร่องของการคิดรู้ด้านความจำ อันประกอบด้วย การสูญเสียความทรงจำ การสับสนด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล และมีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้สร้างเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้นภายใต้ชื่อว่า North star Project เพื่อดูแลผู้ป่วยใน Traumatic Brain Center Injury Program, McGill University Health Science Center โดยนวัตกรรมมาตรฐานที่สร้างขึ้นใช้มโนทัศน์ของ reality orientation เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในระยะของการฟื้นฟูสภาพดีขึ้น โดยพัฒนาทักษะด้านการตระหนักรู้ด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล การฝึกทักษะทางสังคม และการตระหนักรู้ด้านสังคม ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การพัฒนาทักษะซึ่งจะประกอบด้วยการกระตุ้นที่กระทำเป็นประจำ และการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านวัน เวลา สถานที่ และบุคคลซ้ำ ๆ กระทำอย่างสม่ำเสมอ เน้นปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล โดยที่มสุขภาพและครอบครัวร่วมมือกันในการฟื้นฟูการรับรู้ขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความสับสน

การใช้ Reality orientation ใน North star project ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากอาการสับสน เกิดความคุ้นเคย และสามารถเข้าสู่สังคมได้อย่างดี โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องเฝ้าติดตาม คือ

- (1) การเพิ่มการตระหนักรู้ด้านวัน เวลา สถานที่ และบุคคล
- (2) เพิ่มการตอบสนองที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม
- (3) ชี้นำให้ผู้ป่วยมีความเข้าและมีความรู้เกี่ยวกับตนเองกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

2.7.2 แนวคิดของ Kathleen leach และคณะ (2006) ใช้หลักการคือ คุณลักษณะของการฟื้นฟูสภาพความจำ ตามลำดับของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งประกอบด้วย บุคคล สถานที่และเวลา ซึ่งการศึกษาของ Kathleen leach และคณะ ค้นหาการฟื้นฟูสภาพด้านกระบวนการของความจำระหว่างที่เกิดการสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ประเมินเป็นรายข้อแต่ละประเด็นของการฟื้นฟูสภาพด้านความจำ และอธิบายหลักการของความจำสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการทำนายการฟื้นฟูสภาพ ประเด็นแรกคือการฟื้นฟูด้านอัตชีวประวัติส่วนบุคคล ประเด็นที่สอง คือการฟื้นฟูความจำที่ประกอบด้วยอายุ เวลา (เดือนหรือปี) ที่เป็นปัจจุบัน ที่สะท้อนถึงการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ที่เป็นความจำระยะยาว ประเด็นต่อมาคือการฟื้นคืนด้านวัน (day of the week) เวลา (time of day) สถานที่ (place of examination) ซึ่งสะท้อนถึงการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่ซับซ้อนภายใต้สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และใช้การถามซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง (multiple repetitions) ซึ่งจะพบว่ารูปแบบกระบวนการการฟื้นฟูสภาพจะเริ่มจากการฟื้นฟูสภาพความจำด้านอัตชีวประวัติ วันเกิดเป็นอันดับแรก ความจำระยะยาวมีแนวโน้มที่จะฟื้นฟูความจำเป็นอันดับที่ 2 การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ยุ่งยากซับซ้อนจะมีการฟื้นคืนความจำเป็นอันดับสุดท้าย

2.7.3 แนวคิดของ John Corrigan และคณะ (1985) ผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น กลุ่มอาการที่พบบ่อยคือ การบกพร่องด้านการปรับตัว การมีปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ บุคคล มีอาการสับสน สูญเสียความทรงจำ สมาธิ หรือความตั้งใจลดลง และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมซึ่งเกิดในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียความทรงจำหลังจากที่ผ่านช่วงโคม่ามาแล้ว ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่จะค้นหาวิธีการทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม จึงได้เกิดเป็นกลวิธีที่เรียกว่า reality orientation group ขึ้น ซึ่งพัฒนาเพื่อส่งเสริมการแก้ไขปัญหาความบกพร่องด้านสมาธิและความตั้งใจ (attention deficit แก้ไขภาวะสับสน (confuse) และแก้ไขปัญหาการสูญเสียความทรงจำใหม่ ๆ ภายหลังที่มีการสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (anterograde amnesia during post-traumatic amnesia) ซึ่งกลวิธีที่เรียกว่า reality orientation group นั้นแต่เดิมใช้ในการดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุ แต่มีการประยุกต์ใช้ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในระยะของการฟื้นฟูสภาพ

2.7.4 แนวคิด Tiziana Metitieri และคณะ (2001) ได้ศึกษาวิจัยโดยการใช้ Reality Orientation Therapy ในการชลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม เป็นการศึกษาในระยะยาว ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994-1998 การใช้ Reality Orientation Therapy จะให้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสมองเสื่อมในประเทศอิตาลี การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบสหสาขาวิชา การให้การดูแลประกอบด้วย การวินิจฉัย การประเมินผล และการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านการคิดรู้ บำบัดทางการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยคือการใช้ Reality Orientation Therapy แบบกลุ่ม จะเริ่มตั้งแต่การเข้ากลุ่มทุกวัน หัววันต่อสัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน แต่ละกลุ่มใช้เวลา 45 นาที ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกด้านการคิดรู้จากนักอาชีพบำบัดในเรื่องการให้ข้อมูลด้านวัน เวลา สถานที่ในปัจจุบัน ชื่อของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านไปแล้วและเพิ่งจะเกิดขึ้น ในการเข้ากลุ่มครั้งแรกความสนใจจะมุ่งประเด็นไปที่ตัวบุคคล เวลา และการรับรู้ที่ขาดหายไป ต่อมาหัวข้อจะมุ่งความสนใจไปที่เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นและบุคคลที่เป็นที่รู้จักมีชื่อเสียง สมมติและความจำ ผู้ป่วยจะได้รับการเปิดโอกาสให้ตอบอย่างอิสระ และมีอุปกรณ์ช่วยจำอันประกอบด้วยปฏิทิน นาฬิกา และสมุดบันทึก ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินโดยนักจิตวิทยาเป็นรายบุคคล ร่วมกับการวางแผนการดูแล ซึ่งจากการศึกษาติดตามผลในระยะยาวของการให้การดูแลโดยใช้ Reality Orientation Therapy สามารถทำให้ความจำของผู้ป่วยดีขึ้น ชลดการเกิดความพร่องด้านการคิดรู้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้

เหตุผลในการเลือกแนวคิดของ Thomas และคณะ (2003) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้ป่วยที่มักจะมีปัญหาการปรับตัว การตระหนักรู้ด้านวัน เวลา สถานที่ และบุคคล รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และก่อให้เกิดความวิตกกังวลกับญาติได้ ซึ่งแนวคิดของ Thomas และคณะ นั้นได้สร้างนวัตกรรมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น รูปแบบในการดำเนินการฟื้นฟูสภาพมีความชัดเจน และมีกระบวนการในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่ซับซ้อน ใช้หลักการทางสรีรวิทยาในการฟื้นฟูสภาพด้านความจำร่วมกับกระบวนการด้านการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกิดจากการเลียนแบบซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการเห็นและกระทำตาม การฝึก ความเคยชิน การทดลองความผิดพลาด และจากการรับรู้ ซึ่งจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและดำเนินการซ้ำหลาย ๆ ครั้ง

2.8 การประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.8.1 The Galveston Orientation and amnesia test (GOAT) การเฝ้าติดตามความบกพร่องด้าน Orientation, การสูญเสียความทรงจำและอาการสับสนระหว่างที่มีการสูญเสียความทรงจำหลังได้รับการบาดเจ็บ โดยการใช้อย่างเป็นมาตรฐาน ผลคะแนนจะสามารถเขียนเป็นรูปแบบการฟื้นฟูสภาพเปรียบเทียบกับระดับปกติได้ แบบวัด The Galveston Orientation and amnesia test (GOAT) เป็นแบบวัดการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้และความจำ ซึ่งพัฒนาโดย National Traumatic Coma Data Bank of the national Institute of Neurologic and Communicative Disorder and Stroke มีระดับคะแนนปกติอยู่ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน (Paul, 1987) เป็นแบบวัดที่ใช้อย่างแพร่หลายประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ orientation ด้านบุคคล สถานที่ และเวลา เป็นคำถามที่เกี่ยวกับ retrograde amnesia และ anterograde amnesia ตอบคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์สุดท้ายที่ผู้ป่วยระลึกได้ก่อนการได้รับบาดเจ็บและเหตุการณ์แรกที่ผู้ป่วยสามารถจำได้หลังได้รับการบาดเจ็บ แบบวัด GOAT ใช้ประเมิน Orientation ของผู้ป่วยด้วยการพูด ในผู้ป่วยที่มีปัญหาความบกพร่องด้านการพูดจะมีผลกระทบต่อระดับคะแนนได้ แต่จะใช้รูปแบบของตัวเลือก (multiple choice) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการพูด (Raj, Jack and John, 1995)

2.8.2 The Children's Orientation and amnesia test (COAT) แบบวัด COAT มีความแตกต่างของคำถามเกี่ยวกับ general orientation มากกว่า GOAT แต่ยังคงประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ orientation ด้าน บุคคล สถานที่ และเวลา COAT ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง verbal และ nonverbal memory ตั้งแต่เริ่มต้น 6 เดือน และ 12 เดือนหลังได้รับการบาดเจ็บ เป็นการพยากรณ์เกี่ยวกับความจำดีกว่า GCS ใน 6 เดือน และ 12 เดือน แบบวัด COAT สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่โรงเรียน (School setting) (Raj, Jack and John, 1995)

2.8.3 The Westmead PTA scale อธิบายโดย Artiola และคณะ (1980 cite in Saeeduddin et al, 2000) เป็นการวัดภาวะสูญเสียความทรงจำ โดยใช้คำถามเกี่ยวกับ orientation ซึ่งจะทำให้การทดสอบการระลึกได้ (recall) เมื่อได้ดูรูปภาพ ดูใบหน้า และคู่มือ ถ้าสามารถระลึกได้หรือจำได้อย่างถูกต้องภายใน 3 วัน จะบ่งชี้ว่ามีการสิ้นสุดภาวะสูญเสียความทรงจำ

2.8.4 Jalia Farr Centre PTA Scale ประกอบด้วยประเด็นของ Orientation 6 ข้อ และประเด็นของความจำ 5 ข้อ ถ้าตอบได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง 3 วัน จะบ่งชี้ว่ามีการสิ้นสุดภาวะสูญเสียความทรงจำ

2.8.5 Three Little Words Schwartz และคณะ (1998 cite in Raj, Jack and John, 1995) อธิบายว่าเป็นการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะได้รับการจำคำทั้งหมด 3 คำ และทดสอบว่าสามารถระลึกคำได้ภายใน 24 ชั่วโมงต่อมา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถระลึกได้จะทำการสอบถามด้านความจำอีก 9 ข้อ Schwartz และคณะ ยังได้ทำการศึกษากการใช้ Three Little Words เปรียบเทียบกับการใช้ GOAT พบว่ามีความสอดคล้องกัน คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนน GOAT มากกว่า 75 คะแนน จะสามารถระลึกคำได้อย่างถูกต้องภายใน 24 ชั่วโมง

2.8.6 The Orientation Group Monitoring System (OGMS) Carrigan และคณะ (1985 in Raj, Jack and John, 1995) อธิบายถึงวิธีการวัด orientation ซึ่งประกอบด้วยประเด็น 7 ประเด็น เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้าน orientation ความมีสมาธิและการประสานงานความสามารถด้านการระลึกคำ (จับคู่ความสัมพันธ์ระหว่างคำและเหตุการณ์ที่ผ่านมา) ความสามารถด้านการวางแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่แบบวัด OGMS ถูกใช้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับแบบวัดแบบอื่น ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือที่เรียกว่า The Galveston Orientation and amnesia test (GOAT) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากแบบประเมินนี้ได้รับการนิยามอย่างแพร่หลาย ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย แปลผลได้อย่างรวดเร็ว สามารถวัดความบกพร่องทั้งด้านการรับรู้ (oriented) และภาวะสูญเสียความทรงจำ (amnesia) ได้ แบบคำถามมีทั้งการประเมินการสูญเสียความทรงจำแบบ retrograde amnesia และแบบ anterograde amnesia ซึ่งตรงกับที่ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Guisse และคณะ (2003) ได้ทำการศึกษาประเมินผลของการบูรณาการโปรแกรม reality orientation ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ระยะเฉียบพลัน ที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังได้รับการบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะได้รับการกระตุ้นโดยถามและบอกเล่าเรื่องวัน เวลา สถานที่และบุคคล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างของ Glasgow coma scale แต่ระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำสั้นลง

Nicole และคณะ (2006) ทำการศึกษาการกำหนดการฟื้นฟูสภาพด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และอธิบายการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และความสามารถด้านการดูแลตนเองขณะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ พบว่าพฤติกรรมด้านสติปัญญาไหวพริบเป็นรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ ต้องได้รับการดูแลแบบพึ่งพาและการดูแลเรื่องการขับถ่ายระหว่างที่มีการฟื้นฟูสภาพ การเรียนรู้ใหม่ ๆ ใน

สถานการณ์ของการทำหน้าที่ต่างๆต้องได้รับการกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ ภายหลังได้รับบาดเจ็บ

Ken, Leanne และ Gina (2001) ได้ทำการศึกษาลักษณะทั่วไปและการสั่งการของการฟื้นฟูสภาพด้าน orientation และการทำหน้าที่ด้านความจำระหว่างที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ ภายหลังได้รับการบาดเจ็บ ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการบาดเจ็บและระยะเวลาของการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำ การทดสอบใช้ Consistency-of-Recovery และ Duration-to-Recovery index ผลการวิจัยพบว่า การฟื้นความจำด้านบุคคลจะฟื้นฟูได้เร็วกว่าการฟื้นฟูด้านเวลา สถานที่ และความสามารถด้านการจำใบหน้าและชื่อ อย่างไรก็ตามรูปแบบของการทำหน้าที่ด้านความจำก็ต้องการการระลึกถึงใบหน้าและชื่อมากกว่าการจำภาพ 3 ภาพ

Kathleen และคณะ (2006) ได้ศึกษาองค์ประกอบของการฟื้นฟูสภาพด้านความจำของผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยศึกษาหาข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ทดสอบประวัติทั่วไป ความจำด้านการตัดสินใจระหว่างที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการบาดเจ็บ ทดสอบในประเด็นของการสูญเสียการเรียนรู้จากกระบวนการของความจำที่ต้องการการเรียนรู้ที่มีประโยชน์ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบของกระบวนการการฟื้นฟูสภาพจะเริ่มจากการฟื้นคืนเรื่องวันเกิดเป็นอันดับแรก แต่ยังคงมีความผันแปรอยู่ ความจำระยะยาวมีแนวโน้มที่จะฟื้นคืนจำความเป็นอันดับที่สอง และการติดตามการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ โดยการให้ระลึกภาพ 3 ภาพที่เป็นรูปภาพใหม่ๆจะเป็นการฟื้นคืนความจำเป็นอันดับสุดท้าย รูปแบบของการฟื้นฟูสภาพของความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ระหว่างที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสะท้อนถึงความจำด้านตัวเลข และข้อมูลที่คุ้นเคย

Veronica และคณะ (2006) ศึกษาผลของภาวะสูญเสียความทรงจำในกระบวนการด้านข้อมูลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย จำนวน 90 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่ไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ โดยได้รับการประเมินโดยใช้ Word recall test, A spoken version of speed of comprehension test และ The digit symbol substitution test ใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำสามารถระลึกคำได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ และมีความล่าช้าในการบอกสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำจะมีความบกพร่องด้านความเร็วในกระบวนการด้านข้อมูล (information process) และมีความบกพร่องของความจำด้านการพูด

Ross และคณะ (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บและผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 276 คน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของแผนกฟื้นฟูสภาพ ประเมินโดยใช้ GOAT, FIM total score, FIM cognitive and motor subscore และ DRS พบว่าระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บสามารถทำนายคะแนนการเกิดความพิการและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำและอายุที่เกิดการบาดเจ็บสามารถทำนายคะแนนการเกิดความพิการ การทำหน้าที่ด้านการคิดรู้ และคะแนนการทำหน้าที่ของการเคลื่อนไหวเมื่อกลับบ้านได้ ดังนั้น ระยะเวลาของภาวะสูญเสียความทรงจำมีประโยชน์ในการทำนายผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีอายุเป็นปัจจัยร่วม

