

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล
และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง



นางสาว จันทพร ธีรทองดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2212-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF SUPPORTING KNOWLEDGE OF FAMILY CAREGIVER ON FAMILY
CAREGIVER BURDEN AND RECOVERY OF BRAIN INJURY PATIENTS

Miss Chantaporn Teeratongdee



สถาบันวิทยบริการ
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic 2005
ISBN 974-14-2212-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแล
ของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

โดย

นางสาว จันทพร ธีรทองดี

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

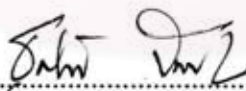
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)


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


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิต)

สถาบันนวัตกรรมการบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จันทพร วีระทองดี : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. (EFFECTS OF SUPPORTING KNOWLEDGE OF FAMILY CAREGIVER ON FAMILY CAREGIVER BURDEN AND RECOVERY OF BRAIN INJURY PATIENTS) อ. ที่ ปริญญา : ผศ.ดร. ชนภพร จิตปัญญา 154หน้า. ISBN 974-14-2212-1

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Gerber (2005) และ Orem (1991) ประกอบด้วย 1.การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล 2.การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วย 3.การสนับสนุนและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้สึกและการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว รวม 14 วัน และ 4.การประเมินผลการฝึกทักษะด้วยแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของ Rapport et al (1982) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) เท่ากับ 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ และประเมินการรับรู้ภาระผู้ดูแลของผู้ดูแลด้วยแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจาก Oberst (1990) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดลองที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการรับรู้ภาระผู้ดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองภายหลังได้รับโปรแกรมฯดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2548

ลายมือชื่อนิสิต.....จันทพร วีระทองดี.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....วิมล วังสาร.....

4777563936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: FAMILY CAREGIVER BURDEN / RECOVERY / BRAIN INJURY PATIENTS

CHANTAPORN TEERATONGDEE: EFFECTS OF SUPPORTING KNOWLEDGE OF FAMILY CAREGIVER ON FAMILY CAREGIVER BURDEN AND RECOVERY OF BRAIN INJURY PAIENTS. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JIPANYA, Ph.D. 154 pp. ISBN 974-14-2212-1.

This quasi – experimental research aimed to investigate the effects of supporting knowledge of family caregiver program on caregiver burden, and recovery of brain injury patients. The samples were 40 patients with brain injury and their caregivers, aged 20-59 years admitted to the Neurosurgery intermediate care unit, and emergency care unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The subjects were arranged into two groups including a control, and an experimental group. A control group received conventional nursing care while the experimental group received the two – week session of supporting knowledge of family caregiver program. The program was developed based on Gerber (2005)'s theory, and Orem (1991) theory, and was validated by a panel of experts. The outcomes of this study were measured by using Oberst's Caregiving Burden Scale, and Rappaport et al (1982)'s Disability Rating Scale. The Alpha Cronbach's reliability of Oberst's Caregiving Burden Scale was .92. The interrater reliability of Rappaport et al (1982)'s Disability Rating Scale ranged from .83 to .85. Data were analyzed using descriptive statistic, and t –test.

Major findings were as follows :

The family caregiver burden after receiving the program were significantly lower than before receiving the program at the level of .05

The family caregiver burden of the experimental group was lower than that of the control group at the level of .05

The recovery of brain injury patients after receiving the program were significantly lower than before receiving the program at the level of .05

The recovery of brain injury patients of the experimental group was lower than that of the control group at the level of .05

Field of study Nursing Science

Academic year 2005

Student's signature.....*Chanlaporn Teeratongdee*.....

Advisor's signature.....*Ch. J.*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ผู้ให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเอาใจใส่อย่างดีในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและการเรียนรู้ อันมีค่ายิ่งและให้กำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลประสาทและจิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วย กึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และสนับสนุนผู้วิจัยอย่างยิ่ง รวมทั้งขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลประสาทและจิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลตำรวจที่ให้การสนับสนุนและความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทุกท่านที่ให้โอกาสและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท เพื่อนนักศึกษาปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจ รวมทั้งพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ และผู้ให้โอกาสผู้วิจัยในการมาศึกษาครั้งนี้

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจอันมีค่ายิ่ง และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ดูแลทุกท่าน

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการดูแล.....	34
แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง.....	42
โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง.....	48
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	67
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84

สรุปผลการวิจัย.....	87
การอภิปรายผลการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	95
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป.....	95
รายการอ้างอิง.....	96
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	107
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	110
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้.....	121
ภาคผนวก จ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลจำแนกตามปริมาณเวลาที่ใช้ และความยากลำบากในแต่ละกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	149
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	154

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราง

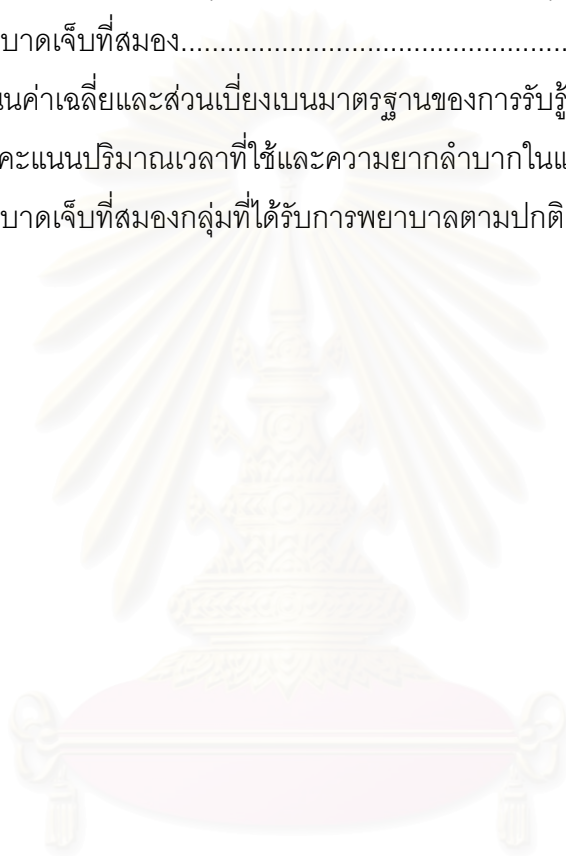
ณ

ตารางที่		หน้า
1	การจับคู่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม....	55
2	จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส.....	57
3	จำนวน ร้อยละ ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....	58
4	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของ การบาดเจ็บที่สมอง และการผ่าตัด คะแนน Glasgow coma Scale (GCS) วันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล คะแนน Glasgow coma Scale (GCS) วันแรก ที่รับไว้ศึกษา คะแนน Glasgow coma Scale (GCS) ของวันสุดท้ายที่ศึกษา	74
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง.....	77
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้โปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง.....	78
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง.....	79
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยรายด้านระหว่างกลุ่มที่ได้ รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง.....	80
9	คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง.....	81

ตารางที่

หน้า

10	แสดงคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะผู้ดูแล จำแนกตามคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากในแต่ละกิจกรรมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง.....	150
11	แสดงคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะผู้ดูแล จำแนกตามคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากในแต่ละกิจกรรมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	152



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญภาพ

ญ

ภาพประกอบ

หน้า

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้
ของผู้ดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ | 82 |
| 2 | แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
หลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน
ความรู้ของผู้ดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ | 83 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่สมอง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยนอกจากจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่รอบข้างด้วย โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรม มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ต่างๆ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือและต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย (Mazaux, DeSeze, Joseph & Barat, 2000) จึงต้องรับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ได้มีผู้ศึกษาผลกระทบการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวในด้านต่างๆ เช่น ภายหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ โดยมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกบทบาท ซึ่งบทบาทในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวเป็นบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน บิดา มารดา บุตร หรือ คู่สมรส ที่ต้องเปลี่ยนบทบาทกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ความสามารถในการดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ จะกระทำได้น้อยลง บางรายอาจไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น (Montgomery, Oliver, Reisner, & Fallat, 2002) ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพหรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กิจกรรมหรือภาระต่างๆ เหล่านี้ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตาม แต่ก็เป็ภาระที่หนักต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน (ประภัสสร ศรี ช่างษ์, 2535; นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540; สุดศิริ หิรัญชุลนหะ, 2541; Warder, Salazar, Martin, Schwab, Coyle, & Walter, 2000) ผู้ดูแลบาง

รายต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ การใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ที่งาน กิจกรรมทางสังคม การมีอิสระ เวลาเป็นส่วนตัว หรือแม้แต่ การดูแลสุขภาพของตนเองลดลง (Acom, 1993) ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นผลมาจาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงมากจากการตรวจวินิจฉัยวินิจฉัยและการรักษาที่ต้อง อาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ (Kreutzer, Marwitz, & Kepler, 1992) รวมถึงระยะเวลาของการรักษา ที่ยาวนาน รวมทั้งจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถกลับไป ทำงานเพื่อนำมาซึ่งรายได้เช่นเดิมเหมือนก่อนที่จะได้รับการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งการที่ผู้ป่วย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานหรือ ประกอบอาชีพได้เช่นเดิมเช่นกัน (Montgomery, Oliver, Reisner & Fallat, 2002)