Hux และคณะ (2000) ได้ศึกษาด้านความจำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการศึกษาคผลของจำนวนความถี่ของการฝึกด้วย face-name recall โดยประยุกต์ใช้สถานการณ์จริง ใช้ Cognitive Assessment of Minnesota (memory/orientation, Immediate memory, Visual memory and sequencing, Recall/Recognition, Auditory memory and sequencing) ใช้รูปภาพหน้าของเจ้าหน้าที่ ขนาดภาพ 4x6 นิ้ว จำนวน 15 คน โดยไม่บอกชื่อเจ้าหน้าที่ ให้ผู้ป่วยบอกชื่อบุคคลในภาพ และให้บอกชื่อบุคคลในภาพซ้ำ และบอกรายละเอียดลักษณะพิเศษของบุคคลในภาพซ้ำ ฝึกวันละ 5 ครั้ง/วัน, 1 ครั้ง/วัน และ 2 ครั้ง/สัปดาห์ พบว่า การฝึก 1 ครั้ง/วันดีที่สุด เพราะผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะสับสนในการฝึกและยึดอัดใจหากฝึกบ่อยเกินไป

Mannese, Hux และ Snell (2005) ได้ศึกษาความจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยให้ดูรูปภาพของเจ้าหน้าที่จำนวน 6 คน พร้อมสร้างจินตภาพ ให้ผู้ป่วยดูรูปภาพของเจ้าหน้าที่เทียบกับหน้าจริง โดยการให้ดูรูปแล้วเอารูปออกและรออีก 5 วินาที ก่อนที่จะให้ดูรูปภาพต่อไปจนครบจำนวนของเจ้าหน้าที่ทั้ง 6 คน หลังจากนั้นให้เจ้าหน้าที่ทำการพยาบาลผู้ป่วยและสนทนากับผู้ป่วยวันละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 15 วัน ผลการวิจัยพบว่า การให้ Visual imagery, Phonemic cueing และ Name restating พบว่าผู้ป่วย 3 ใน 5 คน สามารถจำเจ้าหน้าที่ได้ ซึ่งการฟื้นความจำของผู้ป่วยควรคำนึงถึงสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย

4. โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ

จากการศึกษาพบว่าได้มีผู้ศึกษาถึงการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไว้เป็นจำนวนมาก โดยเป็นกระบวนการที่เน้นการเรียนรู้และการฝึกฝน มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพความสามารถของผู้ป่วยให้กลับคืนมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การฟื้นฟูความทรงจำ

ของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่มีผู้ศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวาง ที่เห็นได้ชัดเจน คือ The North Star project ที่เป็นแนวคิด Reality Orientation ของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Brain Center Injury Program, McGill University Health Science Center ซึ่งมีเป้าหมายในการฟื้นฟูความจำให้ผู้ป่วย 3 ด้าน คือ

- (1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลเพิ่มขึ้น
- (2) เพิ่มการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
- (3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูสภาพของตนเอง

โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อฟื้นฟูความทรงจำของผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งขั้นตอนของกิจกรรมการฟื้นฟูความจำได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดสรีระวิทยาของความจำและการเรียนรู้ของมนุษย์ร่วมกับการใช้แนวคิด Reality Orientation ของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Brain Center Injury Program, McGill University Health Science Center มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการสร้างโปรแกรมขึ้นมา ซึ่งโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ

เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่เข้าพบผู้ป่วยและญาติ โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย บุคคลที่คุ้นเคยเพื่อให้ได้ข้อมูลถึงบุคคลที่ใกล้ชิด ผู้ป่วยรู้จักเป็นอย่างดี สิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย สถานที่ที่ผู้ป่วยเคยไปหรือชื่นชอบ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น วันเดือนปีเกิด อายุ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการฟื้นฟูความทรงจำในสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือเคยปฏิบัติมาก่อนเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพจะดำเนินการตั้งแต่วันแรกจนกระทั่งสิ้นสุดของโปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 2. การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคลและเพิ่มการตอบสนองที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม โดยดำเนินการทบทวนฟื้นฟูความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล สนับสนุนการตอบสนองที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมโดยการฟื้นฟูความจำในการใช้เหตุผล และความจำด้านการใช้ภาษาสำหรับการสื่อสารที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำทุกขั้นตอนขณะอยู่โรงพยาบาล หลักการของการถามคือใช้คำถามสั้น ๆ และมีคำตอบสั้น ๆ เข้าใจง่าย เป็นภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน และผู้ป่วยคุ้นเคย ไม่เร่งรัดผู้ป่วย โดยการให้เวลาอย่างเพียงพอสำหรับการตอบคำถามหรือโต้ตอบ ใช้น้ำเสียงระดับพอดี ไม่เบาหรือดังจนเกินไป สบตาผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการพูดคุย ถามตอบกับผู้ป่วย มีการดำเนินการคือ

วันที่ 2 ของการเข้าร่วมวิจัยจะเริ่มทำการฟื้นฟูความจำด้านบุคคล เป็นเวลา 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งได้แก่ การบอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ให้ดูรูปบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ใกล้ชิด ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร จำได้หรือไม่ และบอกชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกันไปมา เช่น คุณชื่ออะไร ถ้าผู้ป่วยตอบไม่ได้ ต้องบอกชื่อว่า คุณชื่อ.....ทุกครั้ง จำได้ใหม่ว่าคนที่คุณเห็นชื่ออะไร ถามซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง

วันที่ 3 ของการเข้าร่วมวิจัยจะทำการฟื้นฟูความจำด้านบุคคลที่ได้ทำการฟื้นฟูไปแล้วเป็นเวลา 15 นาที ต่อจากนั้นทำการฟื้นฟูความจำด้านวันเป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดยถามวัน เดือน ปีที่เป็นปัจจุบัน ถามวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย และบอกข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ ใช้การถามตอบซ้ำ ๆ ฝึกการดูปฏิทินเกี่ยวกับวันที่สำคัญของผู้ป่วยหรือวันที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น วันเกิด วันแต่งงาน วันหยุดนักขัตฤกษ์สำคัญ ๆ ถามคำถามง่าย ๆ ก่อน เช่น วันนี้วันอะไร วันนี้วันที่เท่าไร เดือนนี้เดือนอะไร

วันที่ 4 ของการเข้าร่วมวิจัยจะทำการฟื้นฟูความจำด้านบุคคลและด้านวันที่ได้ทำการฟื้นฟูไปแล้วเป็นเวลา 15 นาที ต่อจากนั้นทำการฟื้นฟูความจำด้านเวลาเป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยฝึกการดูเวลา โดยการหามาฬิกาให้ผู้ป่วยตั้งเวลาต่าง ๆ ถามเกี่ยวกับเวลาที่เป็นปัจจุบัน และสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ขณะนี้เป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ขณะนี้เวลาเท่าไร อากาศร้อนหรือเย็น และบอกคำตอบที่ถูกต้องทุกครั้ง

วันที่ 5 ของการเข้าร่วมวิจัยจะทำการฟื้นฟูความจำด้านบุคคล ด้านวันและด้านเวลาที่ได้ทำการฟื้นฟูไปแล้วเป็นเวลา 15 นาที ต่อจากนั้นทำการฟื้นฟูความจำด้านสถานที่เป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดยฝึกการจำภาพและสถานที่ต่าง ๆ การบอกเล่า/ดูภาพสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรู้จักหรือคุ้นเคย เช่น บ้าน สถานที่ทำงาน บอกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน ชื่อโรงพยาบาล ชื่อหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน และถามคำถามเกี่ยวกับสถานที่นั้น ๆ เช่น ถามว่า ขณะนี้คุณนอนอยู่ที่ไหน ตอบขณะนี้คุณอยู่โรงพยาบาลอะไร ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้จะต้องบอกคำตอบที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้ง ทำการฟื้นฟูความจำเกี่ยวกับตำแหน่งของสถานที่ โดยการวางไฟชนิดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยดูและจับคู่ไฟ เพิ่มจำนวนไฟขึ้นเรื่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยจำตำแหน่งของภาพได้

วันที่ 6 ของการเข้าร่วมวิจัยจะทำการฟื้นฟูความจำด้านบุคคล ด้านวัน ด้านเวลา และด้านสถานที่ที่ได้ทำการฟื้นฟูไปแล้วเป็นเวลา 15 นาที ต่อจากนั้นทำการฟื้นฟูความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสารเป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ฝึกการสนทนา โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย นำสิ่งของต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาถามผู้ป่วยว่าคืออะไร ฟื้นฟูความจำเกี่ยวกับสิ่งของที่เห็นหรือใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการให้ดูสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ดูรูปสิ่งของที่ผู้ป่วยเคยเห็น เช่น รูป

สัตว์เลี้ยง รูปดอกไม้ เป็นต้น ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน เช่น รูปที่เห็นในภาพเรียกว่าอะไร ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ ให้บอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง และให้ผู้ป่วยทวนคำตอบที่ถูกต้องด้วย

วันที่ 7 ของการเข้าร่วมวิจัยจะทำการฟื้นฟูความจำด้านบุคคล ด้านวัน ด้านเวลา ด้านสถานที่และด้านการใช้ภาษาในการสื่อสารที่ได้ทำการฟื้นฟูไปแล้วเป็นเวลา 15 นาที ต่อจากนั้นทำการฟื้นฟูความจำด้านการใช้เหตุผลเป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดยนำสิ่งของต่างๆมาให้ผู้ป่วยเลือก ถามเหตุผลในการเลือก เพิ่มจำนวนชิ้นและชนิดของสิ่งของขึ้นเรื่อย ๆ ผึก การให้เหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 การกระตุ้นการเรียนรู้ซ้ำ ๆ

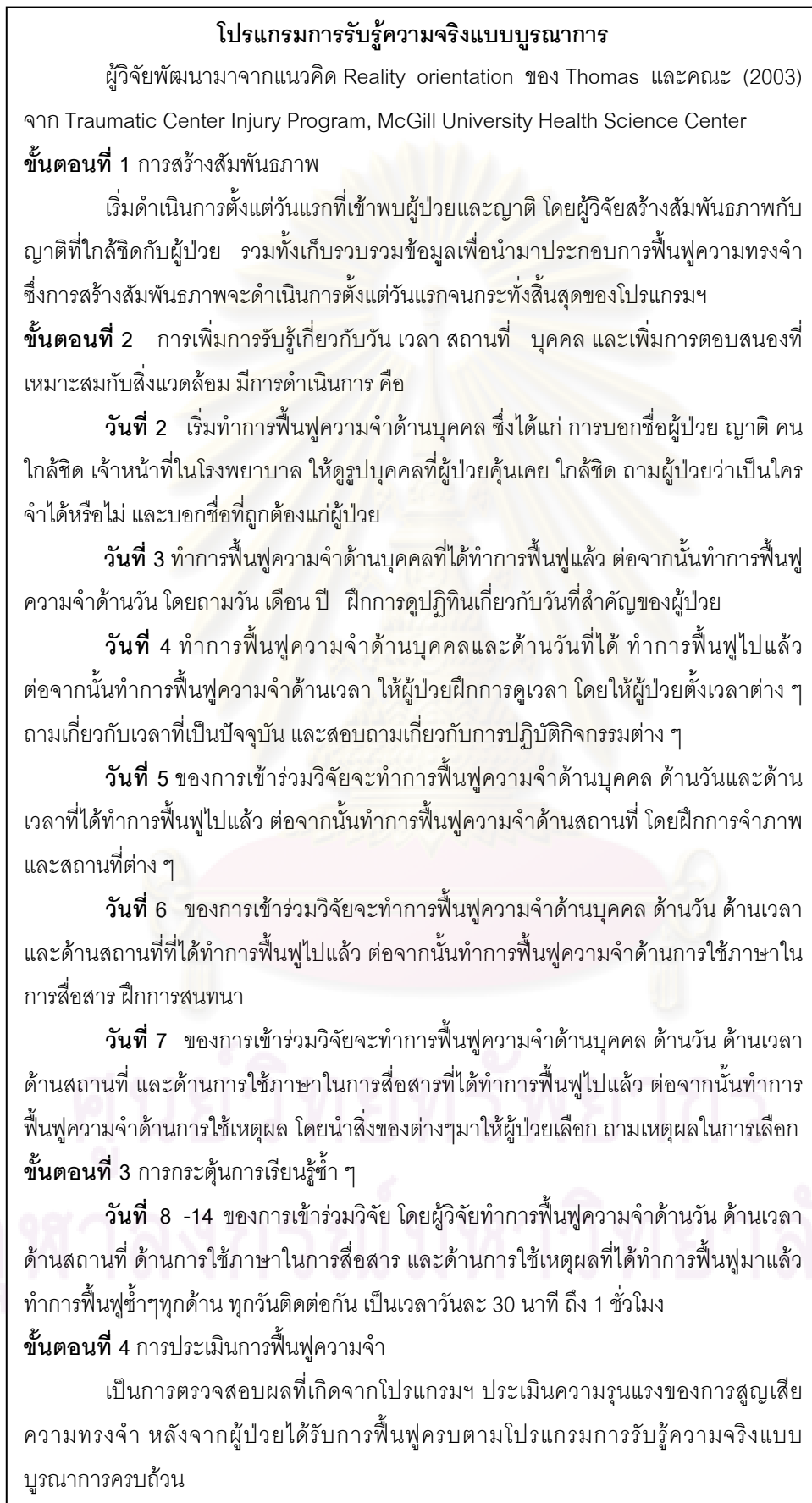
วันที่ 8 -14 ของการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยทำการฟื้นฟูความจำด้านวัน ด้านเวลา ด้านสถานที่ ด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร และด้านการใช้เหตุผลที่ได้ทำการฟื้นฟูมาแล้ว ทำการฟื้นฟูซ้ำ ๆ ทุกด้าน ทุกวันติดต่อกัน เป็นเวลาวันละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินการฟื้นฟูความจำ

เป็นการตรวจสอบผลที่เกิดจากโปรแกรมฯ นำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและวางแผน ดำเนินการของโปรแกรมฯ ในครั้งต่อไปและเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฟื้นฟูความทรงจำอย่างต่อเนื่อง และถูกต้อง โดยการวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยวันที่ 1 ก่อนการได้รับ โปรแกรมฯ เพื่อประเมินความรุนแรงของการสูญเสียความทรงจำ ประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยในวันที่ 15 ของการเข้าร่วมการวิจัยหลังจากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูครบตามโปรแกรม การรับรู้ความจริงแบบบูรณาการครบถ้วน

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้โปรแกรมการรับรู้ความจริงร่วมกับการฟื้นฟูความจำซ้ำ ๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย สิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เคยเห็นหรือรู้จักมาก่อน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำสามารถฟื้นคืนความจำได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการจัดทำโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการขึ้นเพื่อช่วยฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะให้มีการฟื้นคืนความจำให้ได้ใกล้เคียงกับปกติ หรือไม่มีความบกพร่องด้านความจำหลงเหลืออยู่

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยดำเนินการเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แบบแผนการทดลองเป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest Contral Group Design) (Burn and Grove, 1997: 274) โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้



O₁ หมายถึง ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₂ หมายถึง ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง เป็นเวลา 14 วัน

X หมายถึง โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ

O₃ หมายถึง ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ

O₄ หมายถึง ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการหลังการทดลอง เป็นเวลา 14 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้น 2 และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตึกมงกุฎเพชรรัตน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ตามแนวคิดของ Polit & Hungler (1999: 292) โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. มีอายุระหว่าง 18-50 ปี
2. ระดับ Glasgow coma scale หลังได้รับบาดเจ็บเท่ากับ 9-14 คะแนน
3. เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด
4. เป็นผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีระดับการรู้คิดที่ได้จากการประเมิน Rancho Los Amigo Scale of Cognitive Levels อยู่ในระดับที่ 5-7
5. ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน หรือการมองเห็น ไม่มีปัญหาด้านความจำก่อนการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งได้ข้อมูลจากทะเบียนประวัติเดิมของผู้ป่วยร่วมกับการซักถามข้อมูลจากญาติ
6. ได้รับการยินยอมให้ร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จากญาติผู้ป่วยที่มีสิทธิชอบธรรมตามกฎหมาย
7. ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท ไม่มีพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง
8. ไม่มีปัญหาการทางสติปัญญาตั้งแต่กำเนิด
9. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
10. ไม่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่มีญาติ หรือไม่ทราบชื่อและนามสกุล

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง(Exclusion criteria)

มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพไม่คงที่ เช่น ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ การหายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Purposive selection)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม คือ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการจับฉลาก (Random assignment) เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันกับที่กำหนด ดังนี้

1. การได้รับการผ่าตัดและการไม่ได้รับการผ่าตัด
2. อายุใกล้เคียงกันแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
3. ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ
4. ระดับคะแนนภาวะสุขภาพเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่

ประเมินได้จากแบบประเมิน GOAT มีคะแนนใกล้เคียงกัน ต่างกันไม่เกิน 10 คะแนน

ชนิดของการสูญเสียความทรงจำ

5. ระดับการรู้คิดซึ่งได้จากการประเมิน Rancho Los Amigo Scale of Cognitive Levels อยู่ในระดับเดียวกัน

เมื่อมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างรายใหม่เข้ามา ผู้วิจัยพิจารณาผู้ป่วยรายนั้น ๆ ว่ามีลักษณะที่ตรงกันหรือใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ได้รับการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้แล้วหรือไม่ ถ้ามีลักษณะไม่ตรงกับผู้ป่วยที่จับเข้ากลุ่มไว้แล้ว ผู้วิจัยจะสุ่มผู้ป่วยรายใหม่นั้นเข้าเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมไว้คอยผู้ป่วยรายต่อไป จนกระทั่งได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คู่ มีลักษณะดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามอายุ การได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด

คู่ที่	อายุ		การได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	42	45	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
2	46	42	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
3	35	34	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
4	18	23	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
5	22	19	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
6	30	35	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
7	35	32	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
8	33	30	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
9	30	28	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
10	38	40	ไม่ได้รับการผ่าตัด	ไม่ได้รับการผ่าตัด
11	30	35	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
12	25	27	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
13	22	18	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
14	32	35	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
15	21	24	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
16	41	46	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
17	20	25	ไม่ได้รับการผ่าตัด	ไม่ได้รับการผ่าตัด
18	49	46	ได้รับการผ่าตัด	ได้รับการผ่าตัด
19	20	21	ไม่ได้รับการผ่าตัด	ไม่ได้รับการผ่าตัด
20	42	47	ไม่ได้รับการผ่าตัด	ไม่ได้รับการผ่าตัด

ตารางที่ 3 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ และระดับคะแนน GOAT

คู่ที่	ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ		คะแนน GOAT	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	Frontotemporal lobe	Frontotemporal lobe	40	39
2	Temporal lobe	Temporal lobe	53	59
3	Frontotemporal lobe	Frontotemporal lobe	36	42
4	Frontotemporal lobe	Frontotemporal lobe	43	48
5	Parietal lobe	Parietal lobe	41	50
6	Frontal lobe	Frontal lobe	39	42
7	Frontotemporal lobe	Frontotemporal lobe	42	36
8	Frontal lobe	Frontal lobe	58	50
9	Temporoparietal lobe	Temporoparietal lobe	49	44
10	Frontotemporal lobe	Frontotemporal lobe	53	55
11	Temporal lobe	Temporal lobe	36	26
12	Frontotemporoparietal lobe	Frontotemporoparietal lobe	62	56
13	Frontotemporoparietal lobe	Frontotemporoparietal lobe	33	23
14	Frontotemporoparietal lobe	Frontotemporoparietal lobe	44	41
15	Frontotemporoparietal lobe	Frontotemporoparietal lobe	54	54
16	Temporoparietal lobe	Temporoparietal lobe	29	27
17	Temporal lobe	Temporal lobe	60	60
18	Temporoparietal lobe	Temporoparietal lobe	37	29
19	Temporal lobe	Temporal lobe	61	65
20	Frontotemporoparietal lobe	Frontotemporoparietal lobe	41	32

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามชนิดของการสูญเสียความทรงจำ

คู่ที่	ชนิดของการสูญเสียความทรงจำ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
2	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
3	Anterograde	Anterograde
4	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
5	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
6	Retrograde	Retrograde
7	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
8	Anterograde	Anterograde
9	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
10	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
11	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
12	Retrograde	Retrograde
13	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
14	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
15	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
16	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
17	Anterograde	Anterograde
18	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
19	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde
20	Retrograde และ Anterograde	Retrograde และ Anterograde

ตารางที่ 5 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม ระดับการรู้คิด

คู่ที่	ระดับการรู้คิด	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
2	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
3	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
4	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
5	การตอบสนองไม่เหมาะสม	การตอบสนองไม่เหมาะสม
6	การตอบสนองไม่เหมาะสม	การตอบสนองไม่เหมาะสม
7	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
8	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
9	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม
10	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
11	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม
12	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
13	การตอบสนองไม่เหมาะสม	การตอบสนองไม่เหมาะสม
14	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม
15	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
16	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม
17	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม
18	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม	ตอบสนองอันโนมิติแต่เหมาะสม
19	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม
20	การตอบสนองไม่เหมาะสม	การตอบสนองไม่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการที่สร้างตามแนวคิดของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Brain Center injury Program, McGill University Health Science Center ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

1.2 คู่มือการทบทวนความทรงจำ

1.3 แผนการสอนญาติในการทบทวนความทรงจำ

1.4 อุปกรณ์ในการฟื้นฟูความทรงจำ ได้แก่ ปฏิทิน นาฬิกา กระดาษสำหรับบันทึกข้อความจากญาติหรือบุคคลต่าง ๆ ที่มาเยี่ยม รูปภาพของครอบครัว ญาติ บุคคลใกล้ชิด และเพื่อน และคำบรรยายประกอบภาพรูปภาพ และสิ่งของเครื่องใช้ที่ใช้เป็นประจำในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รูปดอกไม้ รูปสัตว์ แปรงสีฟัน แก้วน้ำ ปากกา ดินสอ เป็นต้น

โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพด้านความจำ โดยศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

2. กำหนดเนื้อหาและขั้นตอนของการทำกิจกรรม ตามแนวคิดของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Brain Center injury Program, McGill University Health Science Center ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

3. สร้างโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการขึ้น โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้คือ

3.1 สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูความจำ โดยใช้วิธีการพูดคุยโดยการสบตากับผู้ป่วย พูดคุยโดยให้ญาติที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมีส่วนร่วมในการสนทนา สนทนาในเรื่องที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

3.2 ทำการฟื้นฟูความจำด้านต่างๆให้กับผู้ป่วย ได้แก่

3.2.1 การฟื้นฟูความจำด้านบุคคล ซึ่งได้แก่ การบอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ให้ดูรูปบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ใกล้ชิด ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร จำได้

หรือไม่ และบอกชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ถาม และตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกันไปมา เช่น คุณชื่ออะไร ถ้าผู้ป่วยตอบไม่ได้ ต้องบอกชื่อว่า คุณชื่อ..... ทุกครั้ง จำได้ไหมว่าคนที่คุณเห็นชื่ออะไร

3.2.2 การฟื้นฟูความจำด้านวัน โดยถามวัน เดือน ปีที่เป็นปัจจุบัน ถาม วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย และบอกข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ ใช้การถามตอบซ้ำ ๆ ฝึกการดูปฏิทิน เกี่ยวกับวันที่สำคัญของผู้ป่วยหรือวันที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น วันเกิด วันแต่งงาน วันหยุดนักขัตฤกษ์ สำคัญ ๆ ถามคำถามง่าย ๆ ก่อน เช่น วันนี้วันอะไร วันนี้วันที่เท่าไร เดือนนี้เดือนอะไร

3.2.3 การฟื้นฟูความจำด้านเวลา ฝึกการดูเวลา โดยการหามาฬิกาให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเวลาต่าง ๆ ถามเกี่ยวกับเวลาที่เป็นปัจจุบัน และบอกคำตอบที่ถูกต้องทุกครั้ง และสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ขณะนี้เป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ขณะนี้เวลาเท่าไร อาน้ำเวลาไหน

3.2.4 การฟื้นฟูความจำด้านสถานที่ ฝึกการจำภาพและสถานที่ต่างๆ การบอกเล่า/ดูภาพสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรู้จักหรือคุ้นเคย เช่น บ้าน สถานที่ทำงาน บอกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน ชื่อโรงพยาบาล ชื่อหอผู้ป่วย ฟื้นฟูความจำเกี่ยวกับตำแหน่งและทิศทาง โดยการวางไฟชนิดต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยดูและจับคู่ไฟ เพิ่มจำนวนไฟขึ้นเรื่อย ๆ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยจำตำแหน่งของภาพได้ เช่น ถามว่าขณะนี้คุณนอนอยู่ที่ไหน ตอบขณะนี้คุณอยู่โรงพยาบาล..... (บอกคำตอบที่ถูกต้อง) การฟื้นฟูความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ฝึกการสนทนา โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยการนำสิ่งของต่าง ๆ ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร ความจำเกี่ยวกับสิ่งของที่เห็น/ใช้ในชีวิตรประจำวัน โดยการให้ดูสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตรประจำวัน ให้ดูรูปสิ่งๆที่ผู้ป่วยเคยเห็น เช่น รูปสัตว์เลี้ยง รูปดอกไม้ เป็นต้น ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน เช่น รูปที่เห็นในภาพเรียกว่าอะไร และตอบรูปที่เห็นคือ.....

3.2.5 การฟื้นฟูความจำด้านการใช้เหตุผลโดยนำสิ่งของต่าง ๆ มาให้ผู้ผู้ป่วยเลือก ถามเหตุผลในการเลือก เพิ่มจำนวนชิ้นและชนิดของสิ่งของขึ้นเรื่อย ๆ ฝึกการให้เหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

3.3 ทำการทบทวนความจำซ้ำ ๆ ในสิ่งที่ได้ทบทวนมาก่อนหน้านี้ ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเดิม ๆ หลาย ๆ ครั้ง

4. จัดทำแผนการสอน 1 เรื่องคือ การฟื้นฟูความจำในผู้ป่วยที่สูญเสียความจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อสอนญาติในการฟื้นฟูความจำร่วมกับผู้วิจัย เนื้อหาครอบคลุม ความหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรมและขั้นตอนการฟื้นฟูความจำ

5. จัดทำอุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูความจำ

6. จัดทำคู่มือโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการขึ้น โดยศึกษาจากแนวคิด แนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและ

ต่างประเทศ เนื้อหาครอบคลุมความหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรมและขั้นตอนการฟื้นฟูความจำ อย่างย่อ คู่มือใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และญาติสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและ คู่มือการทบทวนความจำ โดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้แล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 2 คน พยาบาลประจำการอุบัติเหตุปริญาโททางการพยาบาล และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 2 คน อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชา ศัลยกรรมประสาทจำนวน 1 คน อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน (รายชื่อตั้งในภาคผนวก ก.) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและถูกต้องตาม เนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ นำเครื่องมือมาปรับแก้ร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการตรวจสอบ คือมีการปรับความชัดเจนของเนื้อหาในส่วนของกิจกรรมการฟื้นฟูความทรงจำให้ชัดเจนขึ้น โดยจะเน้นคำถามที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพให้มีความเหมาะสม ปรับบทบาทของญาติให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาพิจารณาอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่วันที่ 21 เมษายน ถึง วันที่ 4 พฤษภาคม 2552 จำนวน 5 ราย และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริงจากการนำไปทดลองใช้ ซึ่งพบว่า เนื้อหาและกิจกรรมมีความเหมาะสม ระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนด สามารถนำไปโปรแกรมไปใช้ในการทดลองต่อไป

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบ มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 สัมภาษณ์เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันแรกที่รับไว้ศึกษา วันสุดท้ายของการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งที่บาดเจ็บ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ การได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์เกี่ยวกับวันเกิดของผู้ป่วย บุคคล และสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยที่จะนำมาเป็นส่วนประกอบในการฟื้นฟูความจำ

2.2 เครื่องมือในการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ แบบประเมิน The Galveston Orientation and Amnesia test (GOAT) ของ Harvey, Vincent and Robert (1979) ผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาของสถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นผู้ดำเนินการแปล ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ และให้คะแนนตามรายข้อที่กำหนดไว้ ซึ่งแต่ละข้อการให้คะแนนไม่เท่ากัน คะแนนรวม 100 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนน้อยกว่า 75 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจความถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จำนวน 2 คน พยาบาลประจำการวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลและเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จำนวน 2 คน อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท จำนวน 1 คน อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน (รายชื่อดังในภาคผนวก ก.) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและความถูกต้องตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา นำเครื่องมือมาปรับแก้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการตรวจสอบ คือ มีการปรับแก้ภาษาที่ใช้ในข้อคำถามให้มีความเข้าใจและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทำความเข้าใจในคำตอบของแบบทดสอบ และการให้คะแนนรายข้อ ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา พบว่า ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 จากนั้นนำเครื่องมือมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยไปทดลองใช้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ 15 คน หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 15 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทธนาคารกรุงเทพชั้น 2 และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตึกมงกุฎเพชรรัตน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน ตั้งแต่วันที่ 5 พฤษภาคม-31 กรกฎาคม 2552 โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและสร้างโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการขึ้น จัดทำคู่มือการทบทวนความจำสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ และอุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูความทรงจำ

1.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองในการทำวิจัยครั้งนี้ โดย

1.2.1 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยคลินิกจิตเวชและคลินิกโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลเพื่อเข้าฝึกการส่งเสริมการรับรู้ความจริงอย่างถูกต้องจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ จนมีความชำนาญสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

1.2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้ารับการฝึกอบรมการส่งเสริมการรับรู้ความจริง จนกระทั่งสามารถให้การส่งเสริมการรับรู้ความจริงได้อย่างชำนาญ

1.3 ผู้วิจัยนำแผนการทดลอง ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังได้รับอนุญาตให้ทำการทดลองและเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลองและใช้สถานที่ ต่อจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทวิทยามาแล้วอย่างน้อย 3 ปี และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1.4.1 แนะนำตัวผู้วิจัยแก่ผู้ช่วยวิจัยและแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง

1.4.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับบทบาทของผู้ช่วยวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยจะมีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ และทำการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยในวันแรกของการศึกษา และภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการแล้วในวันที่ 14 ของการทดลอง อธิบายเกี่ยวกับคู่มือการทบทวนความทรงจำ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการฟื้นฟูความจำแบบประเมินต่าง ๆ และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินพร้อมทั้งซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยต้องเข้าร่วมการฝึกการฟื้นฟูความจำร่วมกับผู้วิจัยด้วย

ขั้นที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทตึกธนาคารกรุงเทพระดับ 2 และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตึกมงกุฎเพชรรัตน์ ศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยตามที่ได้บันทึกไว้ และทำการทดสอบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้แบบประเมิน GOAT คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดย

2.1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วยและญาติ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2.1.3 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับญาติ และศึกษาจากเพิ่มประวัติผู้ป่วยพร้อมลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2.1.4 ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม จะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามปกติในเรื่อง การดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ในเรื่อง การได้รับประทานอาหารและยา การดูแลการขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย ตามแนวทางการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับญาติผู้ดูแลเช่นที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

2.1.5 ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำ โดยใช้ เครื่องมือแบบประเมิน GOAT ในวันที่ 1 และวันที่ 15 ของการเข้าร่วมวิจัย

2.1.6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบทุกขั้นตอน

2.2 กลุ่มทดลอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาททรวงอกและศีรษะชั้น 2 และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งได้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ทำการบันทึกไว้และทำการทดสอบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้แบบประเมิน GOAT หลังการนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และดำเนินการทดลองตามขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ป่วยและญาติ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลาในการทำการทดลอง และการทดสอบต่างๆในภาพรวม การพิทักษ์สิทธิ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

2.2.2 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2.2.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพด้านความจำของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมในการให้ความร่วมมือรวมทั้งความสามารถในการช่วยฟื้นฟูสภาพของญาติผู้ป่วย

2.2.4 ทำการรวบรวมและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2.5 ผู้วิจัยดำเนินการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำตามโปรแกรมฯ ที่ได้เตรียมไว้ทำการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม ถ้ามีญาติอยู่ด้วยจะทำการฟื้นฟูสภาพโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วย โดยผู้วิจัยทำการสอนการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำให้ญาติดู และทำการสอนการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำตามโปรแกรมฯ ให้แก่ญาติในวันแรก พร้อมทั้งแจกคู่มือการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำแก่ญาติผู้ป่วย ขั้นตอนในการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับตามกิจกรรมดังต่อไปนี้คือ

วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติ สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วย

ใกล้ชิด สถานที่ที่คุ้นเคย สิ่งของ/รูปภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือเห็นเป็นประจำก่อนได้รับบาดเจ็บ ประเมินระดับการสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้เครื่องมือคือแบบประเมิน GOAT และประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำของผู้ป่วยโดยการสังเกตพฤติกรรม รวมทั้งประเมินความสามารถและความร่วมมือของญาติในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำของผู้ป่วย

วันที่ 2 ผู้วิจัยเริ่มทำการฟื้นฟูสภาพ โดยการกระตุ้นสิ่งที่ยากก่อนและกระตุ้นสิ่งที่ซับซ้อนเป็นลำดับต่อมา คือ ผู้วิจัยทำการกระตุ้นความจำด้านบุคคล ได้แก่ การบอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน และบุคลากรในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยบอกเล่าชื่อของผู้ป่วย และบุคคลต่าง ๆ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูความจำ อันได้แก่ รูปถ่ายของผู้ป่วย ญาติ เพื่อน บุคคลใกล้ชิด และบุคคลที่มาเยี่ยมผู้ป่วย พร้อมการบรรยายประกอบภาพ ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร จำได้หรือไม่ และบอกชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกันไปมา

วันที่ 3 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมาทำการฟื้นฟูความจำด้านวัน โดยถามวัน เดือน ปีที่เป็นปัจจุบัน ถามวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย และบอกข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ ใช้การถามตอบซ้ำ ๆ ฝึกการดูปฏิทินเกี่ยวกับวันที่สำคัญของผู้ป่วย หรือวันที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น วันเกิด วันแต่งงาน วันหยุดนักขัตฤกษ์สำคัญ ๆ ต่าง ๆ โดยใช้อุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูสภาพ บอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถาม และตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน

วันที่ 4 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และเริ่มกระตุ้นความจำด้านเวลา โดยให้ผู้ป่วยฝึกการดูแลเวลา เริ่มด้วยการบอกเล่าอย่างง่าย ๆ เช่น การบอกเวลาเช้า เวลากลางวัน เวลาเย็น และเวลากลางคืน แล้วค่อยๆบอกเวลาที่ยากขึ้น ได้แก่ การบอกวัน สัปดาห์ เดือน และปี ต่อจากนั้น ฝึกให้ผู้ป่วยดูนาฬิกา ฝึกการดูเวลาและตั้งเวลาต่าง ๆ รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้อุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูสภาพด้วย และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำๆสลับกัน

วันที่ 5 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และทำการฟื้นฟูความจำด้านสถานที่ โดยการบอกเล่าอย่างง่าย ๆ /ดูภาพสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยรู้จักหรือคุ้นเคย บ้าน สถานที่ทำงาน บอกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน ชื่อโรงพยาบาล ชื่อหอผู้ป่วย เป็นต้น บอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถาม และตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน ฝึกการจำตำแหน่งต่าง ๆ โดยการวางไฟชนิตต่างๆให้ผู้ป่วยดูและจับคู่ไฟ เพิ่มจำนวนไฟขึ้นเรื่อย ๆ

วันที่ 6 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และทำการฟื้นฟูความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ฝึกการสนทนาโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยการนำสิ่งของต่างๆถามผู้ป่วยว่าคืออะไร ความจำเกี่ยวกับสิ่งของที่เห็น/ใช้ในชีวิตรประจำวัน โดย

การให้ดูสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตรประจำวัน ให้ดูรูปที่ผู้ป่วยเคยเห็น เช่น รูปสัตว์เลี้ยง รูปดอกไม้ เป็นต้น ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน

วันที่ 7 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และทำการฝึกการใช้เหตุผลโดยนำสิ่งของต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยเลือก ถามเหตุผลในการเลือก เพิ่มจำนวนขึ้นและชนิดของสิ่งของ ฝึกการให้เหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ บอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน

วันที่ 8-14 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา
วันที่ 1 และวันที่ 15 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการฟื้นฟูด้านความจำ โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบประเมิน GOAT

ผู้วิจัยทำการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำตามโปรแกรมเป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงทุกวัน ฟื้นฟูวันละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 14 วัน แต่ละกิจกรรมในโปรแกรมมีขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพจากระดับง่ายไปยาก โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำขณะอยู่โรงพยาบาล

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบทุกขั้นตอน

ขั้นที่ 3 ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้เครื่องมือคือแบบประเมิน GOAT ในวันที่ 1 ซึ่งเป็นการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ และวันที่ 15 ของการเข้าร่วมวิจัยซึ่งผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้แบบซ้ำ ๆ แล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และแสดงความขอบคุณในการให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองของงานวิจัยครั้งนี้โดยหลังการฟื้นฟูความทรงจำให้ผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้วิจัยทบทวนการฟื้นฟูความทรงจำที่ได้ฟื้นฟูไปแล้วโดยรวม โดยการถามคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ฟื้นฟูไปแล้วร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในการจดจำสิ่งต่าง ๆ เพื่อประเมินย้อนกลับการฟื้นคืนความจำจากภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บของผู้ป่วยในแต่ละวัน

ซึ่งจากการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่าในวันแรกของการเข้าร่วมวิจัย ญาติผู้ป่วยให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับประกอบการฟื้นฟูสภาพเป็นอย่างดี ญาติผู้ป่วยตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยทุกคน เมื่อทำการสอน

ญาติผู้ป่วยในการฟื้นฟูความทรงจำ ญาติผู้ป่วยให้ความสนใจในการทำกิจกรรม มีการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ หลังสิ้นสุดการสอนญาติผู้ป่วยสามารถให้การฟื้นฟูความทรงจำตามแบบแผนได้อย่างถูกต้องทั้งหมด

วันที่ 2 เริ่มทำการฟื้นฟูความจำด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจำชื่อและนามสกุลของตนเองได้ แต่ไม่สามารถจำชื่อของบุคคลรอบข้างได้ ในผู้ป่วยที่มีระดับการรู้คิดอยู่ในระดับ 5 คือตอบสนองไม่เหมาะสม จะสามารถให้การฟื้นฟูได้ไม่เกิน 30 นาที หลังจากนั้นผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือ ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการรู้คิดอยู่ในระดับ 6 และ 7 จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพนานกว่า หลังจากจบกระบวนการฟื้นฟูความจำทำการประเมินย้อนกลับผู้ป่วยสามารถจำชื่อบุคคลที่พูดคุยได้ แต่จำบุคคลที่เป็นรูปถ่ายได้บางส่วน

วันที่ 3 ทำการทบทวนความจำด้านบุคคล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะจำชื่อตนเองได้ ชื่อที่ได้ฟื้นฟูไปแล้วสามารถจำได้บางส่วน ต่อจากนั้นดำเนินการฟื้นฟูความจำด้านวัน โดยฝึกการดูปฏิทินซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกวันในปฏิทินได้ถูกต้อง แต่เมื่อถามวันต่าง ๆ โดยไม่มีปฏิทินจะจำไม่ได้

วันที่ 4 ทำการทบทวนความจำด้านบุคคล และด้านวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะจำสิ่งที่ได้ฟื้นฟูไปแล้วได้บางส่วน สิ่งที่ได้ฟื้นฟูไปแล้วต้องทำการทบทวนใหม่ จะมีความจำด้านบุคคลมากกว่าด้านวัน ต่อจากนั้นดำเนินการฟื้นฟูความจำด้านเวลา โดยการถามเวลาผู้ป่วย และฝึกการดูและตั้งนาฬิกา ในการปฏิบัติครั้งแรกผู้ป่วยยังไม่สามารถจำได้ แต่เมื่อมีการทบทวนซ้ำ ๆ จะสามารถดูนาฬิกาได้ถูกต้องขึ้น

วันที่ 5 ทำการทบทวนความจำด้านบุคคล ด้านวัน และด้านเวลา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะจำสิ่งที่ได้ฟื้นฟูไปแล้วได้บางส่วน ต้องทำการทบทวนใหม่ ต่อมาทำการฟื้นฟูความจำด้านสถานที่โดยการดูรูปภาพสถานที่ต่าง ๆ และให้ผู้ป่วยจำตำแหน่งโดยการฝึกจับคู่ตำแหน่งของไฟที่เหมือนกัน ผู้ป่วยให้ความสนใจในการดูรูปภาพสถานที่ที่คุ้นเคยมากกว่าการฝึกการจับคู่ตำแหน่งของไฟ ความสนใจของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระดับการรู้คิดของผู้ป่วยด้วย ผู้ที่มีระดับการรู้คิดอยู่ในระดับ 5 นั้นผู้ป่วยยังคงนอนเป็นส่วนใหญ่ต้องมีการกระตุ้นในการทำกิจกรรม และให้การชี้แนะมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการรู้คิดอยู่ในระดับที่ 6 และ 7

วันที่ 6 ทำการทบทวนความจำด้านบุคคล ด้านวัน ด้านเวลา และด้านสถานที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความจำด้านบุคคลดีขึ้น โดยจะจำบุคคลที่อยู่ในรูปถ่ายได้มากขึ้น ด้านวันและเวลาผู้ป่วยยังสับสนค่อนข้างมาก ต่อมาทำการฟื้นฟูความจำด้านการใช้เหตุผลโดยการให้ผู้ป่วยเลือกลีโง่งของที่คุ้นเคย แล้วให้เหตุผลในการเลือกผู้ป่วยจะให้ความสนใจกับอุปกรณ์ที่ใช้ฟื้นฟูความจำมาก และมีความพยายามในการนึกทบทวนว่าคืออะไร และใช้ทำอะไร ผู้ป่วยจะให้ความสนใจอุปกรณ์ที่เป็นรูปร่างจริงหรือเหมือนจริงมากกว่าสิ่งของในรูปถ่าย

วันที่ 7 ทำการทบทวนความจำด้านบุคคล ด้านวัน ด้านเวลา ด้านสถานที่และด้านการใช้เหตุผล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีการถามอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังคงสามารถจำได้บางส่วน ส่วนใหญ่ ความจำด้านบุคคล และด้านสถานที่จะสามารถจำได้มากกว่าความจำด้านวัน เวลา และการใช้เหตุผล ต่อมาทำการทบทวนความจำด้านภาษาในการสื่อสาร ซึ่งการฟื้นฟูโดยการสนทนา กระตุ้นการตอบคำถามเกี่ยวกับสิ่งรอบตัวนั้น ขณะที่ทำการฟื้นฟูความจำร่วมกับญาติผู้ป่วยจะให้ความสนใจมากกว่าที่จะสนทนากับผู้วิจัยอย่างเดียว ผู้ป่วยบางรายยังมีการพูดสับสนอยู่แต่พฤติกรรม การแสดงออกไม่มีความรุนแรง

วันที่ 8-14 ทำการทบทวนกิจกรรมต่างๆที่ได้ฟื้นฟูมาแล้วซ้ำ ๆ ทุกวัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีความจำดีขึ้น ความสามารถด้านความจำเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปโดยผู้ป่วยจะมีความจำด้านบุคคล ด้านสถานที่ การให้เหตุผลและการสื่อสารดีกว่าความจำด้านวันและเวลา ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงทุกวันทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูความจำได้ยากขึ้น ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีระดับการรู้คิดดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับการรู้คิดอยู่ในระดับ 5 จะมีความสนใจมากขึ้น มีพฤติกรรมสงบ มีสมาธิดีขึ้นสามารถให้ การฟื้นฟูความจำได้นานขึ้น

จากการวิจัยญาติมีส่วนสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจะให้ความสนใจมากขึ้นเมื่อมีญาติที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่ด้วย จากการวิจัยครั้งนี้มีญาติของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 รายที่เข้าร่วมการ ฟื้นฟูความจำกับผู้วิจัยครบทุกวัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยในขั้นตอนดำเนินการผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและญาติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อผู้แทนที่ถูกต้องตามกฎหมายของกลุ่มตัวอย่างเข้าใจคำชี้แจงทั้งหมด และตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (Dependent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ ดำเนินการวิจัยโดยเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 6 และตารางที่ 7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงไว้ในตารางที่ 8-9 และภาพที่ 1-2

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงไว้ในตารางที่ 10 และแสดงในภาพที่ 3-4

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ศาสนา

	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	70	14	70	28	70
หญิง	6	30	6	30	12	30
อายุ						
18-25 ปี	7	35	6	30	13	32.5
26-33 ปี	5	25	5	25	10	25
34-41 ปี	4	20	4	20	8	20
42-49 ปี	4	20	5	25	9	22.5
	X = 31.55, SD= 9.41		X = 32.60, SD=9.46		X = 32.08, SD=9.33	
สถานภาพสมรส						
คู่	7	35	6	30	13	32.5
โสด	8	40	6	30	14	35
หม้าย	2	10	2	10	4	10
แยกกันอยู่	3	15	0	0	3	7.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	2	10	2	5
ประถมศึกษา	6	30	5	25	11	27.5
มัธยมศึกษา	4	20	2	10	6	15
อนุปริญญา	4	20	3	15	7	17.5
ปริญญาตรี	5	25	8	40	13	32.5
อื่นๆ	1	5	0	0	1	2.5

ตารางที่ 6 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(N=20)		(N=20)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
รับจ้าง	4	20	6	30	10	25
ค้าขาย	4	20	2	10	6	15
รับราชการ	5	25	4	20	9	22.5
แม่บ้าน	1	5	2	10	3	7.5
นักศึกษา	4	20	2	10	6	15
อื่นๆ	2	10	4	20	6	15
ศาสนา						
พุทธ	19	95	17	85	36	90
อิสลาม	1	5	2	10	3	7.5
คริสต์	0	0	1	5	1	2.5

จากตารางที่ 6 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุ อยู่ในช่วง 18-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 โดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองซึ่งอยู่ในช่วง 18-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 30 โดยส่วนใหญ่มีสถานะภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 35 ระดับการศึกษาส่วนมากคือระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 32.5 แต่ในกลุ่มทดลองส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มควบคุมส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25 แต่ในกลุ่มทดลองส่วนมากมีอาชีพรับราชการคิดเป็นร้อยละ 25 กลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค ระดับคะแนนความรู้สึก (Glasgow coma scale) ระดับการรู้คิด และการรักษา

	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ						
อุบัติเหตุจากการจราจร	10	50	10	50	20	50
ถูกทำร้ายร่างกาย	3	15	4	20	7	17.5
ตกจากที่สูง	4	20	3	15	7	17.5
อื่นๆ	3	15	3	15	6	15
ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ						
Frontal lobe	2	10	2	10	4	10
Temporal lobe	4	20	4	20	8	20
Parietal lobe	1	5	1	5	2	5
Frontotemporal	5	25	5	25	10	25
Temporoparietal	3	15	3	15	6	15
Frontotemporoparietal	5	25	5	25	10	25
การวินิจฉัยโรค						
Subdural hematoma	7	35	7	35	14	35
Epidural hematoma	3	15	3	15	6	15
Intracerebral hematoma	3	15	6	30	9	22.5
Subarachnoid hemorrhage	1	5	1	5	2	5
Cerebral contusion	6	30	3	15	9	22.5
การรักษา						
ได้รับการผ่าตัด	16	80	16	80	32	80
ไม่ได้รับการผ่าตัด	4	20	4	20	8	20

ตารางที่ 7 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (N=20) จำนวน ร้อยละ		กลุ่มควบคุม (N=20) จำนวน ร้อยละ		รวม จำนวน ร้อยละ	
ระดับ Glasgow coma scale						
หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ						
9	2	10	4	20	6	15
10	6	30	4	20	10	25
11	4	20	6	30	10	25
12	5	25	3	15	8	20
13	1	5	3	15	4	10
14	2	10	0	0	0	5
ระดับการรู้คิด						
ตอบสนองไม่เหมาะสม	4	20	4	20	8	20
ตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม	10	50	10	50	20	50
ตอบสนองอัตโนมัติแต่เหมาะสม	6	30	6	30	12	30
ชนิดของการสูญเสียความทรงจำ						
Retrograde amnesia	2	10	2	10	4	10
Anterograde amnesia	3	15	3	15	6	15
รวมทั้ง 2 ชนิด	15	75	15	75	30	75

จากตารางที่ 7 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่าสาเหตุของการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมากเกิดจากอุบัติเหตุจราจร คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ ถูกทำร้ายร่างกายและตกจากที่สูงคิดเป็นร้อยละ 17.5 เท่ากัน สาเหตุอื่น ๆ คือ จากการลื่นหกล้ม ถูกของหนักตกใส่ศีรษะ และเกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 15 ตำแหน่งที่เกิดบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนมาก คือ Frontotempoparietal และ Frontotemporal คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Subdural hematoma คิดเป็นร้อยละ 35 และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 80 ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้คะแนน Glasgow coma scale ของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับคะแนน Glasgow coma scale เท่ากับ 10 และ