จากรายงานการวิจัยของ Marsh, Kersel & Havill (1998) พบว่าสมาชิกครอบครัวใน ฐานะผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความบกพร่องด้าน ร่างกายและการรู้คิด สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง (2540) ทำการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วย แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่ต่างกัน โดยผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่สมองที่มีระดับความพิการและระดับไม่รู้สติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยสูงกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่มีความพิการ

นอกจากนี้จากการสอบถามผู้ดูแลถึงการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ รับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระและรับรู้ว่าการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมดูแลช่วยเหลือช่วยเหลือ การดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด การดูแลกิจกรรมเหล่านี้ เป็นภาระในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการเผชิญกับภาระที่หนัก ผู้ดูแลทุกคนมี ความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดอย่างมาก ความเครียดที่เกิดขึ้นนี้เกิดจาก การที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย อีกทั้งยัง สื่อสารกับผู้ดูแลไม่ได้ รวมทั้งการปรับสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลภายใต้ ความรับผิดชอบของพยาบาลมาเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลรับผิดชอบเอง ผู้ดูแลมักจะมีปัญหา มากมาย ถึงแม้ว่าจะได้รับข้อมูลการสอนและฝึกทักษะต่างๆ จากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม ความเหนื่อยเกิดจากการที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยและจะต้องการ การดูแลตลอดทั้งวันติดต่อกันทุกวันไม่มีการหยุดพัก ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาระที่ต้องกระทำตลอดวัน (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2514; Marsh, Kersel & Havill, 1998)

นอกจากนี้จากประสบการณ์การทำงานในการปฏิบัติการพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัว และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองมักจะพบว่าผู้ดูแลส่วนมากมีปัญหาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างมาก เนื่องจากขาดความรู้และขาดการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกขาดความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้เหมือนกับขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลหรือไม่

การบาดเจ็บที่สมองยังส่งผลให้สมองของผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือน และส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ความบกพร่องทางการทำหน้าที่ของร่างกายโดยมีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผิดปกติ มีความพิการหลงเหลืออยู่ภายหลัง มีอาการอัมพาต หรือมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวต้องนอนนิ่งอยู่กับที่ จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่รอดชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บพบว่า ร้อยละ 20 มีความพิการอย่างรุนแรง ร้อยละ 40 มีความพิการปานกลางร้อยละ 40 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ(Jennett & Teasdale, 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณและสุภาภรณ์ (2540) พบว่าร้อยละ 42 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะมีความพิการในระดับปานกลางร้อยละ25มีความพิการระดับมากและร้อยละ19 มีความพิการระดับไม่รู้สติ

ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านการคิดรู้ ไม่รู้สึกตัว สับสน สมองสั่งลง มีปัญหาด้านความจำและการลืม ความบกพร่องด้านการแก้ปัญหา ปัญหาด้านการตัดสินใจ ไม่สามารถเข้าใจในแนวคิดที่ลึกซึ้ง สูญเสียการรับรู้เวลาและสถานที่ลดการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการได้ยิน การมองเห็น การรับรส การดมกลิ่น และการสัมผัส ส่งผลให้ผู้ป่วยจะเลยการรับรู้ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย มีความบกพร่องด้านความสัมพันธ์ของแขนขา กับลำตัว (สงวนสิน รัตนสิน, 2546) ความบกพร่องดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวทำให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะคิด หรือตัดสินใจกระทำกิจกรรมอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายในการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) จากผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย (McMillan & Greenwood, 1993) ซึ่งมีทั้งที่ไม่รุนแรงจนไปถึงขั้นรุนแรงไปจนถึงเป็นสาเหตุสำคัญของ การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

Jennett & Bond (1975) ได้ทำการศึกษาผลของการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยตรงมักเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง แต่ถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ดีอาจทำให้ผู้ป่วยรายนั้นอาจเสียชีวิตจากสภาวะแทรกซ้อนในที่สุด ซึ่งก็ยังคงจัดว่าเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเช่นกัน

แนวโน้มของระบบสาธารณสุขในประเทศไทยในอนาคตจะพบว่าผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยที่บ้านเพื่อลดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่าย ดังนั้นเป้าหมายสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วย คือการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตภายใต้สภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การพยาบาลจึงเน้นการช่วยเหลือผู้ที่มีความบกพร่อง การเน้นที่ศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเอง และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

Orem (1991) กล่าวว่าระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานและเป็นระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดมีผู้เจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว ดังที่มีผู้กล่าวว่า “ผู้ดูแลทุกคนมีศักยภาพที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ ไม่ว่าจะการดูแลจะยุ่งยากปานใด การดูแลบนพื้นฐานแห่งความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร และความตั้งใจอันแน่วแน่ ตลอดจนกำลังใจจากคนรอบข้าง ทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังใจที่จะดูแลอย่างมีคุณภาพตราบนานวันที่สุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง” (สุดศิริ หิรัญฑนหะ, 2541)

การนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจะทำให้ญาติของผู้ป่วยมีความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์มากขึ้น โดยการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล จะทำให้ญาติรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และทำให้เกิดความพึงพอใจการพยาบาล (รัชมภารดา อินทร, 2539) ครอบครัวที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นบางรายต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลอีก (สุดศิริ หิรัญฑนหะ, 2541)

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่บ้าน ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยในบางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปรักษาต่อที่บ้าน ในสภาพที่ต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจเทียม ได้รับอาหารทางสายยาง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วย (Capabilities for dependent care operation) ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะที่ซับซ้อนกว่าการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป (Acorn, 1993) การขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

Date & Wener (1987) ได้ศึกษาถึงการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 54 ราย โดยการสอนญาติให้ช่วยเหลือในการพยาบาลที่ง่าย ๆ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การให้อาบน้ำ การจัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโดยให้มีวัตถุที่คุ้นเคยก่อนได้รับอุบัติเหตุพบว่าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็วขึ้น

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ที่สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป จากการศึกษานี้ของ ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2546) ได้ทำการศึกษาลำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2531 - 2545 ผลพบว่า มีงานวิจัย/วิทยานิพนธ์ที่ทำการศึกษารูปแบบกึ่งทดลอง ที่ทำการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 17 เรื่อง และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เอดส์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองและสมองได้รับบาดเจ็บ ผู้สูงอายุ และเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น รัมาทอยด์ อีทอร์ (2539) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ โดยมีการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านการรู้คิดและด้านร่างกาย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับการรู้คิดและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันที่ 3, 7, 14 และวันจำหน่ายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่า ผลการวิจัยที่พบยังไม่มีผลสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่า การส่งเสริมให้ญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด และร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น (Wilson, Powell, Brock, & Thwaites, 1996) ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ไม่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย หรือเชื่อว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังการได้รับการฟื้นฟูสภาพเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก และมีความเชื่อว่า อาจทำให้การดำเนินของโรคไปในทิศทางที่ไม่ดี (Johuston & Hall, 1994)

ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยสร้างโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยดำเนินการให้ความรู้ และฝึกทักษะ ในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก และการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วย และเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพกลับมา มีภาวะสุขภาพใกล้เคียงกับก่อนได้รับการบาดเจ็บมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
4. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวความคิดการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่รู้สึกตัวของ Gerber (2005: 94–108) ด้วยการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการรับกลิ่น ด้านการรับรส ด้านการสัมผัส และด้านการเคลื่อนไหว ร่วมกับการที่ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1991) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสร้างโปรแกรมในการสอน ชี้นำ และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนโดยโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรมโดยมีการดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่พบกับผู้ป่วยและญาติ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจเพื่อการประเมิน วิเคราะห์ และค้นหาปัญหาของญาติผู้ดูแล และรวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้ป่วย

2. การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมฯ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด มาวางแผนในการกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละราย รวมทั้งมีการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

3. การสนับสนุนและให้ความรู้ โดยดำเนินการให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มแก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ให้นั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง เพื่อจัดทำแผนการสอน สื่อการเรียนการสอน และคู่มือการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติสามารถทบทวนความรู้ที่ได้รับได้ด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อไป รวมทั้ง ดำเนินการสาธิตและการฝึกทักษะการปฏิบัติ (Eliciting the performance) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมี เข้าใจในขั้นตอนและวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม และได้รับ ประสบการณ์จากการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจและความเชื่อมั่น ในตนเองให้แก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยได้จัดให้มีการทดลองฝึกปฏิบัติจริงใน เหตุการณ์สมมติก่อนไปฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ในแต่ละหัวเรื่องทุกครั้งหลังการให้ความรู้แก่ญาติ ผู้ดูแลในแต่ละหัวเรื่อง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สาธิต ให้คำแนะนำ และประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ แก่ญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้วิจัยปฏิบัติกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะ แก่ญาติผู้ให้การดูแล 4 ครั้งรวม 14 วันดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ครอบครัว แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้รู้สึกโดยญาติผู้ดูแลพร้อมทั้ง การฝึกทักษะการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้รู้สึกในวันที่ 1 – 2 ของการทดลอง

ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 และให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยการทำความสะอาดร่างกายและการรับประทานอาหาร ในวันที่ 3 – 5 ของการทดลอง

ครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 และให้ความรู้และฝึกทักษะ เรื่องการฟื้นฟูสภาพด้าน การเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การดูแลเสมหะทางท่อทางเดินหายใจเทียม ในวันที่ 6 – 7 ของการทดลอง

ครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้และการฝึกทักษะในครั้งที่ 1-3 ของการทดลอง ในวันที่ 8-14 ของการทดลอง

4. การประเมินผลการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นการสำรวจตรวจสอบผลที่เกิดจาก โปรแกรมฯ ภายหลังจากเสร็จสิ้น โดยประเมินจากระดับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะ การดูแลของญาติผู้ดูแลเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและวางแผนการดำเนินการของโปรแกรมฯ ในครั้ง ต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพจากญาติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และถูกต้อง โดยทำการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยรวม 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และวันที่ 14 ของการทดลอง และทำการประเมินการรับรู้ภาวะผู้ดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ และวันที่ 14 ของการทดลอง

Gerber (2005) กล่าวว่า การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่รู้สึกตัว ทำได้โดยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกรวม 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับความรู้สึกสัมผัส โดยการใช้แรงหนักเบาของการสัมผัส การทาโลชั่นให้แก่ผู้ป่วยโดยพยาบาล และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ด้านการรับรสโดยการให้ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปากที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำในการทำความสะอาดปากและฟันให้แก่ผู้ป่วย ด้านการรับกลิ่นโดยการให้กลิ่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่น กลิ่นน้ำหอม แป้ง ยาดม หรือกลิ่นอาหารเช่น ชา กาแฟ ด้านการได้ยินโดยการให้ญาติเรียกชื่อที่ผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วย บอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงวัน เวลา สถานที่และบุคคล ให้ฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ ด้านการมองเห็นโดยการให้ผู้ป่วยมองภาพบุคคลที่คุ้นเคย ดูโทรทัศน์ และใช้ไฟฉายส่องดูปฏิบัติการของรूम่านตา และด้านการเคลื่อนไหวโดยการถ่ายภาพบำบัด และการพลิกตะแคงตัว โดยใช้ความรู้ทางสรีรวิทยาในเรื่องขององค์ประกอบของการรับความรู้สึก ประกอบด้วยตัวรับความรู้สึกและเส้นประสาทนำความรู้สึก นำข้อมูลของสิ่งเร้าในรูปกระแสประสาทของระบบรับความรู้สึกชนิดต่างๆ จากนั้นส่งข้อมูลเข้าสู่สมองใหญ่ (cerebral cortex) เพื่อทำการแปลข้อมูลและส่งข้อมูลไปตีความต่อที่สมองบริเวณที่ทำงานขั้นสูงกว่าต่อไป ผลจากการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นทำให้สมองได้รับการกระตุ้นจากการทำงานของ Reticular Activating ที่รับสัญญาณประสาทนำเข้าจากสิ่งกระตุ้นภายนอกและสิ่งกระตุ้นภายใน จากวิถีประสาทรับความรู้สึกและจากเปลือกสมอง และมีการส่งผ่านสัญญาณประสาทต่อไปที่เปลือกสมองในหลายๆ ทิศทางทำให้มีการตอบสนองของเซลล์ประสาท (พินิก้า เอื้อเบญจพล, 2547: 6-8; วาตรี สุกตรวง และ วีระชัย สิงหนิยม, 2545: 397; Gerber, 2005: 94 -108; Sosnowski & Ustik, 1994: 336 -341) โดยทำให้เกิดการจัดโครงร่างใหม่ หรือการงอกใหม่ของเซลล์ประสาทส่วน Axon และ Dendrite ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยการสร้างเส้นใยประสาทออกไปทุกทิศทางมีผลกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาต่อเส้นใยประสาท บริเวณที่ไม่ได้รับบาดเจ็บทำให้มีการฟื้นตัวของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บเร็วขึ้นส่งผลให้มีการฟื้นสภาพ คือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวที่ดีขึ้น ร่างกายอยู่ในภาวะตื่นตัว ทำให้ระยะเวลาของการไม่รู้สึกตัวสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพที่ดี (Gerber, 2005: 94-108; Sosnowski & Ustik, 1994: 336-341)

Orem (1991) กล่าวว่า ในระยะเจ็บป่วยรุนแรง บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self - care deficit) จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตอบสนองความต้องการของตนเอง เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ส่งผลให้พยาบาลจะต้องช่วยเหลือและสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยใช้ระบบสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้วยการชี้แนะ และการสอน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

จากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ถูกต้องและเหมาะสม ลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลลงได้ (ชนัญชิตา โพธิประสาท, 2548; รัมภรดา อินทร, 2539; Kay & Cavello, 1994)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. การฟื้นสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
4. การฟื้นสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยมี

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและผู้ดูแล
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง อายุระหว่าง 20-59 ปี มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง เท่ากับ 3-10 ได้จากการประเมินคะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) และมีอาการทางสมองไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง ภายหลังจากได้รับการบาดเจ็บที่สมองโดยประเมินจากค่าคะแนนระดับความรู้สึกตัวที่ไม่เปลี่ยนแปลง อย่างน้อย 48 ชั่วโมง

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีสายสัมพันธ์ ใกล้ชิด กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร เป็นต้น มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง แบบแผน การสอนและการฝึกทักษะแก่ญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยผู้วิจัยจัดสร้างขึ้นจาก แนวคิดของการกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวของ Gerber, C.S. (2005: 94-108) ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ และรวบรวมข้อมูลที่ใช้ ประกอบการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล สิ่งของ ต่างๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย การประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลในการดูแล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่วันที่พบกับผู้ป่วยและญาติ และปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรมฯ

2. การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง กิจกรรม การพยาบาลที่ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับแพทย์และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการ ดำเนินกิจกรรมการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด มาวางแผนในการกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในแต่ละราย

3. การสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยให้ความรู้ และข้อมูลรวมถึงการฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่สมองขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นรายเดี่ยวหรือรายกลุ่ม เกี่ยวกับความรู้ ทั่วไปเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก การฟื้นฟูสภาพด้านการ

เคลื่อนไหวโดยจัดทำแผนการสอน สื่อการเรียนการสอน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง สำหรับญาติผู้ดูแล โดยทำการให้ความรู้และฝึกทักษะรวม 4 ครั้ง

4. การประเมินผลการสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการสังเกตและสอบถามความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ ที่ผู้ดูแลได้รับเพื่อเป็นการสำรวจความพร้อมในความสามารถของญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรม และการตรวจสอบผลที่เกิดจากโปรแกรมฯ ภายหลังการเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ

การรับรู้ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลของญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วยการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึกร่วมกับการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ประเมินได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะการดูแลที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะในการดูแลของ โอเบิร์ตส (Oberst, 1990) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ถึงเวลาที่ใช้และความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย

การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การที่สภาวะและการทำงานของสมองกลับสู่สภาพที่ใกล้เคียงกับภาวะก่อนเกิดการบาดเจ็บ ประเมินโดยแบบวัด Disability rating scale ของ Rappaport, Hall, Hopkins, Belleza & Cope (1982: 118-123)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท การรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย การได้รับสารอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การจัดทำนอน และทำให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย แนวทางการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. ขยายขอบเขตการศึกษาเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลแก่ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่สมองและการพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง
 - 1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมอง
 - 1.3 การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง
 - 1.4 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย
 - 1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวผู้ป่วย
 - 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ
 - 2.2 กลไกการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 2.3 การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้วยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก
 - 2.4 การประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 2.6 การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะผู้ดูแล
 - 3.1 ความหมายของผู้ดูแลและภาวะการดูแล
 - 3.2 ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 3.3 การประเมินภาวะผู้ดูแล
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้ดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 4.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
5. โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่สมองหรือการบาดเจ็บที่ศีรษะไว้อย่างมากมายดังนี้

จรัส สุวรรณเวลา และ จตุพร หงส์ประภาส (2524) กล่าวว่า การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบศีรษะทำให้สมองมีการบาดเจ็บ

ประภัสศรี ชาววงษ์ (2535) การบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง การที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก หรือแรงเหวี่ยงอย่างแรงจากวัตถุหรือจากการที่ศีรษะไปกระทบวัตถุในขณะที่มีอุบัติเหตุก่อให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของสมองของกะโหลกศีรษะหรือของผิวหนังศีรษะ จนเห็นได้ว่าการบวมซ้ำ ฉีกขาด หรือแตกผิดปกติมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึกจากการทำลายของเนื้อเยื่อสมองหรือเยื่อหุ้มสมองและเส้นเลือดของสมองก่อให้เกิดพยาธิสภาพ

Jenett & Teasdale (1981) กล่าวว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึงผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดทางคลินิกดังต่อไปนี้เพียงข้อเดียวหรือมากกว่าจัดว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

- 1) มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระแทก
- 2) ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก
- 3) มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แม้เพียงชั่วขณะ

Namerow (1987) กล่าวว่า การบาดเจ็บที่สมอง คือ การได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกและสมอง ซึ่งผลจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้นักคนมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านการรู้คิด (Cognitive impairment) ความบกพร่องทางด้านร่างกาย (Physical impairment) และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงที่ศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง เส้นประสาท อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกันซึ่งส่งผลให้นักคนที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความผิดปกติ มีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านพฤติกรรม