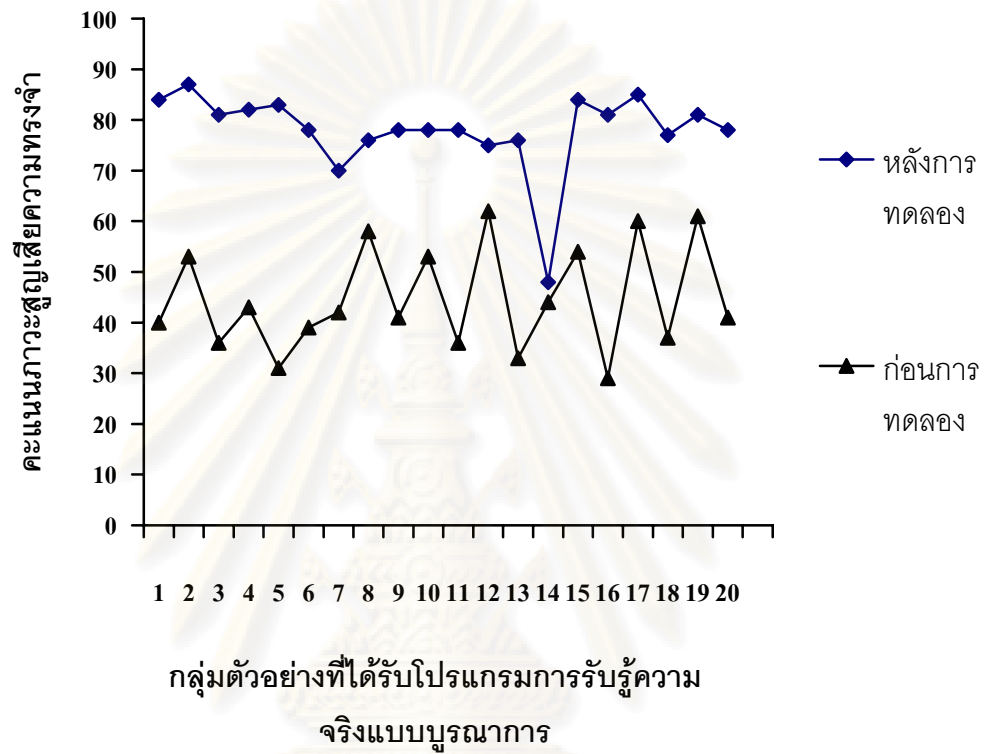
11 คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรู้คิดในวันที่ทำการศึกษา คือ ตอบสนองสับสนแต่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีภาวะสูญเสียความทรงจำ ทั้งแบบ Retrograde amnesia และ Anterograde amnesia คิดเป็นร้อยละ 75

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ

คะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลัง บาดเจ็บที่ศีรษะ	\bar{X}	SD	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	45.55	10.46	-11.89	.000
หลังการทดลอง	78.00	8.19		

จากตารางที่ 8 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการเท่ากับ 45.55 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการเท่ากับ 78.00 คะแนน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำสูงกว่าก่อนการทดลอง นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการมีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะน้อยกว่าก่อนการทดลอง



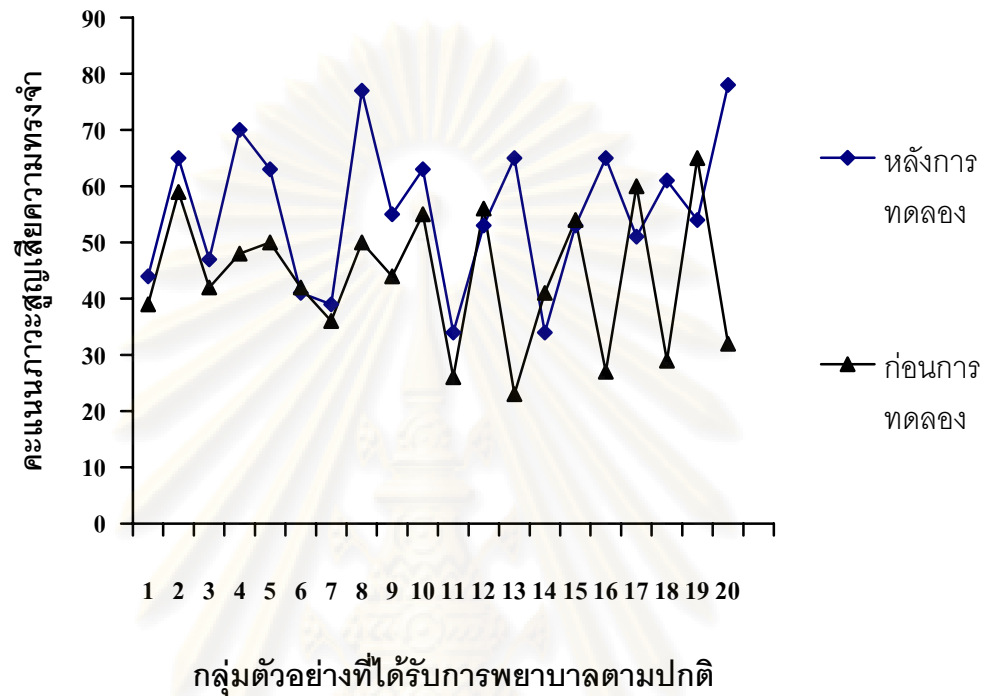
ภาพที่ 1 รูปภาพแสดงการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการทดลอง	\bar{X}	SD	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	43.90	12.36	-3.048	.007
หลังการทดลอง	55.60	13.06		

จากตารางที่ 9 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประกอบการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 43.90 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 55.60 คะแนน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำสูงกว่าก่อนการทดลอง นั่นคือกลุ่มควบคุมมีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดที่ศีรษะน้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ



ภาพที่ 2 รูปภาพแสดงการเปรียบเทียบคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ความต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสูญเสียความทรงจำระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

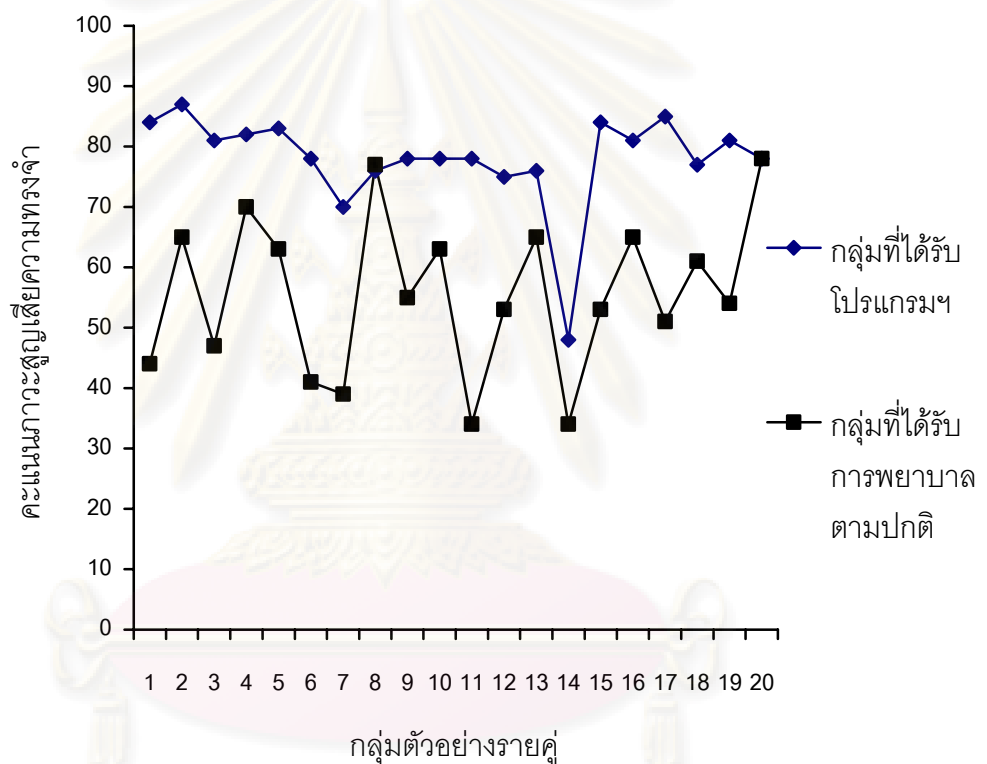
เมื่อกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม จึงได้นำคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำมาหาความแตกต่างของคะแนนหลังการทดลองและก่อนการทดลอง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

ตารางที่ 10 แสดงความต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำระหว่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ความต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ	\bar{X}	SD	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง	32.45	12.21	4.405	.000
กลุ่มควบคุม	11.70	17.17		

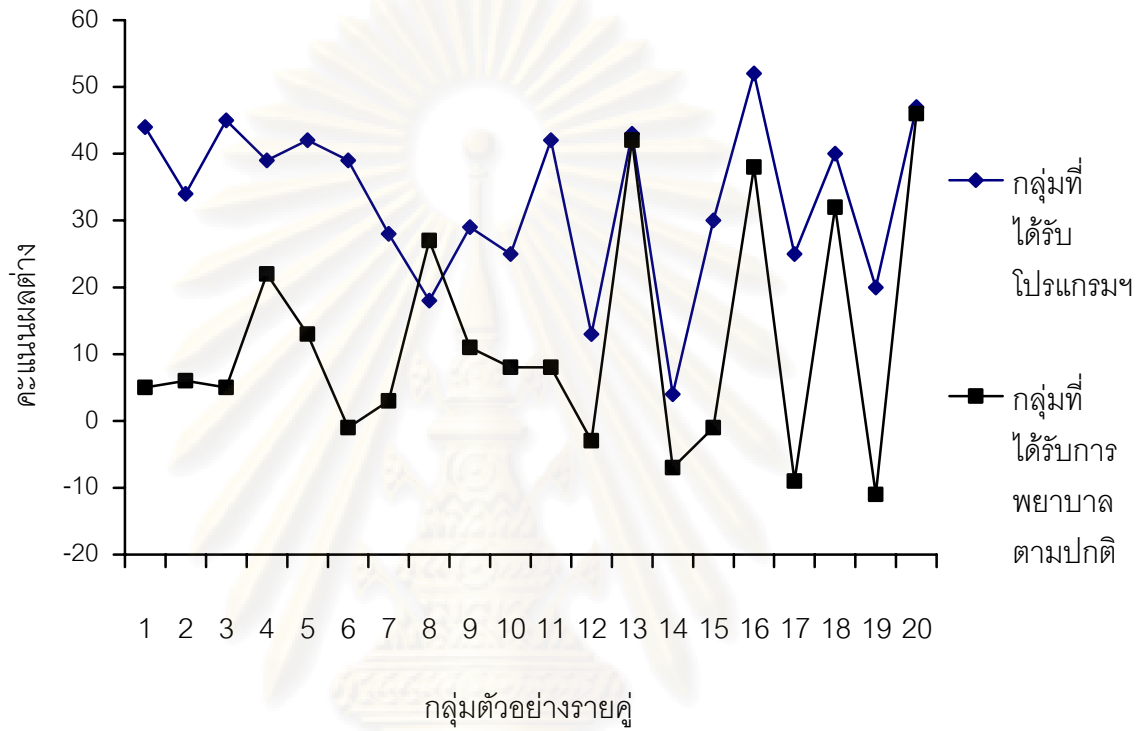
จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองเท่ากับ 32.45 คะแนน และในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.70 คะแนนเมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนการสูญเสียความทรงจำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.000$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการมีความต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความต่างพบว่ามีความเป็นบวก คือ มีการ

เพิ่มของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำ นั่นคือ การให้โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการสามารถทำให้ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะมีการฟื้นฟูสภาพใกล้เคียงกับปกติมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ภาวะสูญเสียความทรงจำในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ภาพที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 4 แสดงผลต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริง
 แบบบูรณาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ
2. ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลรับรู้ความจริงแบบบูรณาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทตึกนาคกรุงเทพ ชั้น 2 และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40

คน ตามแนวคิดของ Polit & Hungler (1999: 292) โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. มีอายุระหว่าง 18-50 ปี
2. ระดับ Glasgow coma scale หลังการบาดเจ็บเท่ากับ 9-14 คะแนน
3. เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด
4. เป็นผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพที่มีระดับการรู้คิดที่ได้จากการประเมิน Rancho Los Amigo Scale of Cognitive Levels อยู่ในระดับที่ 5-7
5. ผู้ป่วยไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน หรือการมองเห็น ไม่มีปัญหาด้านความจำก่อนการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งได้ข้อมูลจากทะเบียนประวัติเดิมของผู้ป่วยร่วมกับการซักถามข้อมูลจากญาติผู้ป่วย
 - 5.1 ได้รับการยินยอมให้ร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จากญาติผู้ป่วยที่มีสิทธิชอบธรรมตามกฎหมาย
 - 5.2 ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท ไม่มีพฤติกรรมและอารมณ์รุนแรง
 - 5.3 ไม่มีความพิการทางสติปัญญาตั้งแต่กำเนิด
 - 5.4 ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
 - 5.5 ไม่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่มีญาติ หรือไม่ทราบชื่อและนามสกุล

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพไม่คงที่ เช่น ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ การหายใจเร็วหรือช้ากว่าปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

- 1.1 โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการที่สร้างตามแนวคิด Reality Orientation ของ Thomas และคณะ (2003) จาก Traumatic Brain Center injury Program, McGill University Health Science Center ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

- 1.2 คู่มือการทบทวนความทรงจำ

- 1.3 แผนการสอบญาติในการทบทวนความทรงจำ
- 1.4 อุปกรณ์ในการฟื้นฟูความทรงจำ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบประเมิน The Galveston Orientation and Amnesia test (GOAT)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาททรวงอกกรุงเทพชั้น 2 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตึกมงกุฎเพชรรัตน์ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือจากญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีสิทธิโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยซักถามปัญหา และตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดคุณสมบัติที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุดตามลักษณะอายุ ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ การได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ระดับการรู้คิด ระดับคะแนนการสูญเสียความทรงจำ และชนิดของการสูญเสียความทรงจำ

2. ดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 2.1 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามปกติในเรื่อง การดูแลในการป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ในเรื่อง การได้รับประทานอาหารและยา การดูแลการขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย ตามแนวทางการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับญาติผู้ดูแลเช่นที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

- 2.2 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ร่วมกับได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ ดังนี้คือ

- วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติ สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด สถานที่ที่คุ้นเคย สิ่งของ/รูปภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือเห็นเป็นประจำก่อนได้รับบาดเจ็บ ประเมินระดับการ

สูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้เครื่องมือคือแบบประเมิน GOAT และประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำของผู้ป่วยโดยการสังเกตพฤติกรรม รวมทั้งประเมินความสามารถและความร่วมมือของญาติในการฟื้นฟูสภาพด้านความทรงจำของผู้ป่วย

วันที่ 2 ผู้วิจัยเริ่มทำการฟื้นฟูสภาพ โดยการกระตุ้นสิ่งที่ยากก่อนและกระตุ้นสิ่งที่ซับซ้อนเป็นลำดับต่อมา คือ ผู้วิจัยทำการกระตุ้นความจำด้านบุคคล ได้แก่ การบอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน และบุคลากรในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยบอกเล่าชื่อของผู้ป่วย และบุคคลต่างๆ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูความจำ อันได้แก่ รูปถ่ายของผู้ป่วย ญาติ เพื่อน บุคคลใกล้ชิด และบุคคลที่มาเยี่ยมผู้ป่วย พร้อมการบรรยายประกอบภาพ ถามผู้ป่วยว่าเป็นใคร จำได้หรือไม่ และบอกชื่อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกันไปมา

วันที่ 3 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา ทำการฟื้นฟูความจำด้านวัน โดยถามวัน เดือน ปีที่เป็นปัจจุบัน ถามวันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย และบอกข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยจำไม่ได้ ใช้การถามตอบซ้ำ ๆ ฝึกการดูปฏิทินเกี่ยวกับวันที่สำคัญของผู้ป่วย หรือวันที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น วันเกิด วันแต่งงาน วันหยุดนักขัตฤกษ์สำคัญ ๆ ต่าง ๆ โดยใช้อุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูสภาพ บอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน

วันที่ 4 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และเริ่มกระตุ้นความจำด้านเวลา โดยให้ผู้ป่วยฝึกการดูเวลา เริ่มด้วยการบอกเล่าอย่างง่าย ๆ เช่น การบอกเวลาเช้า เวลากลางวัน เวลาเย็น และเวลากลางคืน แล้วค่อย ๆ บอกเวลาที่ยากขึ้น ได้แก่ การบอกวัน สัปดาห์ เดือน และปี ต่อจากนั้น ฝึกให้ผู้ป่วยดูนาฬิกาทั่วไป หรือนาฬิกาดิจิตอล ฝึกการดูเวลาและตั้งเวลาต่าง ๆ รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้อุปกรณ์ประกอบการฟื้นฟูสภาพด้วย และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน

วันที่ 5 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และทำการฟื้นฟูความจำด้านสถานที่ โดยการบอกเล่าอย่างง่าย ๆ /ดูภาพสถานที่ต่างๆ ที่ผู้ป่วยรู้จักหรือคุ้นเคย บ้าน สถานที่ทำงาน บอกถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน ชื่อโรงพยาบาล ชื่อหอผู้ป่วย เป็นต้น บอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน ฝึกการจำตำแหน่งต่าง ๆ โดยการวางไฟชนิดต่างๆ ให้ผู้ป่วยดูและจับคู่ไฟ เพิ่มจำนวนไฟขึ้นเรื่อยๆ

วันที่ 6 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และทำการฟื้นฟูความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ฝึกการสนทนาโดยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยการนำสิ่งของต่างๆ มาถามผู้ป่วยว่าคืออะไร ความจำเกี่ยวกับสิ่งของที่เห็น/ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการให้ดูสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ดูรูปที่ผู้ป่วยเคยเห็น เช่น รูปสัตว์เลี้ยง รูปดอกไม้ เป็นต้น ถามผู้ป่วยว่าคืออะไร และบอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถามและตอบผู้ป่วยซ้ำ ๆ สลับกัน

วันที่ 7 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา และทำการฝึกการใช้เหตุผลโดยนำสิ่งของต่าง ๆ มาให้ผู้ป่วยเลือก ถ้ามเหตุผลในการเลือก เพิ่มจำนวนขึ้นและชนิดของสิ่งของ ฝึกการให้เหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ บอกคำตอบที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้ง ถ้ามและตอบผู้ป่วยซ้ำๆสลับกัน

วันที่ 8-14 ทำการทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านความจำที่ผ่านมา

วันที่ 1 และวันที่ 15 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับการฟื้นฟูด้านความจำ โดยใช้เครื่องมือคือแบบประเมิน GOAT

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที่ (Dependent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที่ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการพยาบาลตามปกติสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนความต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบำบัดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้

ความจริงแบบบูรณาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปเป็นผลการวิจัยคือ

1. ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำสูงกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองทุกคน นั่นคือ ความสามารถในการระลึกความจำต่างๆของผู้ป่วยดีขึ้นมีภาวะสูญเสียความทรงจำน้อยลง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสามารถจำชื่อของตนเองได้ถูกต้อง ในคนที่ 14 มีคะแนนสูญเสียความทรงจำสูงขึ้นน้อยที่สุดคือ 4 คะแนนเนื่องจากผู้ป่วยมีตำแหน่งการบาดเจ็บเป็นบริเวณกว้างคือบริเวณ Frontotemporoparietal หลังได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีอาการสับสนอยู่ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีก้อนเลือดหลงเหลืออยู่ที่บริเวณ temporal ทำให้การฟื้นฟูด้านความจำเป็นไปได้ค่อนข้างช้า หลังการทดลองผู้ป่วยยังคงมีภาวะสูญเสียความทรงจำอยู่มีคะแนน GOAT หลังการทดลองเท่ากับ 48 คะแนน ส่วนคนที่ 3 มีคะแนนสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ 45 คะแนน หลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำคะแนน GOAT เท่ากับ 81 คะแนน ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำดีขึ้น แต่มีผู้ป่วยอยู่ 6 รายที่มีคะแนนสูญเสียความทรงจำลดลง โดยคนที่ 1 คะแนน GOAT ลดลงน้อยที่สุด คือ

1 คะแนน คนที่ 19 คะแนน GOAT มีคะแนนลดลงมากที่สุดคือ 11 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ตำแหน่ง Temporoparietal เป็นบริเวณกว้าง ระยะเวลาที่อยู่ในระยะหมดสติก่อนเข้าสู่ระยะฟื้นคืนสภาพนาน หลังการผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนคือมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ส่วนผู้ป่วยคนที่ 20 คะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ 46 คะแนนหลังได้รับการพยาบาลตามปกติครบ 14 วันแล้วไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลงเหลืออยู่ คะแนน GOAT หลังการทดลองเท่ากับ 78 คะแนน

โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการเป็นรูปแบบกิจกรรมการฟื้นคืนความจำให้กับผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูด้านอัตชีวประวัติส่วนบุคคล วัน เวลา สถานที่ บุคคลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยการฟื้นฟูความจำด้านการใช้เหตุผล และฟื้นฟูความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน และให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูด้านต่าง ๆ นั้นเน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย หรือรู้จักมาก่อน และให้การฟื้นฟูเป็นระยะเวลา 14 วัน ซึ่งจากการวิจัยที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า การฟื้นฟูสภาพของสมองหรือการซ่อมแซมตัวเองอย่างสมบูรณ์ของระบบประสาทส่วนกลางจะเป็นไปได้ยากและช้ามาก แต่การส่งเสริมสภาพด้านการกระตุ้นประสาทรับรู้สิ่งในสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น รูปภาพหรือวัตถุที่ผู้ป่วยคุ้นเคยเป็นสิ่งที่มีความหมาย ทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองเฉพาะเจาะจง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้เร็วขึ้น และจากการได้รับการฟื้นฟูติดต่อกันทุกวันเป็นระยะเวลา 14 วัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kathleen Leach และคณะ (2006) ที่กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพด้านความจำของผู้ป่วยระหว่างที่เกิดการสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องกระทำอย่างเป็นขั้นตอน โดยจะต้องฟื้นฟูด้านอัตชีวประวัติส่วนบุคคล วัน เวลา สถานที่ ภายใต้อาณาเขตที่คุ้นเคย ใช้การถามซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง (multiple repetitions) การฟื้นคืนของความจำจะมีรูปแบบที่แน่นอน และการศึกษาของ John Corrigan และคณะ (1985) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีความบกพร่องในด้านการปรับตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล และมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม จึงควรได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความจริง โดยการบอกเล่าเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ทบทวนความจำที่เคยมีอยู่แต่ถูกลืมระหว่างเกิดการบาดเจ็บ และให้ข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้ในสิ่งใหม่ ๆ

เมื่อพิจารณาถึงโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด Reality Orientation ของ Thomas และคณะ (2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการฟื้นสภาพด้านความจำดีขึ้น ภาวะสูญเสียความทรงจำที่เกิดกับผู้ป่วยดีขึ้น จากการพิจารณาระดับการรู้คิดจะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิด (The Rancho Levels of Cognitive Function) อยู่

ในระดับ 6 ซึ่งมีการตอบสนองที่สับสนแต่เหมาะสม การทำการทบทวนความจำในระยะแรก จำเป็นต้องทำการฟื้นฟูที่ละด้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีสมาธิสั้น จากการทำวิจัยครั้งนี้ในวันแรกถึงวันที่ 7 เมื่อผู้วิจัยได้ทำการทบทวนความจำให้กับผู้ป่วยจะต้องเรียกบ่อย ๆ ผู้ป่วยจะไม่สบตากับผู้วิจัย ขณะสนทนา นอนเป็นส่วนใหญ่ การทบทวนความจำใช้เวลาประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจำบุคคลต่าง ๆ ได้ ต้องมีการบอกย้ำซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง ซึ่งตรงกับ การศึกษาของวันนา จินดาเพิ่ม (2551) พบว่าการให้การกระตุ้นด้านการสื่อสารในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะที่มีระดับการคิดรู้ในระดับที่มีการตอบสนองสับสนแต่เหมาะสมนั้น ผู้ป่วยจะไม่ให้ความสนใจ นอนเป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถบอกชื่อญาติที่กำลังสื่อสารด้วยได้ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Yuen and Benzinger (1996) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 54 ที่รอดชีวิต เมื่อ ฟื้นฟูสภาพจะมีความสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล สมาธิสั้น สูญเสียความจำระยะสั้น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ และกระตุ้นสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยทำการทบทวนความจำทุกด้านซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจะให้ความสนใจในการทบทวน มากขึ้นประมาณ 30 นาที แต่ลดลงเมื่อมีเสียงรบกวน เมื่อทำการทบทวนจนครบ 14 วัน ผู้ป่วย สามารถจำสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น ระดับการรู้คิดของผู้ป่วยอยู่ในระดับ 7 ถึง 8 ซึ่งมีการตอบสนอง อัตโนมัติแต่เหมาะสมและตอบสนองอย่างมีจุดมุ่งหมายและเหมาะสม คะแนนการสูญเสียความทรงจำเพิ่มขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ย 78 คะแนน

ในกลุ่มตัวอย่างพบว่าการระลึกความจำด้านบุคคลจะเป็นสิ่งแรกที่มีการฟื้นฟูสภาพ โดย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะสามารถบอกชื่อและนามสกุลของตนเองได้ แต่ความสามารถในการบอก ชื่อญาติ บุคคลใกล้ชิดยังไม่สามารถทำได้ครบถ้วน จำได้เป็นครั้งคราว การดูรูปภาพบุคคลที่ ใกล้ชิดบุคคลเดียวกัน แต่ภาพแตกต่างกันยังไม่สามารถแยกแยะได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บอกคำตอบที่ ถูกต้องให้เป็นผู้ใหญ่ แต่หลังจากได้รับการทบทวนความจำทุกวันจนครบ 14 วัน กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สามารถบอกชื่อบุคคลที่อยู่ในภาพถ่ายได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ Kathleen leach และ คณะ (2006) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสภาพด้านกระบวนการของความจำระหว่างที่เกิดการสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ประเมินเป็นรายข้อแต่ละประเด็นของการฟื้นฟูสภาพด้าน ความจำ และอธิบายหลักการของความจำสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการทำนายนายการฟื้นฟูสภาพ ประเด็นแรกคือการฟื้นฟูด้านอัตชีวประวัติส่วนบุคคล ประเด็นที่สองคือการฟื้นคืนที่ประกอบด้วย อายุ เวลา (เดือนหรือปี) ที่เป็นปัจจุบัน ที่สะท้อนถึงการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆที่เป็นความจำระยะยาว ประเด็นต่อมาคือการฟื้นคืนด้านวัน (day of the week) เวลา (time of day) สถานที่ (place of examination) ซึ่งสะท้อนถึงการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่ซ้ำซ้อน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และใช้ การถามซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง (multiple repetitions) ซึ่งจะพบว่ารูปแบบกระบวนการการฟื้นฟูสภาพ จะเริ่มจากการฟื้นฟูสภาพความจำด้านอัตชีวประวัติส่วนบุคคลเป็นอันดับแรก

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การทบทวนความจำโดยการใช้อุปกรณ์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความจำด้านวันได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาดูตามระยะเวลาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะบริเวณ Temporal lobe ที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ (disorientation) การใช้อุปกรณ์ช่วยในการเพิ่มการรับรู้ให้ผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับวันได้ดีขึ้น มีการแนะนำให้ติดอุปกรณ์ในห้องพักของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะฟื้นคืนสภาพด้วย (Thomas et al, 1998)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการสูญเสียความทรงจำดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำรายคู่ของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถฟื้นคืนความจำได้ดีกว่า คะแนนสูงกว่าแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียความทรงจำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ในกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 8 พบว่า คะแนน GOAT หลังการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนนผลต่างของกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง นั่นคือมีการฟื้นคืนของความจำดีกว่า เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ไม่ได้รับการผ่าตัดทำให้สมองได้รับการกระทบกระเทือนน้อย เมื่อได้รับบาดเจ็บอยู่ในระยะหมดสติค่อนข้างน้อยทำให้ความสามารถในการฟื้นคืนสภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการสูญเสียความทรงจำเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการจำในระยะที่ผู้ป่วยหมดสติ ทำให้มีการสูญเสียความทรงจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่มีการสูญเสียระดับความรู้สึก ทำให้ความสามารถด้านการฟื้นสภาพด้านความจำในผู้ป่วยที่หมดสติเป็นเวลานานจะใช้เวลาานกว่าผู้ป่วยที่สามารถฟื้นจากภาวะหมดสติได้เร็วกว่า (Cartlidge, Shaw and Kalbag, 1981) เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคู่ที่ 20 ที่พบว่าคะแนน GOAT หลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับกลุ่มควบคุม มีคะแนนผลต่างของกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง นั่นคือมีการฟื้นคืนของความจำดีกว่า เนื่องจากระยะเวลาที่อยู่ในระยะหมดสติหลังได้รับการบาดเจ็บสั้น เมื่อได้รับการผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัดสั้น ทำให้การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นรบกวนกระบวนการของความจำน้อย ทำให้ความสามารถในการฟื้นคืนสภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว

เมื่อพิจารณาคะแนนสูญเสียความทรงจำหลังการทดลองผู้ป่วยคู่อี 8 และ 20 ไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลงเหลืออยู่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างคู่อื่น ๆ พบว่าในกลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสิ้นซึ่งอธิบายได้ว่า การให้การทบทวนความจำของผู้ป่วยในวัน เวลา สถานที่ บุคคล การใช้เหตุผล การใช้ภาษาในการสื่อสาร โดยใช้หลักการการให้ข้อมูลซ้ำ ๆ ทำให้มีการฟื้นฟูความจำดีขึ้น เป็นไปตามแนวคิดทางประสาทสรีระวิทยาด้านความจำ และหลักการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกิดจากการเห็น การรับรู้ และการเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากความเคยชิน และการเรียนรู้ซ้ำ ๆ โดยต้องอาศัยประสาทรับความรู้สึกที่สำคัญ ได้แก่ การมองเห็น เป็นความจำชนิดความจำสัมผัสเข้าสู่กระบวนการการเข้ารหัส (Encoding of information) การเกิดความจำโดยอาศัยสมองส่วน cerebral cortex หลายบริเวณ เช่น frontal lobe, hippocampus, Amygdala, temporal cortex โดยมีการนำสัญญาณจากประสาทสัมผัสไปสู่สมอง มีการเข้ารหัส (Encode) ความจำต่าง ๆ โดยการสร้างทางเชื่อมระหว่างเซลล์ประสาทแต่ละเซลล์ เมื่อได้ระบบการเชื่อมต่อของความจำแต่ละความจำแล้วจะเก็บไว้เป็นหมวดหมู่และเก็บไว้ในส่วนต่าง ๆ ของกลีบสมองเมื่อมีการกระตุ้นที่เหมาะสมจะมีการไซรส์เข้าสู่ความทรงจำนั้น เก็บความจำระยะสั้นให้เป็นความจำระยะยาว (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย, 2545: 1020-1026; ภาตรี สุดทรงและวีระชัย สิงหนิยม, 2545: 447-451)

สมองที่ได้รับกระตุ้นข้อมูลจากโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ สมองจะถูกกระตุ้นโดยการทำงานของระบบ Reticular activation ที่รับสัญญาณประสาทนำเข้าจากสิ่งกระตุ้น ส่งสัญญาณผ่านสัญญาณประสาทต่อไปที่ cerebral cortex ทำให้มีการตอบสนองของเซลล์ประสาท โดยจะเกิดการจัดโครงสร้างใหม่หรือของอกใหม่ของเซลล์ประสาทส่วนแอกซอน (Axon) ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยการสร้างเส้นประสาทออกไปทุกทิศทาง มีผลกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาต่อเส้นประสาทส่วนที่ไม่ถูกทำลายสิ้นเชิง ยังสามารถส่งผ่านข้อมูลต่อกันได้ ร่วมกับการเรียนรู้ซ้ำ ๆ การให้ข้อมูลเดิม ๆ ระบบประสาทที่ทำหน้าที่ด้านความจำจะเก็บข้อมูลไว้ และสามารถระลึกได้ตามกระบวนการเกิดความจำ (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย, 2545: 1020-1026; ภาตรี สุดทรง และวีระชัย สิงหนิยม, 2545: 447-451)

ผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ จะมีภาวะสูญเสียความทรงจำในอดีตและ/หรือสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ จะช่วยฟื้นฟูความจำในส่วนที่ผู้ป่วยคุ้นเคยในอดีตและกระตุ้นให้มีการเรียนรู้ใหม่ และมีการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีการเคลื่อนที่ของคลื่นไฟฟ้าในสมองที่เกิดขึ้นภายใน cerebral cortex อย่างสม่ำเสมอและมีทิศทาง ส่งผลต่อความจำ การคงไว้ซึ่งข้อมูล (Storing) และการเรียกข้อมูลมาใช้ (retrieving information) และส่งผลต่อการฟื้นฟูด้านความจำให้มีการคืนสภาพใกล้เคียงเดิมมากที่สุด (กนกวรรณ ติลกสกุลชัยและชัยเลิศ พิษิตพรชัย, 2545: 1020-1026;

ราตรี สุตทรงและวีระชัย สิงหนิยม, 2545:447-451) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Guise และคณะ (2003) ที่ได้ทำการศึกษาประเมินผลของการบูรณาการโปรแกรม reality orientation ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงที่อยู่ระยะเฉียบพลัน ที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังได้รับการบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจะได้รับการกระตุ้นโดยถามและบอกเล่าเรื่องวัน เวลา สถานที่และบุคคล การจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ไม่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบ่อย ๆ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมไม่มีความแตกต่างของ Glasgow coma scale แต่ระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำสั้นลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ken, Leanne และ Gina (2001) ได้ทำการศึกษาลักษณะทั่วไปและการสั่งการของการฟื้นฟูสภาพด้าน orientation และการทำหน้าที่ด้านความจำระหว่างที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการบาดเจ็บและระยะเวลาของการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำ การทดสอบใช้ Consistency-of-Recovery และ Duration-to-Recovery index ผลการวิจัยพบว่า การฟื้นความจำด้านบุคคลจะฟื้นฟูได้เร็วกว่าการฟื้นฟูด้านเวลา สถานที่และความสามารถด้านการจำใบหน้าและชื่อ อย่างไรก็ตามรูปแบบของการทำหน้าที่ด้านความจำที่ต้องการการระลึกถึงใบหน้าและชื่อมากกว่าการจำภาพ 3 ภาพ