สมองซึ่งเปรียบเสมือนศูนย์บังคับบัญชาการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยสมองในแต่ละส่วนจะทำหน้าที่เฉพาะแตกต่างกันออกไป เมื่อใดก็ตามที่การทำงานของสมองหยุดชะงักไปไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตามจะส่งผลให้เกิดผลกระทบแก่บุคคลนั้นๆ เช่น ปัญหาทางการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหว การพูด หรือแม้กระทั่งการรักษาชีวิตให้รอด

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาพบว่าได้มีผู้ทำการรวบรวมและจำแนกสาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองออกเป็นหลายประเภท โดยสรุปอาจแบ่งสาเหตุของการเกิดได้เป็น 2 สาเหตุ คือจากการจลาจลและไม่ใช้การจลาจล ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2528)

1.2.1 จากการจลาจล จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองเกิดจากอุบัติเหตุการจลาจลมากที่สุด (แสงชัย สี่มาจร, 2535; สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ, 2537) ประกอบด้วยอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด อุบัติเหตุจากรถยนต์ และผู้เดินถนนถูกรถชน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ อรุณ กิจมหาตระกูล (2542) ได้ศึกษาการบาดเจ็บที่สมองในโรงพยาบาลขนาดใหญ่พบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ 3 อันดับแรกคือ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ตกจากที่สูง และคนเดินถนน

1.2.2 จากอื่นที่ไม่ใช่การจลาจล จัดเป็นสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บที่สมองที่พบรองลงมาจากการจลาจลได้แก่ การตกจากที่สูง จากอุบัติเหตุไฟไหม้ การถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกยิงหรือถูกฟันที่ศีรษะ จากการเล่นกีฬา เช่นกีฬาขี่ม้า ชกมวย (แสงชัย สี่มาจร, 2535)

1.3 การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมองมาถึงโรงพยาบาล สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่พยาบาลและแพทย์ต้องกระทำ คือการแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง โดยนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง สามารถประเมินได้หลายวิธี แต่วิธีที่สะดวกสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็วและเป็นที่ยอมรับใช้กันโดยทั่วไป คือแบบประเมินคะแนนของ Glasgow coma (Teasdale & Jennett, 1975) เป็นแบบประเมินที่ทำการประเมินด้านการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย โดยประเมินจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ประกอบด้วย การลืมตา การพูด และการเคลื่อนไหว ดังนี้

Eye opening

- Spontaneous	E	4
- To speech		3
- To pain only		2
- No eye opening		1

Best motor response

- Obey commands appropriately	M	6
- Localizes to pain stimulation		5
- Withdraws from pain stimulation		4
- Abnormal flexion response		3
- Abnormal extension response		2
- No motor response		1

Best verbal response

- Oriented and appropriate	V	5
- Confused conversation		4
- Inappropriate words		3
- Incomprehensible		2
- No verbal response		1

Total score = E+M+V = 15

แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว่าจะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วย คือการลืมตา การเคลื่อนไหว และการพูดแล้วให้คะแนนพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในแต่ละด้านผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนรวม 15 คะแนนซึ่งคะแนนดังกล่าวจะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 13-15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่สมองเล็กน้อย (Minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อย สับสนเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับการบาดเจ็บ

ระดับ 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่สมองปานกลาง (Moderate head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือคำตอบง่ายๆ ได้ถูกต้อง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ

ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมากอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติหมดสติหลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ

ระดับ 3 - 8 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง (Severe head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆ ทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืองอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติหรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

1.4 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540; รัมภรดา อินทร, 2539; Hicky, 2003; Warden, Salazar, Martin, Schwab, Coyle & Walter 2000) ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองนั้นจะส่งผลทั้งต่อบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและสมาชิกครอบครัวของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจะส่งผลกระทบมากขึ้นแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2540) ทำการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อผู้ป่วยประกอบด้วย ความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความผิดปกติด้านการรู้คิด ด้านจิตใจ และเศรษฐกิจสังคม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะดังนี้

1.4.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1.4.1.1 ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว หากการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดอันตรายต่อสมองใหญ่ทั่วๆ ไป (Cerebral cortex) หรือมีการทำลายลูกกลมไปถึงส่วนของก้านสมองในส่วนควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Brain stem reticular formation) จะส่งผลให้บุคคลมีอาการหมดสติ ซึ่งในภาวะนี้บุคคลจะไม่มีกรรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆ กัน หรือไม่มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมโดยอาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆ กัน หรือไม่ตอบสนองเลยแล้วแต่ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด (รัมภรดา อินทร, 2539)

1.4.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะเฉียบพลันจะไม่เห็นผลกระทบทางด้านจิตสังคมเด่นชัดนัก เนื่องจากความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และไม่สามารถกระทำบทบาทเป็นบิดา / มารดา หรือบทบาทการเป็นสามี / ภรรยา บทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตลอดไป ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540)

1.4.1.3 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (Hicky, 2003) แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะไม่สามารถฟื้นหายเป็นปกติเหมือนเดิมได้ทุกราย ส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ ประกอบกับการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ตามมา Warden, Salazar, Martin, Schwab, Coyle & Walter (2000) ทำการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสำหรับผู้บาดเจ็บที่สมองในประเทศอังกฤษ ประมาณมากกว่า \$ 37 ล้านในแต่ละปี

1.4.2 ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่ไม่สามารถฟื้นหายจนเป็นปกติ มักมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจหลงเหลืออยู่ จะส่งผลกระทบในระยะยาว ดังนี้

1.4.2.1 ความบกพร่องทางด้านร่างกาย เป็นผลมาจากการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บเสื่อมตามไปด้วย เกิดปัญหาการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว อาจมีอัมพาตหรือมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองต้องนอนนิ่งอยู่กับที่ และไม่สามารถพูดจาติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ จากการศึกษาของ Hickey (2003) พบว่าผลจากการบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านความคิด สติปัญญา และความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะรู้จัก ตัดสินใจ และกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างจริงจัง และมีเป้าหมาย มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัวทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

1.4.2.2 ความบกพร่องทางการคิดและสติปัญญา การบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อด้านการคิดรู้และสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการรู้คิดทำให้ขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่คิดหรือตัดสินใจกระทำกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมายในการสนองความต้องการการดูแลได้

1.4.2.3 พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้าน การยึดผูก ปั่นเตียง ดึงสายหรือท่อต่างๆ ออกจากร่างกาย

1.4.2.4 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม การบาดเจ็บที่สมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ไม่ค่อยอดทน ขี้รำคาญ หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ควบคุมตนเองได้ลดลง มีพฤติกรรมที่ยึดตนเองเป็นหลัก ไม่ยืดหยุ่น

1.4.2.5 ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากภาวะการบาดเจ็บที่สมอง เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะเมื่อการบาดเจ็บนั้นรุนแรงสามารถ ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับโครงสร้างภายในครอบครัวได้มากที่สุดอย่างหนึ่ง ทำให้บทบาทของ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป เมื่อผู้ป่วยมีความพิการหรือรอยโรคที่หลงเหลือ ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากเคยสามารถกระทำบทบาทบิดามารดา หรือบทบาทการ เป็นสามีภรรยา บทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัวไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพเดิมได้ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิม (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540)

1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว

ในระบบครอบครัวสมาชิกของครอบครัวทุกคนต่างก็มีความรักความผูกพัน มีหน้าที่ ที่ต้องรับผิดชอบกระทำต่อกันดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการยืนยันว่า ถ้าสมาชิกในครอบครัวคนใด คนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจะมีผลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย การบาดเจ็บทางสมองถือว่าเป็น ภาวะวิกฤตของชีวิตที่ไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ของผู้ป่วยเช่นกัน โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อ ผู้ป่วย (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) เนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้ง ในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว จากการศึกษาของ Jennett (1981) พบว่าอัตราการฟื้นหาย จากการบาดเจ็บที่สมองโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นผู้ป่วยอีกประมาณ ร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการหรือมีความบกพร่องซึ่งอาจจะเป็นความบกพร่องด้าน ร่างกาย (physical impairment) สติปัญญา (cognitive impairment) หรือการเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรม (behavioral change) ความบกพร่องหรือการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อ โครงสร้าง หน้าที่ หรือบทบาทของสมาชิกในครอบครัว จนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของสมาชิกคนใดคนหนึ่งคนใดหรือหลายคนในครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวแบ่งออก ได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540: Acorn & Roberts, 1992: 325)

1.5.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมองเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยจึงไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ผลกระทบสำคัญที่ สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญ คือปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจสมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยา ตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่สมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึก

ซึ่งอกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก้าวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียด และวิตกกังวล เป็นต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ บางรายอาจไม่รู้สึกรู้สีกตัวมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม บางรายมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือบางรายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เลย ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับประกอบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยไม่รู้ล่วงหน้า ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียดและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (deMeneses & Perry, 1993) จากการศึกษาของอุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล (2542) ทำการศึกษาถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ เจ็บพลัน พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย และอันดับสุดท้ายคือการให้กำลังใจและการระบายความรู้สึก

1.5.2 ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ แต่ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากผลกระทบของโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบมีความแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังนี้ (Kay & Cavallo, 1994)