ในฐานะพยาบาลจึงควรเห็นความสำคัญของบทบาทด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้านความจำ ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งในสี่มิติทางการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นคืนสภาพเป็นปกติหรือใกล้เคียงได้อย่างเร็วขึ้น และพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้มีเป้าหมายอย่างชัดเจนเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการศึกษานี้พบว่า การใช้โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการ โดยการเพิ่มการรับรู้ด้วยการทบทวนฟื้นฟูความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล สนับสนุนการตอบสนองที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมด้วยการฟื้นฟูความจำด้านการใช้เหตุผล และความจำด้านการใช้ภาษา สามารถช่วยให้ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดีขึ้น มีกระบวนการฟื้นคืนความจำเร็วขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในที่มสุขภาพเห็นถึงความสำคัญของภาวะสูญเสียความทรงจำ และนำกระบวนการการฟื้นฟูความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล การใช้เหตุผล และการใช้ภาษาไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวันให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

2. ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการพยาบาลด้านการฟื้นฟูความจำ ตั้งแต่ระยะแรกหลังจากผู้ป่วยฟื้นคืนจากภาวะหมดสติ

3. ส่งเสริมใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยการพัฒนาให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Clinica pathway guideline or care maps) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

4. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยให้มากที่สุด เนื่องจากการฟื้นฟูความจำที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นคืนความจำเร็วขึ้น ซึ่งญาติผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะสั้นลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามประเมินผลการฟื้นคืนความจำโดยการเพิ่มการรับรู้ความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล การใช้เหตุผล และการใช้ภาษาในระยะยาว ร่วมกับการประเมินผล ความสามารถด้านการทำหน้าที่ ความสามารถในการกลับไปทำงาน และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในระยะยาว

2. เพิ่มการศึกษาวิจัยการฟื้นคืนความจำโดยการเพิ่มการรับรู้ความจำด้านวัน เวลา สถานที่ บุคคล การใช้เหตุผล และการใช้ภาษาร่วมทั้งระยะเวลาของภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการบาดเจ็บระดับรุนแรง Glasgow coma scale หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะน้อยกว่า 8

3. ศึกษารูปแบบการฟื้นคืนความจำโดยการใช้โปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการในระยะยาวจนกว่าผู้ป่วยจะหายขาดจากภาวะสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย. 2545. ประสาทสัมผัสพิเศษ. ใน สุพรพิมพ์
เจียสกุล สุพัตรา โลหีสิริวัฒน์ และวัฒนา วัฒนาภา(บรรณาธิการ). **สรวิทยา**.
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์
- กระทรวงสาธารณสุข. 2550. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง:แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ 10 ปี พ.ศ. 2550-2554**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://moph.go.th>
(25 มกราคม 2551)
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. 2439. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบาง
ประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทพร ธีรทองดี. 2548. **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาระการดูแล
ของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จเร ผลประเสริฐ. 2528. **ประสาทศัลยศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: เเยอร์บุ๊กพับลิชเชอร์.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร:
เทพเนรมิต.
- เดือนใจ เห่งจัน. 2542. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ**.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นครชัย เผื่อนปฐม. 2541. **บาดเจ็บที่ศีรษะ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง
เฮ้าส์.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. 2549. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการ
ทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- นภาภรณ์ กวางทอง. 2551. Dos & Don'ts :Nursing Management in Traumatic Brain Injury. ใน พีระ นาคลอบ, ธนกร เทียนศรี และเสรี เสน่ห์ลักษณะ (บรรณาธิการ), The NAT update 2008: Dos & Don'ts in Neurosurgery , หน้า 156-160.
กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นริรัตน์ นิลขำ. 2548. **ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พรนิภา เอื้อเบญจพล. 2547. **ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่รู้สึกตัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัตนา อยู่เปลว. 2543. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราตรี สุดทรวง และวีระชัย สิงหนิยม. 2545. **ประสาทสรีรวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ คุณนาภิรักษ์. 2547. **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ.**
กรุงเทพฯ: บุญศิริ การพิมพ์.
- วิภาวรรณ ลีลาสำราญ, 2546. การฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง. ใน สงวนสิน รัตนเลิศ (บรรณาธิการ). **บาดเจ็บที่ศีรษะ: การดูแลตามระบบคุณภาพWHA.** กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- วิลาวัลย์ ไชยวงศ์. 2548. **ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุ.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันนา จินดาเพิ่ม. 2551. **ผลของโปรแกรมกระตุ้นการสื่อสารต่อความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะอะเพเซีย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. 2549. **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.**
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์. 2550 . Care Management Team of Traumatic Brain Injury. ใน
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ **ประชุมวิชาการพยาบาลประจำปี 2550**
พัฒนาคุณภาพเรียบง่ายสไตล์จุฬาฯ, หน้า 46-60. วันที่ 14-15 พฤษภาคม 2550 ณ
อาคาร อปร.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล:ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร:
วี.เจ. พรินติ้ง.

สมภพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติไกร แก้วฉวีรังสี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และ
เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. 2536. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เรือน
แก้ว.

ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2550. **จำนวนและอัตรา**
ตายต่อประชากรแสนคน[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.nso.go.th./data>.
(25 มกราคม 2551).

สุดประนอม สมันตเวคิน, วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, วรณภา ชัยบุตร และดาไลต์ ทวีทรัพย์.
2543. **พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สุภา.

สุนี สุวรรณพสุ. 2551 . โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ กับผู้สูงอายุ. ใน ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ **ประชุมวิชาการพยาบาลประจำปี 2551 Value in**
Health:Holitic Approach Through the Lifespan, หน้า 155-173. วันที่ 1-2 พฤษภาคม
2551 ณ อาคาร อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

เอก หังสสุต. 2548. Pathophysiology of Head injury. ใน **เขาวนุช คงด้าน (บรรณาธิการ).**
ตำราศัลยศาสตร์ประยุกต์เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.

ภาษาอังกฤษ

Aimee, S., Stephen, D., Bob, W., and Mortin, O. 2000. Reality Orientation for dementia:
A Systematic rReview of the Evidence of Effectiveness from Randomized
Contralled Trials. **The Gerontologist**. 40(2): 206-212.

Baker, E. 2002. **Neuroscience nursing a spectrum of care**. 2nd ed. St Louis: Mosby.

Burns, N., and Grove, S. K. 1997. **The practice of nursing research: Conduct, critique**
and utilization. 3th ed. Philadelphia: W. B. Saunders.

Cartlidge, N. E. F., Shaw, D. A., Kalbag, R. M. 1981. **Head injury**. England: The
Lavenham press.

- David ,A. L. 2004. **Learning and Menory An Integrative Approach**. Canada : Vicki Knight.
- Davis, A. E., and White, J. J. 1995. Innovative sensory input for the comatose brain injured patient. **Critical Care Nursing Clinics of North America** 7(2): 351-361.
- Dywan, J., Segalowitz, S. J., Hendercon, D. and Jacoby, L. 1993. Memory for source after traumatic brain injury. **Brain injury and Cognition**. 21:20-43.
- Gardner, D. 1986. Acute management of the head- injury adult. **Nursing Clinics of North America** 21(4): 555-561.
- Guise, E.D., Leblanc, J., Feyz, M., Thomas, H., and Gosselin, N. 2005. Effect of an integrated orientation programme in acute care on post-traumatic amnesia in patients with traumatic brain injury. **Brain injury**, 19(4): 263-269.
- Hannegan, L. 1989. Transient cognitive changes after craniotomy. **Journal of Neuroscience Nursing** 21(3): 165-170.
- Harvey, S. L., Vincent, M. D., Robert, G. G. 1979. The Galveston Orientation and Amnesia Test: A Practice Scale to Assess Cognitive after Head Injury. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. 167(11): 675-684.
- Hickey, J. V. 2003. **The clinical practice of Neurological and Neurosurgical Nursing**. 5th ed. Philadelphia:J, B. Lippincott.
- Hux, K., Manesse., Wright, S., and Snell, J. 2000. Effects training frequency on face-name recall by adults with traumatic brain injury. **Brain injury** 14(10): 907-920.
- Ian, N., and Aimee, M. S. 2003. **Human memory: An Introduction to research Data, and Theory**. 2nd ed. Canada: Thomson wadsworth.
- Jennett, B. and Teasdale, G. 1981. **Management of head injury**. Philadelphia: Devis Company.
- John, D. C., James, A. A., Lisa, J. H., Rebecca, D. J. 1985. Reality Orientation for brain injured patients: Group Treatment and Monitoring of Recovery. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 66(september): 626-630.
- Kathleen, L., Glynda, K., Martin, J and Tom, M. (2006). Recovery of components of memory in traumatic amnesia. **Brain injury**, 20(12) : 1241-1249.

- Ken, M., Leanne, J., and Giba, G. 2001. Post-Traumatic Amnesia:Consistency-of-Recovery and Duration-to-Recovery Following Traumatic Brain Impairment. **The Clinical Neuropsychologist**, 15(1): 59-68.
- Lawrence, J. H and Nathan, D. Z. 1995. **Medical Rehabilitation of traumatic brain injury**. Philadelphia : Hanley & Belfus.
- Li Yan. 2000. **Social support and stress among family members of head injured patient**. Master's Thesis. Department of Medical and surgical nursing, Graduate School, Chiangmai university.
- Mannese, N. J., Hux, K., and Snell, J. 2000. Teaching face-name association to survivors of traumatic brain injury: A sequential treatment approach. **Brain injury** 19(8): 633-614.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havaiil, J. H., and Sleigh, J. W. 1998. caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. **Brain injury** 12(12): 1045-1059.
- Micharl, N. E., and Mark, K. 2000. **Cognitive Psychology A Student' s Handbook**. 4th ed. Philadelphia: Psychology Press.
- Mitchell, S., Bradley, V. A., Welch, J. L., and Britton, P. G. 1990. Coma arousal procedure: A therapeutic intervention in the treatment of head injury. **Brain injury** 4(3): 273-270.
- Nicole, W., Emmah, J. D., Jennifer, M. F., Anna, W. and Collette, Z. 2006. Objective and behavioural assessment of the emergence from post-traumatic amnesia(PTA). **Brain injury**, 20(9) :927-935.
- Paul, R. C. 1987. **Head injuey**. 2th ed. USA: Waverly Press.
- Paul, R. C. 1993. **Head injuey**. 3th ed. USA: Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. **Nursing research principles and methods**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Raj, K. N., Jack, W., John, T.,P. 1995. **Neurotrauma**. USA: The McGraw-Hill.
- Rawlins, H and Patricia, E. H. 1993. **Clinical manual of Psychiatric nursing**. 2nd ed. St Louis : Mosby-Year Book.
- Ross, D. Z., Nancy, R. M., Scott, R. M., Kertia, L. B., Debulah, L. W., and Flora, H. 1997. Posttraumatic Amnesia:Its Relation to Functional Outcome. **Archive of Physical and Medical Rehabilitation** 78(October): 1103-1106.

- Saeeduddin, A., Rex, B., Javaid, I. S., and Elaine, S. D. 2000. Post-traumatic amnesia after close head injury: a review of the literature and some suggestions for further research. **Brain injury** 14(9): 765-780.
- Thomas, K. W., Kertia, L.B., Ross, D. Z., Scott, R. M. and Nancy, R. M. 1998. Do calendar enhance posttraumatic temporal orientation?: a pilot study. **Brain injury** 12(1) : 81-85
- Thomas, H. et al. 2003. North Star Project: Reality orientation in an acute care setting for patient with traumatic brain injuries. **Journal Head Trauma Rehabilitation**, 18(3) : 292-302.
- Tiziana, M. et al. 2001. Reality Orientation Therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. **Clinical Rehabilitation** 15(May): 471-478
- Thurman, D. J. 1999. Traumatic brain injury in the united States: a Public health perspective. **Journal of Head Trauma rehabilitation** 14: 602-615
135-155.
- Veronica, E. M., Gina, M, G and Bronwyn, M. M. 2006. The effects of post-traumatic amnesia on information processing following mild traumatic brain injury. **Brain injury**, 20(13-14) : 1345-1354.
- Walleck, C., & Mooney, K. 1994. Neurotrauma : Head injury. In Barker, E (ed.). **NeuroScience nursing** (pp.324-251). St. Louis : Mosby.
- Wilson, B.A., Evans, J. J., Emslie, H., Ballent, H., Watson, P. C and Baddeley, A. D. 1999. Measuring recovery from post traumatic amnesia. **Brain injury**, 13(7) : 505-520.
- Youse, K. M., and Coelho, C. A. 2005. Working memory and discuss production abilities following closed-head injury. **Brain injury** 19(12): 1001-1009.
- Yuen, H. K., and Benzing, P. 1996. Guiding of behavior through redirection in brain injury rehabilaion. **Brain Injury** 10(3): 229-238.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
อาจารย์นายแพทย์ไกรศรี จันทรา	อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา	อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัย พยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร. ศุภร วงศ์วิทย์บุญ	อาจารย์ประจำงานการพยาบาล ศัลยศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี
นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล	พยาบาลผู้เชี่ยวชาญพิเศษ 7 และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้าน ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางสาวดรุณี ผดุงเพียง	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้าน ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายจริยธรรมและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศร 0512.11/ 0440

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 มีนาคม 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวเจตนา วงษาสูง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมบูรณาการการรับรู้ความจริงต่อภาวะสูญเสียความทรงจำหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 40 คน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท, หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท, หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทรพ.จุฬาลงกรณ์ฯ ชั้น 2, หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการรักษาแบบทดสอบสภาพสมองของคนไทยสำหรับบุคคลที่อ่านภาษาไทยไม่ได้ แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ และแบบประเมินภาวะอารมณ์ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเจตนา วงษาสูง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ชุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
ข้อบิต นางสาวเจตนา วงษาสูง โทร. 08-6625-1810

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 332/2009
IRB No. 132/52

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเจตนา วงษาสูง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. Full Protocol
2. Information Sheet and Consent Form
3. Questionnaire

ลงนาม *Tom S. Perera*

(ศาสตราจารย์นายแพทย์เอก อารีพรพรค)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม *Asa*

(รองศาสตราจารย์ไฉกิต ธรรมอาวี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 29 เมษายน 2552

วันหมดอายุ : 29 เมษายน 2553

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 332/2009
IRB No. 132/52

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : The effect of integrated reality orientation program on amnesia in adults with head injury

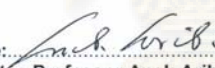
Study Code : -

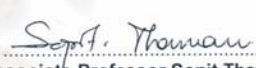
Study Center : Chulalongkorn University

Principal Investigator : Miss Jettana Wongsasung

Document Reviewed :

1. Full Protocol
2. Information Sheet and Consent Form
3. Questionnaire

Signature: 
(Emeritus Professor Anek Aribarg, M.D.)
Chairman of
The Institutional Review Board

Signature: 
(Associate Professor Sopit Thamaree)
Committee and Secretary of
The Institutional Review Board

Date of Approval : April 29, 2009

Approval Expire Date : April 29, 2010

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....๖1.....