- 1) การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ สถิติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและความสามารถของผู้ป่วย
- 2) ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างถาวร ครอบครัวจำเป็นต้องสร้างแบบแผนและเป้าหมายใหม่เมื่อมีสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสมอง
- 3) ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ อายุค่อนข้างน้อย และอยู่ในวัยทำงานรวมทั้งอาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีปัญหาหลอดเลือดทางสมอง (Stroke) จะพบในวัยสูงอายุ

ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน อาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบทบาท หน้าที่หรือความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวนั้นด้วย จากลักษณะของการบาดเจ็บที่สมองดังที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว ดังนี้

1.5.2.1 ผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่มักจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่สมอง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือความพิการของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะโครงสร้างของครอบครัวก่อนได้รับการบาดเจ็บที่สมองด้วย ผู้ที่ได้รับ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนผู้ป่วยซึ่งได้รับบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน บ่อยครั้งส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดหรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.5.2.2 ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผลของการบาดเจ็บที่สมองทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจรำคาญและแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (วิศาล คันธรัตนกุล และ ภาวิศ วงศ์แพทย์, 2538) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา บิดามารดาและบุตร ยิ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองมากเท่าใดจะส่งผลให้คู่สมรสหรือสมาชิกคนอื่นๆ มีการเปลี่ยนแปลงมากไปด้วยเช่นกัน และความรู้สึกเป็นภาระของคู่สมรสที่ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่สมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างคู่สมรส หรือมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหรือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวคู่สมรสจำนวนมากที่มีการหย่าร้างเกิดขึ้นภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่สมอง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลายาวนาน นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วยยังมีผลต่อสัมพันธภาพกับบุตรหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวอีกด้วย โดยเด็กจะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความอบอุ่นหรือแม่แต่การชี้แนะต่าง ๆ เหมือนที่ผ่านมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.5.2.3 ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ จะกระทำได้น้อยลง บางรายอาจไม่สามารถทำด้วยตนเองได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพ หรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กิจกรรมหรือภาระต่างๆ เหล่านี้ ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตามแต่ก็เป็นภาระที่หนักหน่วงต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก (รัชมภารดา อินทร, 2540 และ, วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และ อุษาวดี อัศววิเศษ, 2546 และ Marsh, Kersel & Havill, 1998) รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควร ต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลง หรือแม้แต่

จะต้องลดบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำอยู่ตามปกติให้น้อยลง ผู้ดูแลบางรายอาจจะไม่มีโอกาสไปทำบทบาทหน้าที่เดิมหรือต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล จะพบได้ทั้งในเรื่องการใช้เวลาหน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคม การมีอิสระ เวลาเป็นส่วนตัว หรือแม้แต่การดูแลสุขภาพของตนเอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.5.2.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุสำคัญอย่างมากที่มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง เนื่องมาจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่และระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่หลงเหลือความพิการไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อนำมาซึ่งรายได้เช่นเดิมก่อนที่จะได้รับการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม (Kreutzer, Marwitz, & Kepler, 1992) ดังนั้นการบาดเจ็บที่สมองมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มากนักน้อย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดา มารดา หรือผู้ที่รับผิดชอบหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.5.2.5 ผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคม การบาดเจ็บที่สมองเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจและสังคมของสมาชิกในครอบครัวในระยะยาวได้เช่นเดียวกับผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วย ที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเกือบทุกๆ ด้านในการดำรงชีวิต ดังนั้นจะพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความรู้สึกเป็นภาระและเกิดภาวะเครียด ครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่สมองจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและมีการปรับตัวที่ผิดปกติจึงมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ของผู้บาดเจ็บที่สมอง

1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

หลักสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองคือ การดูแลโดยการเฝ้าระวังและปกป้องทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิต โภชนาการ การคงไว้ซึ่งความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการเฝ้าระวังและปกป้องรักษาไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องยาที่ใช้ในผู้ป่วย การดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล

โดยยึดข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ไม่รู้สึกตัวในระยะเฉียบพลันมีจุดเน้นในการพยาบาล คือค้นหาและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดการเคลื่อนของสมองรวมถึงสมองขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง การป้องกันการเพิ่มของความดันในกะโหลกศีรษะไปถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อสมองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลควรใช้ความรู้จากการค้นคว้าวิจัยมาสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลประยุกต์ใช้ร่วมกับกับเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้ที่พิสูจน์ได้มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (Barker, 2002: 409-422)

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากการที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลให้ผู้บาดเจ็บที่สมองมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องด้านการคิดรู้ (Cognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการที่จะคิดรู้ มีความบกพร่องด้านความทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความทรงจำในระยะสั้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

ด้วยเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยทั่วไปมีดังนี้

1.6.1 การป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การลดปัจจัยที่ทำให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น การส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะที่มีความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยการพยาบาลที่สำคัญ คือการประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1-4 ชั่วโมง การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา การเคลื่อนไหวลูกตา การเคลื่อนไหวแขนขา การรับความรู้สึก หรือสัญญาณชีพ ถ้ารอจนมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพผู้ป่วยจะมีเวลาเพียงเล็กน้อยที่จะช่วยให้ฟื้นกลับคืนปกติ (Barker, 2002: 409-422; Kater, 1989: 20-33; Namerow, 1987: 569-683) การจัดทำและการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยนอนลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวตรงเสมอ นอนท่าราบหรือศีรษะสูง 15-30 องศา ห้ามนอนในท่าที่ทำให้สะโพกงอ (Hipflex) มากกว่า 90 องศา (ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker, 2002: 409 – 422) การลดไข้ เนื่องจากภาวะไข้เป็นปัญหาสำคัญการมีไข้สูงเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสทำให้ร่างกายมี Metabolism สูงขึ้นถึงร้อยละ 10 และต้องใช้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น และการทำหน้าที่ของสมองจะเสียไปเนื่องจากการบาดเจ็บของสมองรบกวนต่อ Hypothalamus หรือบริเวณใกล้เคียงทำให้ร่างกายไม่

สามารถปรับอุณหภูมิได้ การมีอุณหภูมิร่างกายสูงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดมาเลี้ยงสมองมากขึ้นเป็นผลให้มีความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (ทิพพพร ตังอำนาจ, 2541; สุวรรณี ทาอ่อน, 2539)

1.6.2 การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนและลดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ การพยาบาลที่สำคัญคือการดูแลให้ได้รับออกซิเจนบำบัดอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งมีการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจน เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทไปในทางที่แย่ลง การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องและเหมาะสม การจัดทำศีรษะสูง 30-45 องศา และการทำการกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อส่งเสริมการขับเสมหะ (ทิพพพร ตังอำนาจ, 2541)

1.6.3 การจำกัดสารน้ำ ในระยะแรกของการบาดเจ็บและในขณะที่ยังมีสมองบวม การจำกัดน้ำจะทำให้ให้น้ำนอกเซลล์ลดลง ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะลดลง ตรวจดูอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทุก 1-2 ชั่วโมง ให้ได้ในอัตราที่กำหนด บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกพร้อมทั้งประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ตลอดจนลักษณะการเต้นของหัวใจอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker, 2002)

1.6.4 การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ต้องการพลังงานสูง แต่กลับได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากระดับการรู้สติลดลง การกลืนลำบาก ในผู้ป่วยที่อาจมีอาการกลืนอาหารลำบาก จะต้องประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย ก่อนการให้อาหารครั้งแรกต้องให้ด้วยความระมัดระวัง มักเริ่มด้วยการลองจิบน้ำเล็กน้อย ถ้ามีอาการสำลัก อาจจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางทางจมูกไปสักระยะหนึ่ง การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก ต้องดูแลให้ได้ตามปริมาณและเวลาที่กำหนด (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547)

1.6.5 การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดพบได้ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หรือภายหลังเลือดออกในสมองเนื่องจากการดึงรั้งหรือระคายเคืองต่อเส้นประสาทของหนังศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง หลอดเลือดใหญ่ของสมอง ควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ร่วมกับการแก้ไขสาเหตุของอาการปวด เช่น ลดภาวะสมองบวม ทำผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก

1.6.6 การพยาบาลเพื่อการขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะราด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) หรือมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ(Retention) ใน 1-2 วันหลังผ่าตัด แพทย์อาจใส่สายสวนคาปัสสาวะช่วยไม่ให้เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ในส่วนของการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องผูก จากการเคลื่อนไหวน้อย ได้รับน้ำน้อย และได้รับสารอาหารที่มีกากน้อย ควรช่วยให้อุจจาระเคลื่อนไหวร่างกายตามระดับความสามารถและถ้าไม่อุจจาระ 3-4 วัน ควรให้ยาระบายตามความเหมาะสม

1.6.7 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมองผู้ป่วยจะมีความบกพร่องที่ด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว แขนขาอ่อนแรงหรืออาจรุนแรงถึงขั้นไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลาอันยาวนานจัดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับตามมาได้ พยาบาลสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้โดยการใช้ฟองน้ำหรือที่นอนลมปูรองนอนให้แก่ผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และการรักษาความสะอาดของผิวหนัง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพ มีผู้ให้ความหมายของคำว่าฟื้นฟูสภาพไว้ดังนี้

พรนิภา เอื้อเบญจผล (2547) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพ หมายถึงการที่ผู้ป่วยฟื้นคืนกลับมาสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับภาวะก่อนเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งการฟื้นฟูสภาพที่ดีจะแสดงถึงประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของระบบประสาท RAS (Reticular Activating System) ที่ทำหน้าที่ควบคุมระดับความรู้สึกตัว และสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมองที่ทำหน้าที่การคิดรู้และแปลความ

วิศาล คันธรัตน์กุล และ ภาริส วงศ์แพทย์ (2543) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพเป็นกระบวนการรักษาหรือเป็น 1 มิติในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม ที่ทำการวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้ฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุดหรือสามารถช่วยตัวเองได้มากที่สุด และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

รัมภรดา อินทร (2539) กล่าวว่า การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึงการที่ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาวะที่ใกล้เคียงกับภาวะก่อนเกิดการบาดเจ็บ

Dorland (2000) การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ความประสงค์ที่จะทำให้ความแข็งแรงกลับคืนมาสู่ภาวะสุขภาพปกติ

Bach-y-Rita (1990) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสภาพว่า เป็นกระบวนการจัดการการเปลี่ยนแปลงให้สมองกลับไปทำหน้าที่ตามปกติซึ่งเกิดได้จากการกระตุ้นสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว

ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการทำงานของสมองกลับสู่สภาพใกล้เคียงกับก่อนเกิดการบาดเจ็บมากที่สุด

2.2 กลไกการฟื้นสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (Brain recovery)

ส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการฟื้นสภาพมี 2 ส่วนใหญ่คือ สมองใหญ่ (cerebral) และ Reticular Formation ของก้านสมอง ซึ่งบริเวณนี้จะมีทั้งเซลล์ประสาทรับความรู้สึกและเซลล์ประสาทเคลื่อนไหว มีการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างประสาทสมองส่วน Reticular activity และเปลือกสมอง โดยเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ซึ่งมีอยู่ทั่วร่างกายและประสาทรับความรู้สึกเฉพาะ เช่น ตา หู จมูก สิ่งเร้าจะถูกส่งผ่านมายัง Reticular Formation และสมองใหญ่เป็นบริเวณกว้างทำให้สมองมีการตื่นตัวรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้น Reticular Formation ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ประสาทรูปร่างและขนาดต่างๆ กันอยู่กระจัดกระจายในแกนกลางของก้านสมองตั้งแต่ Medulla, Pons และ Midbrain จนถึงสมองในส่วน Diencephalon ซึ่งกลุ่มเซลล์ประสาทเหล่านี้จะควบคุมการเคลื่อนไหว ระดับความรู้สึกตัวและระบบประสาทอัตโนมัติ โดยส่งผ่านสัญญาณประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด การสัมผัส การได้ยิน การเห็นภาพ และการ รับรสไปสู่สมองใหญ่ ระบบ Reticular activating มีผลต่อการกระตุ้นสมองให้มีการจัดโครงสร้างใหม่เมื่อมีการบาดเจ็บที่สมอง (พรินนิกา เอื้อเบญจพล, 2547: 25-26; ราตรี สุดทรวง และ วีระชัย สิงหนิยม, 2545; Jennett & Teasdale, 1981; Sosnowski & Ustik, 1994) กลไกการฟื้นสภาพของสมองเกิดจากการจัดโครงสร้างใหม่หรือการงอกใหม่ของเซลล์ประสาท คือ การจัดโครงสร้างใหม่ของ Axon (Axon regeneration) และ สเปาติง (Sprouting)

2.2.1 การจัดโครงสร้างใหม่ของ Axon (Axon regeneration) เริ่มจากส่วนปลายของ Proximal จะแตกหน่อออกไปเป็นแขนงเล็กของใยประสาทในทุกทิศทางเพื่อจะหา Endoneural tube เมื่อ Axon งอกไปถึงอวัยวะเป้าหมายแล้วจะไปบรรจบกับ Schwann cell ที่อยู่ชิดแนวที่ Axon ทอดผ่านจะสร้างปลอกหุ้มไมเอลิ้น (Myeline sheath) ขึ้นมา การสร้างจะเริ่มจาก Proximal ออกไป อัตราการงอกของ Axon ในมนุษย์ประมาณวันละ 0.5 -3 mm (Chusid, 1982) Axon ที่งอกใหม่จะมีขนาดไม่เกิน 80% ของขนาดเดิมและอัตราการนำสัญญาณประสาทก็จะช้ากว่าเดิม การงอกจะไม่สำเร็จถ้าช่องว่างระหว่างรอยขาดกว้างเกินไป หรือมีแผลเป็นของเนื้อเยื่อมาขวางทางการงอกของเส้นใยประสาท การงอกใหม่จะเริ่มปรากฏในสัปดาห์ที่ 2-3 ภายหลังจากบาดเจ็บ (Mitchell ,Bradley, Welch & Britton, 1990; Sosnowski & Ustik,1994)

2.2.2 สเปาติง (Sprouting) เป็นการงอกของเซลล์ประสาทที่ได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ในลักษณะของกิ่งก้านของเซลล์ประสาทซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บ การงอกใหม่ของแอกซอนจะเกิดขึ้นสมบูรณ์เฉพาะในระบบประสาทส่วนปลาย ส่วนในระบบประสาทส่วนกลางจะเกิดขึ้นเช่นกัน แต่เป็นไปได้ค่อนข้างยาก คือจะเห็นตรงปลายของแอกซอน มีส่วนที่งอกยื่นออกไปเป็นปมเล็กๆ แต่จะหยุดงอกใน 2-3 สัปดาห์ ทั้งนี้เพราะในระบบประสาทส่วนกลางไม่มี Neurilemmal sheat และ Endoneuriumหุ้ม และในระบบ

ประสาทส่วนกลางยังเกิดแผลเป็นของเนื้อเยื่อเร็วกว่าในระบบประสาทส่วนปลาย ด้วยเหตุผลดังกล่าวเมื่อเกิดจากบาดเจ็บของแอกซอน ในส่วนของสมองและไขสันหลังจึงซ่อมแซมไม่สำเร็จทำให้เกิดความเสียหายอย่างถาวร อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการเกิดการจัดโครงสร้างใหม่ในระบบประสาทส่วนกลางจะเป็นไปได้ยากแต่การฟื้นฟูสภาพของสมองสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยการทดแทนจากกระบวนการฟื้นฟูสภาพด้านอื่นๆ โดยเฉพาะการเกิด Sprouting ที่ทำให้เกิดการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาท

2.3 การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้วยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ตั้งแต่ระยะแรกหลังได้รับบาดเจ็บมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีผลให้สมองฟื้นฟูสภาพได้เร็ว (Gerber, 2005: 94 -108) โดยการกระตุ้นและการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้วยการกระตุ้นใน Reticular Activation System ซึ่งเป็นแหล่งรวมของเซลล์ประสาทมากมาย เป็นแหล่งของข้อมูลในการรับความรู้สึกด้านการมองเห็น การรับสัมผัส การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรสและการเคลื่อนไหวและไวต่อการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่มีการสูญเสียการรับความรู้สึก

เมื่อมีสิ่งเข้ามากระตุ้นแรงกระตุ้นจะส่งสัญญาณไปยังระบบประสาทส่งผลให้สมองในส่วน Reticular Activation System ที่รับสัญญาณประสาทนำเข้าจากสิ่งกระตุ้นภายนอกและสิ่งกระตุ้นภายใน และส่งผ่านสัญญาณประสาทต่อไปที่เปลือกสมองในหลายๆ ทิศทางทำให้มีการตอบสนองของเซลล์ประสาท (Sosnowski & Ustik, 1994: 336-341) โดยจะเกิดการจัดโครงสร้างหรือการงอกใหม่ของเซลล์ประสาทที่ได้รับบาดเจ็บ โดยการสร้างเส้นใยประสาทออกไปทุกทิศทางมีผลกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาต่อเส้นใยประสาท บริเวณที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ (Helwick, 1994: 47-52) ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพของสมองในส่วนที่ได้รับบาดเจ็บได้เร็วขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวที่ดีขึ้น ร่างกายอยู่ในภาวะตื่นตัว มีการรับรู้หรือมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เป็นการช่วยส่งเสริมและพัฒนาการทำงานของสมองให้ทำหน้าที่ได้ดีขึ้นใกล้เคียงกับภาวะปกติได้มากขึ้น (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547: 40)

2.4 การประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

เครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีหลายชนิด ดังรายละเอียดดังนี้

2.4.1 Glasgow Outcome Scale โดย Jennett & Bond (1975)

เป็นการวัดผลโดยรวมเป็นที่นิยมใช้เป็นส่วนมาก ประเมินการฟื้นสภาพภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง ในระยะ 3 เดือน ถึง 1 ปี ประกอบด้วย

2.4.1.1 หายเป็นปกติ (Good Recovery: GR) ผู้ป่วยอาจหายสนิท หรืออาจหลงเหลือความพิการเพียงเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปทำงานได้เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ

2.4.1.2 หายโดยมีความพิการปานกลาง (Moderate Disability: MD) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ

2.4.1.3 หายโดยมีความพิการอย่างรุนแรง (Severe Disability: SD) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้รู้สึกตัวดีแต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทที่สำคัญ เช่น quadriplegia, triplegia, dysarthria, dysphasia ความผิดปกติทางระบบประสาทเหล่านี้อาจมีเพียงอย่างเดียว หรือมากกว่าหนึ่งอย่าง และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองขั้นพื้นฐานได้ เช่น ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถปัสสาวะหรืออุจจาระได้ตามปกติ

2.4.1.4 ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (Persistent Vegetative State: PVS) เกิดตามหลังบาดเจ็บที่สมองรุนแรง คือ Diffuse Axonal Injury (DAI), Hypovolemia หรือ Cardiac arrest จากบาดเจ็บต่อระบบอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย ทำให้เปลือกสมอง (cortex) ถูกทำลายเสียหายมากจนไม่สามารถทำงานได้ ผู้ป่วย PVS จะหมดสติอยู่ 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- 1) การตอบสนองต่อสิ่งเร้า (stimuli) ซึ่งเดิมมักเป็นแบบเกร็งเหยียด (decerebrate rigidity) อาจคงอยู่หรือเปลี่ยนแปลงเป็นชักแขนขาหนี (flexor withdrawal)
- 2) หลังจากหลับตามาตลอดก็เริ่มลืมตา อาจมีการตื่น-หลับแบบคนปกติ แต่การลืมตามองเป็นแบบไม่มีจุดหมาย
- 3) มี grasp reflex
- 4) อาจเคี้ยวหรือกัดฟัน ในบางรายอาจกินอาหารทางปากไม่ได้
- 5) บางรายอาจส่งเสียงคำรามได้ เมื่อกระตุ้นอย่างรุนแรง

ผู้ป่วย PVS ซึ่งสมองส่วนเปลือกสมอง (cortex) ไม่ทำงานจะมีความตื่นตัวซึ่งบ่งบอกการทำงานของก้านสมอง แต่ไม่มีการรับรู้ (awareness) ไม่สามารถตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมภายนอกได้

2.4.1.5 ตาย (Death: D) ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยตรง มักเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ แต่ถ้าได้รับการดูแลที่ดีอาจทำให้ผู้ป่วยรายนั้นมีชีวิตอยู่ได้นานในสภาพ Persistent vegetative state หรือ Severe disability และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา

2.4.2 Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning

ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น โดย Malkmus et al. (1980) ได้แบ่งระดับการประเมินการรู้คิดออกเป็น 8 ระดับ ดังนี้

- ระดับที่ 1 (No response) ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ ทั้งสิ้น
- ระดับที่ 2 (generalized response) ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นซ้ำ ไม่มีความคงที่หรือสม่ำเสมอ ไม่มีความหมายหรือไม่มีเหตุผล
- ระดับที่ 3 (localizaed response) ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยทราบตำแหน่งและทิศทางของสิ่งกระตุ้น มีการแสดงความรู้สึกไม่สุขสบาย
- ระดับที่ 4 (confused - agitated) ผู้ป่วยระดับนี้มีพฤติกรรมที่บ่งถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแต่เนื่องจากมีความคิดสับสนอยู่ จึงมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมกับสิ่งที่มากระทบ เช่น การกรีดร้อง ก้าวร้าว ทูรนทูลาย ดึงสายยางต่างๆ ที่คาไว้ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เป็นต้น
- ระดับที่ 5 (confused – inappropriate - nonagitation) ผู้ป่วยตื่นตัวมากขึ้น สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ถูกต้อง แต่ถ้าให้ทำกิจกรรมที่ซับซ้อนหรือยาก จะแสดงอาการหลงผิดลองถูก เนื่องจากการสูญเสียความทรงจำจึงเกิดอาการสับสน บ่อยครั้งพูดไม่ถูก ขาดสมาธิและความตั้งใจ
- ระดับที่ 6 (confused - appropriated) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งที่มากระตุ้นได้เหมาะสมขึ้น มีความอดทนต่อความรู้สึกไม่สุขสบายจากการคายยางต่างๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ความจำในอดีตจะดีกว่าความจำในปัจจุบัน ยังขาดความตั้งใจต่องานที่ยากและซับซ้อน
- ระดับที่ 7 (automatic appropriate) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ทำกิจวัตรประจำวันหรือตามที่กำหนดได้โดยอัตโนมัติ บางครั้งเหมือนกับไม่มีชีวิตจิตใจ ไม่มีอาการสับสนมีความระมัดระวังและสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ยังมีความบกพร่องในเรื่องการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการวางแผนสำหรับอนาคต

ระดับที่ 8 (purposeful - appropriate) ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น รู้จักกาลเทศะ จำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันได้ แสดงการรับรู้ต่อข่าวต่างๆ และบทบาทใหม่ของตน สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ ยกเว้นการตัดสินใจต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้า ความอดทนต่อความเครียด และการใช้เหตุผลที่เป็นนามธรรมจะไม่ได้เท่าคนปกติ

2.4.3 แบบประเมินระดับความพิการและความสามารถในการช่วยเหลือ

ตนเองของ Rappaport, Hall, Hopkins, Belleza & Cope (1982: 118-123) ได้รับการพัฒนา มาเพื่อใช้ทดสอบในสถานที่ให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในระดับปานกลางและรุนแรง (Jose, 2005) แบบวัดนี้จะให้ข้อมูลในเชิงปริมาณซึ่งมีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-29 คะแนน คะแนนมากแปลว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดี ดังนี้

ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกตัวตาม glasgow coma scale ทั้งหมด 3 ด้าน ประกอบด้วย การลืมตา การพูด การเคลื่อนไหว ดังนี้

1) การลืมตา (Eye opening) มีระดับคะแนนดังนี้ คือ

ลืมตาเอง	=	0	คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก	=	1	คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ	=	2	คะแนน
ไม่ลืมตาเลย	=	3	คะแนน

2) การพูด (Verbal response) มีระดับคะแนน ดังนี้ คือ

พูดได้ปกติ	=	0	คะแนน
พูดคุยได้แต่สับสน	=	1	คะแนน
พูดเป็นคำๆ	=	2	คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	=	3	คะแนน
ไม่ออกเสียงเลย	=	4	คะแนน

3) การเคลื่อนไหว มีระดับคะแนนดังนี้

เคลื่อนไหวทำตามคำสั่ง	=	0	คะแนน
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	=	1	คะแนน
ชักแขนขาหนีเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	2	คะแนน
แขนงอแบบเกร็งเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	3	คะแนน
แขนเหยียดแบบเกร็งเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	4	คะแนน
ไม่เคลื่อนไหวเลยเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	5	คะแนน

ด้านที่ 2 ความสามารถในการรู้และเข้าใจ บอกได้ถึงกิจกรรมการดูแลตนเองในด้าน การรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การประเมินพฤติกรรมของ ผู้ป่วยในหมวดนี้จะวัดระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะคิดรู้อาจจะทำกิจกรรมเหล่านี้ อย่างไรและ เมื่อไร การคิดคะแนนจะแยกคิดในแต่ละด้าน มีการคิดระดับคะแนนดังนี้

- รู้ทั้งหมด = 0 คะแนน
- รู้เกือบทั้งหมด = 1 คะแนน
- รู้เพียงเล็กน้อย = 2 คะแนน
- ไม่รู้เลย = 3 คะแนน

ด้านที่ 3 ความสามารถในการทำกิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง มีระดับคะแนนดังนี้

- ทำกิจกรรมได้เองทุกอย่าง = 0 คะแนน
- ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยเหลือ = 1 คะแนน
- ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน
- ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด = 3 คะแนน
- ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทุกเรื่อง = 4 คะแนน
- ต้องการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง = 5 คะแนน

ด้านที่ 4 การทำงาน (Employability) มีระดับคะแนนดังนี้

- ทำงานได้ตามปกติ = 0 คะแนน
- ทำงานได้บางอย่าง = 1 คะแนน
- ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำงาน = 2 คะแนน
- ไม่สามารถทำงานได้ = 3 คะแนน

การประเมินผล

คะแนนรวม	ระดับความพิการ
0	ไม่มีพิการ
1	มีความพิการเล็กน้อย
2-3	มีความพิการบางส่วน
4-6	มีความพิการปานกลาง

คะแนนรวม	ระดับความพิการ
7-11	มีความพิการค่อนข้างรุนแรง
12-16	มีความพิการรุนแรง
17-21	มีความพิการรุนแรงมาก
22-24	มีความพิการเข้าสู่ระดับ vegetative
25-29	มีความพิการระดับ vegetative

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมินระดับความพิการของ Rappaport, Hall, Hopkins, Belleza & Cope (1982: 118-123) มาใช้ในการประเมินระดับการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เนื่องจากแบบประเมินนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรุนแรงและมีความละเอียดในการประเมินมากกว่า Glasgow Coma Scale (Jose, 2005) โดยในแบบประเมินระดับความพิการของ Rappaport et. al. (1982) สามารถประเมินได้ทั้งด้านการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวซึ่งมีความสอดคล้องกับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในครั้งนี้

2.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย

2.5.1 อายุ โดยทั่วไปผู้ป่วยอายุน้อยจะมีแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก โดยในผู้ป่วยอายุมากจะมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย (Baggerly, 1986; Barker, 2002; Bottcher, 1989; Hickey, 1997; Mitchell & Mauss, 1978)

2.5.2 ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ในผู้ป่วยที่มี GCS ต่ำจะมีการพยากรณ์โรคที่เลวกว่าผู้ป่วยที่มี GCS สูง (Hickey, 2003; Jennett & Bond, 1975; Teasdale & Jennett, 1974)

2.5.3 ภาวะพร่องออกซิเจน โดยที่การหยุดหายใจมากกว่า 4 นาทีในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เนื่องจากการขาดออกซิเจนจะส่งผลให้สมองเสียหายที่การทำงานไป โดยอาจเกิดการเสียหายที่บางส่วนส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่เสมือนพืชผัก (Vegetative state) หรือเสียหายที่การทำงานทั้งหมดได้

2.5.4 การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม บทบาทของครอบครัวและสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยครอบครัวที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

2.6 การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาพบว่าได้มีผู้ศึกษาจัดระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยสำหรับวางแผนการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

2.6.1 ระยะกระตุ้น (stimulation phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือเริ่มรู้สึกรู้ตัวในระยะแรก ขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะนี้ คือการกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกด้าน การมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรสและการสัมผัสทางผิวหนัง

2.6.2 ระยะสร้างเสริมลักษณะ (structure – oriented phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเพิ่งตื่นจากอาการหมดสติหรือไม่รู้สึกรู้ตัว มีปฏิกริยาต่อสิ่งกระตุ้นจากภายนอกและภายในอย่างมากในลักษณะต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะนี้ คือการช่วยเหลือเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น จัดให้มีสิ่งกระตุ้น และช่วยเตือนความจำของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้น

2.6.3 ระยะบูรณาการ (reintegration phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสนเล็กน้อยหรือไม่มีเลย กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะนี้ คือการช่วยเหลือเกี่ยวกับความจำ ความตั้งใจ และการสับสน เช่น การจัดโปรแกรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย จัดในผู้ป่วยมีอุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น สมุดบันทึก หรือนาฬิกา

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

พรนิภา เอื้อเบญจพล (2547) ทำการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกรู้ตัว กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่รู้สึกรู้ตัว จำนวน 40 รายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 20 คนได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก และกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Sosnowski & Ustik (1994) ประกอบด้วยการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านการสัมผัส การรับรส การรับกลิ่น การได้ยินและการมองเห็น 14 วัน โดยการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกใช้เวลากระตุ้นประมาณ 15 -30 นาที/ครั้ง 5 ครั้ง/วัน แต่ละครั้งห่างกัน 2 ชั่วโมง ตั้งแต่ 08.00 ถึง 16.00น. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกรู้ตัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกมีคะแนนการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Gruner and Terhaag (2000: 585-594) ทำการศึกษาถึงผลของผลของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยการกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกหลายด้านให้แก่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตั้งแต่ในระยะแรกหลังการบาดเจ็บมากกว่า 48 ชั่วโมงขึ้นไป จำนวน 84 ราย โปรแกรมประกอบด้วย การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก 5 ด้าน ประกอบด้วย การได้ยิน การรับกลิ่น การสัมผัส การรับรส การเคลื่อนไหว ทำการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกทั้ง 5 ด้านแบ่งเป็น 2 ช่วงในทุกๆ วัน โดยทำการกระตุ้นด้านละ 10 นาที และเว้นระยะพักต่อการกระตุ้นในแต่ละด้าน ด้านละ 10 นาทีเช่นกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการระดับการรับรู้ความรู้สึกตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ EKG และ ECG ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการกระตุ้นด้านการสัมผัสและการได้ยิน

Mackay et al (1992: 635- 641) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรกอย่างมีแบบแผน (formalized early intervention traumatic brain injury programs, TBI-F) กับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตามปกติ (formalized traumatic brain injury programs, TBI-NF) ในด้านร่างกาย, การรับรู้ความรู้สึก, การคิดรู้และการใช้ภาษา รวมถึงความแตกต่างในระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 38 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมเป็นได้รับการฟื้นฟูสภาพตามปกติ (formalized traumatic brain injury programs, TBI-NF) 21 ราย และกลุ่มทดลอง 17 รายได้รับการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรกอย่างมีแบบแผน (formalized early intervention traumatic brain injury programs, TBI-F) โดยกลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยมีโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีแบบแผนประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพที่กระทำทำให้ผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะวิกฤต ได้แก่ การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกต่างๆ (Multisensory stimulation) การออกกำลังกายและการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อลดและป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง (stiffness joint) กล้ามเนื้อหดรั้งยึดติด (contracture) การป้องกันภาวะพรากความรู้สึก และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการรักษาอย่างมีแบบแผน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการรักษาอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ในระยะวิกฤตจะอยู่ในภาวะไม่รู้สึกตัวน้อยกว่า และใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการรักษาอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ในระยะวิกฤต ประมาณ 1 ต่อ 3 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ในระยะวิกฤตจะฟื้นจากภาวะไม่รู้สึกตัวเร็วกว่าและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลจะสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Oh and Seo (2003: 349-404) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มี Glasgow coma scale 3-10 คะแนน จำนวน 5 คน โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกประกอบด้วย การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก 6 ด้าน ประกอบด้วย การได้ยิน การมองเห็น

การรับกลิ่น การรับรส การสัมผัส และการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 2 ครั้ง โดยแต่ละทำการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 2 ครั้ง/วัน 5วัน/สัปดาห์ ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ โดยทั้ง 2 ระยะห่างกัน 4 สัปดาห์นาน 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัวทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะ 2 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และระดับGlasgow Coma Scale เริ่มลดลงภายใน 2 สัปดาห์ ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในระยะที่ 1 สรุปผลได้ว่าโปรแกรมฯ ระยะที่ 1 แสดงให้เห็นว่ามีการเพิ่มของระดับความรู้สึกตัวที่ละน้อยแบบชั่วคราว และต่อมาระดับความรู้สึกตัวเริ่มเพิ่มขึ้น 2 สัปดาห์ภายหลังได้รับโปรแกรมในระยะที่ 2 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในระยะที่ 2 แสดงให้เห็นโปรแกรมฯ ในระยะที่ 2 มีผลให้คะแนนระดับความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้นที่ละน้อยแต่ถาวร

3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะผู้ดูแล

3.1 ความหมายของผู้ดูแลและภาวะผู้ดูแล

3.1.1 ความหมายของผู้ดูแล

ความหมายของผู้ดูแลจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล (ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545) ได้เป็น 2 ลักษณะ

3.1.1.1 **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล บิอนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ

3.1.1.2 **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคมจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

สรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแล หมายถึงบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนและการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

3.1.2 ความหมายของภาระผู้ดูแล

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามอธิบายความหมายภาระการดูแล โดยอาศัยพื้นฐานความเชื่อของตนเองและพื้นฐานทางทฤษฎีต่างๆ รายละเอียดดังนี้

Oberst (1990) กล่าวว่า ภาระเป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

Stommel et al. (1990) กล่าวว่า ภาระ หมายถึง การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลกิจกรรมหรือสถานการณ์นั้น ก่อให้เกิดความยากลำบากแก่ตนเอง ใน 5 ด้านคือ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ และด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง

Montgomery Gonyea & Hooyman (1985) กล่าวว่า ภาระ เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัยในการดูแล (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีภาระที่จำเป็นในการปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยและขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลายๆ ด้านของสมาชิกในครอบครัว 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล หมายถึง ทศนะคติ ปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของญาติผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วย

สรุปภาระผู้ดูแล หมายถึง ผลของการรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาหรือความยากลำบากในการดูแลซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อปัญหาหรือความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกับการมองลักษณะของงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบโดยตรง

3.2 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวได้บาดเจ็บที่สมอง สมาชิกในครอบครัวมักรับรู้ว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวทำให้ระบบครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตโดยการบาดเจ็บที่สมองเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้บทบาทสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (Engli & Farmer, 1993: 78) สมาชิกในครอบครัวบางคนต้องทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนับว่าเป็นภาระที่หนักเนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและการรู้คิด ได้มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 59 ของ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่รอดชีวิตจะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว และร้อยละ 17 อยู่ในขั้นพิการรุนแรง ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและมีความพิการหลงเหลือ (Sosnowski & Ustik, 1994 : 36-341) ผลจากการได้รับบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านกายภาพ (Motor deficit) ประกอบด้วย กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุล ความทนทานลดลง ไม่สามารถวางแผนการเคลื่อนไหว มีอาการสั่น มีปัญหาด้านการกลืน การประสานงานไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยความบกพร่องด้านความสามารถ (Functional deficits) ตามมาได้แก่ มีความบกพร่องด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ รับประทานอาหาร เป็นต้น และความบกพร่องด้านการรู้คิดโดยผู้ป่วยมักไม่รู้สึกตัว สับสน สมองสั่น ปัญหาด้านความจำและการลืม ความบกพร่องด้านการแก้ปัญหา การตัดสินใจ ไม่สามารถเข้าใจแนวคิดที่ลึกซึ้ง สูญเสียการรับรู้เวลาและสถานที่ ลดการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถรับคำสั่ง 1 หรือ 2 ขั้นตอนได้อย่างต่อเนื่องและความบกพร่องด้านการรับความรู้สึก (perceptual or sensory deficits) มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การได้ยิน การมองเห็น การรับรส การดมกลิ่น และการสัมผัส สูญเสียการรับความรู้สึก ละเลยการรับรู้ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย มีความบกพร