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมบูรณาการการรับรู้ความจริงต่อภาวะสูญเสียความทรงจำหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวเจดนา วงษาสูง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา - หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ - แบบบันทึกข้อมูล
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	21 เมษายน 2552
วันหมดอายุ	20 เมษายน 2553


หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ลงนาม

(พันตำรวจเอก นายแพทย์สุรรัตน์ ทรงพานิช)

ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ

ศูนย์วิจัยที่ปรึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม) ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมให้ นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-สกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้การวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมโครงการมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ และไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น ในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัว
ของผู้เข้าร่วมวิจัยและสามารถยกเลิกการใช้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ โดย
ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ
จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่นการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการให้ข้อมูลทางการแพทย์
พยาบาลหรือการวิจัยทางด้านการพยาบาลเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจ
เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้
ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลง
นามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย(สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม)
(Patient/Participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการต่อภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเจตนา วงษาสูง

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) ตึกIMCU ธนาคารกรุงเทพชั้น 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873

ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

(ที่บ้าน) 7/3 หมู่ 6 ต.ห้วยท่าช้าง อ.เขาย้อย จ.เพชรบุรี 76140

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-2654577 โทรศัพท์ที่บ้าน 032-446362

โทรศัพท์มือถือ 086-6251810 E-mail:Jettana_v25@hotmail.com

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่แสดงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านในการตัดสินใจ อนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ดีก่อนที่ท่านจะอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วม การศึกษาดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียด เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและ รายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจาก ผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านเซ็นชื่อ ยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและเพื่อเปรียบเทียบภาวะ สูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยผู้ใหญ่ภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ 40 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุระหว่าง 18-50 ปี

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติที่เหมาะสมและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มควบคุมผู้เข้าร่วมวิจัยจะ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มทดลองจะได้รับการฟื้นฟูความทรงจำทุกวัน เวลา สถานที่ บุคคล การสื่อสาร และการใช้เหตุผล โดยญาติต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูความ

ทรงเข้าร่วมกับผู้วิจัยด้วย ญาติจะได้รับการสอนวิธีการฟื้นฟูความทรงจำในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำหลังบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 2 ครั้ง คือวันที่ 1 และวันที่ 14 ของการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้แบบประเมิน GOAT ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยคือ 14 วัน และพบกับผู้วิจัยทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ในแต่ละวันผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการฟื้นฟูความทรงจำเป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงรวมทั้งหมด 14 วัน

ความรับผิดชอบของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยท่านจะต้องปฏิบัติตามวิธีการฟื้นฟูความทรงจำตามโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการอย่างเคร่งครัด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้ง นี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ๆที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการฟื้นคืนความจำดีขึ้นหรือมีการฟื้นฟูสภาพด้านความจำได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าความจำของท่านจะต้องดีขึ้นหรือหายขาดจากภาวะสูญเสียความทรงจำหลังบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างแน่นอน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นๆซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาพยาบาลอื่นๆหลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษากับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมโครงการวิจัย

สิ่งที่ท่านควรปฏิบัติคือ

- ท่านต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับโครงการวิจัยแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ท่านต้องแจ้งผู้วิจัยทราบถึงความผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างท่านร่วมในโครงการวิจัย

- ในกรณีที่ท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวเจตนา วงษาสูงได้ตลอด 24 ชั่วโมง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นในโครงการวิจัย

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดอันตรายใดๆเกิดขึ้นจากการทำวิจัย แต่หากพบว่ามียาอันตรายเกิดขึ้นและได้พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากการทำวิจัยครั้งนี้ และท่านได้ปฏิบัติตามแนวทางของการวิจัยที่ถูกต้องแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน การเซ็นชื่อในเอกสารฉบับนี้ ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านจะได้รับการฟื้นฟูความจำหลังเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยอุปกรณ์การฟื้นฟูความจำชนิดต่างๆ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่มีค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาหรือการให้การพยาบาลท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่านคือ

- ระดับสัญญาณชีพไม่คงที่
- มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึก

การปกป้องรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลส่วนตัวของท่านได้ตลอดเวลาและจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอีก หากท่านต้องการยกเลิกการบันทึกข้อมูลขณะอยู่ในโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบได้ที่

สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่อาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบถึงแนวทางการพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลเสียใดๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อปัญหาทางด้านจริยธรรมการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอนันตมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-22564455 ต่อ 14,15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

No. _____ วันที่ทำการทดสอบ _____
 วันที่ เดือน ปี

อายุ _____ เพศ ช ญ วัน อา จ อ พ พุ ศ ส
 เวลา เช้า บ่าย

การวินิจฉัย _____ วันที่ได้รับบาดเจ็บ วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

แบบประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำ The Galveston Orientation and Amnesia test

แต้มที่หัก

1. คุณชื่ออะไร? (2 คะแนน) _____
 คุณเกิดเมื่อไหร่? (4 คะแนน) _____
 ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? (4 คะแนน) _____
2. ตอนนี้คุณอยู่ที่จังหวัดไหน? (5 คะแนน) _____
 โรงพยาบาลอะไร(5 คะแนน) _____
3. คุณเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ตั้งแต่เมื่อไหร่? (5 คะแนน) _____
 คุณมาที่โรงพยาบาลนี้ได้อย่างไร? (5 คะแนน) _____
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10. ปีนี้ปี พ.ศ.อะไร? _____ (หัก 10 แต้มสำหรับแต่ละปีที่ตอบผิดหักได้มากที่สุด
 ที่สุด 30 แต้ม)

จำนวนรวมแต้มที่หัก _____

คะแนน Goat รวม (100: จำนวนรวมแต้มที่หัก) _____

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนที่ 1

ผู้ป่วยรายที่

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส คู่ โสด ม่าย แยกกันอยู่ ตาย
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ปริญญาตรี
 อนุปริญญา อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ รับจ้าง ค้าขาย
 รับราชการ แม่บ้าน
 นักศึกษา อื่นๆ.....
6. ศาสนา พุทธ อิสลาม
 คริสต์ อื่นๆ
7. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.....เวลา.....น.
8. ประวัติการเจ็บป่วย.....
9. ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ.....
10. การวินิจฉัยโรค.....
11. Glasgow Coma Scale.....
12. ระดับRancho Los Amigo scale of cognitive Levels.....
13. ระดับคะแนน GOAT.....
14. การตรวจวินิจฉัย
CT Scan ผล.....
MRI ผล.....
X-ray Skull series ผล.....
15. วันที่ได้รับการผ่าตัด.....
16. ชนิดของการผ่าตัด.....
17. ระยะเวลาในการผ่าตัด.....

ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนที่ 2

1. วันเดือนปีเกิด วัน.....วันที่.....เดือน.....ปี
2. บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดหรือคุ้นเคย เรียงตามลำดับ
 - 2.1..... 2.2.....
 - 2.3..... 2.4.....
 - 2.5.....
- 3 สถานที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือชื่นชอบ
 - 3.1..... 3.2.....
 - 3.3..... 3.4.....
 - 3.5.....
4. วันที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ
 - 4.1..... 4.2.....
 - 4.3..... 4.4.....
 - 4.5.....
5. สิ่งของที่ผู้ป่วยรักหรือคุ้นเคยเป็นพิเศษ
 - 5.1..... 5.2.....
 - 5.3..... 5.4.....
 - 5.5.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คะแนนภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความจริงแบบบูรณาการและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผู้ป่วยคนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	40	84	39	44
2	53	87	59	65
3	36	81	42	47
4	43	82	48	70
5	41	83	50	63
6	39	78	42	41
7	42	70	36	39
8	58	76	50	77
9	49	78	44	55
10	53	78	55	63
11	36	78	26	34
12	62	75	56	53
13	33	76	23	65
14	44	48	41	34
15	54	84	54	53
16	29	81	27	65
17	60	85	60	51
18	37	77	29	61
19	61	81	65	54
20	41	78	32	78
	$\bar{x} = 45.55$	$\bar{x} = 78.00$	$\bar{x} = 43.90$	$\bar{x} = 55.60$

กิจกรรมการทบทวนความจำ

ผู้สอน	นางสาวเจตนา วงษาสูง
ผู้เรียน	ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
สถานที่ให้ความรู้	หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทธนาคารกรุงเทพชั้น 2 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาวะสูญเสียความจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการทบทวนความจำได้อย่างถูกต้องและนำการทบทวนความจำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่องที่บ้าน
เวลาในการสอน	60 นาที

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย	<p>สวัสดิ์ดีคะ ดิฉันชื่อ นางสาวเจตนา วงษาสูง เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นพยาบาลประจำการอยู่ที่หอผู้ป่วยไอเอ็มซียูกึ่งวิกฤต ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมประสาท ซึ่งผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะก็เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลด้วย การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายระบบ ตามความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย และช่วยในการฟื้นฟูสภาพด้านต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจากพ้นระยะเวลากวักตเข้าสู่ระยะของการฟื้นฟูสภาพ อาจจะมีปัญหาการสูญเสียความทรงจำได้ อาจจะเสียความทรงจำก่อนการบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือเสียความทรงจำในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ก็ได้ ซึ่งญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่จะมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูด้านความจำ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความจำปกติ สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ปรับพฤติกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>- ผู้วิจัยทักทายผู้ดูแล โดยการแนะนำตัว และพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>- สังเกตลักษณะท่าทาง ความสนใจของผู้ดูแล (ใช้เวลา 5 นาที)</p>	ไม่มี	<p>ผู้ดูแลมีสีหน้าและท่าทางสนใจและมี ความกระตือรือร้นที่จะรับฟังและร่วมสนทนากับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความหมาย ชนิด และผลกระทบของการสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งดิฉันมีวิธีการที่จะช่วย ทบทวนความจำในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งดิฉันจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้ง ความหมาย ชนิด ผลกระทบ และวิธีการทบทวนความจำ ถ้ามี ข้อสงสัยที่ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถถามได้โดยนะ ค่ะ ดิฉันยินดีให้คำตอบค่ะ</p> <p>ความหมายของภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลัง ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ</p> <p>ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ซึ่งพอสรุปได้ ว่า ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ระยะเวลาหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมี ระดับความรู้สติไม่เต็มที่ มีความสับสน หลงลืมเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถนึกย้อนหลัง หรือจำสิ่งใหม่ๆได้ เป็น เหตุให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการบกพร่องด้าน พฤติกรรม มีอาการสับสน ไม่สามารถควบคุมตนเอง ทุกข์ ทรมาน จากการสูญเสียความทรงจำที่ผ่านมา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายเนื้อหาเป็น ประโยคบอกเล่า - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ซักถาม - สังเกตความสนใจของ ผู้ดูแล (ใช้เวลา 15 นาที) 	ไม่มี	<p>ผู้ดูแลมีสีหน้าเข้าใจ และสามารถตอบ คำถามเกี่ยวกับ ความหมาย ชนิด และผลกระทบของ การสูญเสียความ ทรงจำหลังได้รับ บาดเจ็บที่ศีรษะได้ 80%</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ชนิดของภาวะสูญเสียความทรงจำ</p> <p>แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสูญเสียความทรงจำย้อนหลัง เป็นการสูญเสียความทรงจำที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำรายละเอียดที่เคยเรียนรู้ เหตุการณ์ที่ผ่านมา 2. การสูญเสียความทรงจำใหม่ เป็นการสูญเสียความทรงจำที่บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆ ได้ หลังจากการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ <p>ผลกระทบ</p> <p>จะมีการรบกวนกระบวนการรวบรวมข้อมูลของความจำ มีความสับสน ไม่มีสมาธิ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความล้มเหลวในการระลึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่เกิดการบาดเจ็บ พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจน ประกอบด้วย อាកารอะอะโวยวาย มีการพูดที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมต่อต้าน และมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ การสูญเสียความทรงจำจะมีความล้มเหลวในการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรม การทบทวนความจำได้อย่าง ถูกต้อง</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การทบทวนความจำด้านบุคคล ซึ่งญาติจะต้อง ปฏิบัติได้แก่ การบอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน และ บุคลากรในโรงพยาบาล ร่วมกับการให้ดูรูปภาพบุคคลต่างๆ ให้ผู้ป่วยจำ และทบทวนโดยการถามย้อนกลับเป็นระยะๆ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 ฝึกการจำสิ่งของต่าง ๆ ที่คุ้นเคยใน ชีวิตประจำวัน และสิ่งที่อยู่รอบๆตัวผู้ป่วย เช่น ดอกไม้ รูป สัตว์ รูปสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การทบทวนความจำด้านเวลา โดยญาติจะต้อง บอกเวลาผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทั้ง เวลา วัน เดือน ปี</p> <p>กิจกรรมที่ 4 ฝึกให้ผู้ป่วยดูนาฬิกาทัวๆไป หรือนาฬิกาจิตอล ฝึกการดูเวลาและตั้งเวลาต่างๆ รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับการ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ</p> <p>กิจกรรมที่ 5 ฝึกให้ผู้ป่วยดูปฏิทิน และให้ระลึกถึงวันสำคัญ ต่างๆ หรือวันที่มีความหมายกับผู้ป่วย</p> <p>กิจกรรมที่ 6 ฝึกให้ผู้ป่วยจำสถานที่ต่างๆ เช่น ชื่อของ โรงพยาบาล บ้าน หรือสถานที่สำคัญต่างๆ โดยญาติเป็นผู้ บอกเล่าให้ผู้ป่วยฟัง ร่วมกับการให้ดูรูปภาพประกอบสถานที่ต่างๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายรายละเอียดให้ ผู้ดูแลรับฟัง - สาธิตกิจกรรมต่างๆ อย่างละเอียด และเป็น ขั้นตอน - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ชักถามข้อสงสัย - ให้ผู้ดูแลสาธิต ย้อนกลับกิจกรรมต่างๆ (ใช้เวลา 40 นาที) 	<ul style="list-style-type: none"> - รูปภาพคน สัตว์ สิ่งของ ต่างๆ และ ภาพสถานที่ ต่างๆ - นาฬิกา - ธรรมชาติขนาด ปานกลาง มี ตัวเลขและ เข็มที่ชัดเจน - ปฏิทินปี ปัจจุบันแบบ ตั้งโต๊ะ - ไฟ - ของใช้ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลบอกกิจกรรม การทบทวนความจำ ได้อย่างถูกต้อง 100% - ผู้ดูแลสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมการ ทบทวนความจำได้ อย่างถูกต้อง 100%

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>กิจกรรมที่ 7 ฝึกการจำภาพและตำแหน่งของภาพ โดยการจับคู่ไฟ</p> <p>กิจกรรมที่ 8 ฝึกการทบทวนความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร โดยการนำสิ่งของต่างๆตามผู้ป่วยว่าคืออะไร การรู้จักคุณลักษณะของสิ่งของ การค้นหาความหมายของคำต่างๆ</p> <p>กิจกรรมที่ 9 ฝึกการใช้เหตุผลโดยนำสิ่งของต่างๆมาให้ผู้ป่วยเลือก ตามเหตุผลในการเลือก</p> <p>บทสรุป จากที่ได้พูดคุยเกี่ยวกับการทบทวนความจำของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการฝึกซ้ำๆ กระทำอย่างสม่ำเสมอจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนความทรงจำได้รวดเร็วขึ้น สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรม การแสดงออกที่เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ</p>			

คู่มือการทบทวนความจำ



จัดทำโดย

นางสาวเจตนา วงษาสูง

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชากายพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพรจิต ปัญญา

ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความหมาย

ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ระยะเวลาหลังการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สติไม่เต็มที่มีความสับสน หลงลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถนึกย้อนหลังหรือจำสิ่งใหม่ๆได้ เป็นเหตุให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการบกพร่องด้านพฤติกรรม มีอาการสับสน ไม่สามารถควบคุมตนเอง ทุกข์ทรมาน จากการสูญเสียความทรงจำที่ผ่านมา

ชนิดของภาวะสูญเสียความทรงจำ

แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ คือ

1. การสูญเสียความทรงจำย้อนหลัง เป็นการสูญเสียความทรงจำที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำรายละเอียดที่เคยเรียนรู้ เหตุการณ์ที่ผ่านมา
2. การสูญเสียความทรงจำใหม่ เป็นการสูญเสียความทรงจำที่บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ๆได้ หลังจากการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ

กิจกรรมการทบทวนความจำ

กิจกรรมที่ 1

บอกชื่อผู้ป่วย ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน และบุคลากรในโรงพยาบาล ร่วมกับการให้ดูรูปภาพบุคคลต่างๆ ให้ผู้ป่วยจำ และทบทวนโดยการถามย้อนกลับเป็นระยะๆ



จำได้ไหมว่าใคร
เธอชื่อว่า.....

กิจกรรมที่ 2

ฝึกการจำสิ่งของต่าง ๆ ที่คุ้นเคยในชีวิตประจำวัน และสิ่งที่อยู่รอบๆตัวผู้ป่วย



จำได้ไหมคะว่านี่อะไร
สิ่งนี้เรียกว่าคะ

กิจกรรมที่ 3

การทบทวนความจำด้านเวลา บอกเวลาผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทั้ง เวลาวัน เดือน ปี

กิจกรรมที่ 4

ฝึกให้ผู้ป่วยดูนาฬิกาทุกๆไป หรือนาฬิกาดิจิตอล ฝึกการดูเวลาและตั้งเวลาต่างๆ รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การคำนวณเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ



ตอนนี้เวลาทำห้ไหร่คะ
ตอนนี้เวลา.....

กิจกรรมที่ 5

ฝึกให้ผู้ป่วยดูปฏิทิน และให้ระลึกถึงวันสำคัญต่างๆ หรือวันที่มีความหมายกับผู้ป่วย



คุณเกิดวันที่เท่าไรคะ
คุณเกิดวันที่.....ลองเปิดปฏิทินให้ดูซิคะ

ศูนย์วิทยพัช
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 6

ฝึกให้ผู้ป่วยจำสถานที่ต่างๆ



ตอนนี้คุณอยู่ที่ไหนคะ
ตอนนี้คุณอยู่ที่.....

กิจกรรมที่ 8

ฝึกการทบทวนความจำด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร



ปากกามีจำนวนเท่าไรคะ

กิจกรรมที่ 7 ฝึกการจำภาพและตำแหน่งของภาพ โดยการจับคู่ไพ่



ลองจับคู่ภาพที่เหมือนกัน
คะ

กิจกรรมที่ 9

ฝึกการใช้เหตุผลโดยนำสิ่งของต่างๆมาให้ผู้ป่วยเลือก ถามเหตุผลใน

การเลือก



สิ่งนี้เรียกว่าอะไรคะ
เอาไว้ทำอะไรคะ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเจตนา วงษาสูง เกิดวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2524 สถานที่เกิด จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษา ระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2546 ศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2550-2552 ประสบการณ์ทำงาน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5 ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน



ศูนย์วิทยพักรักษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย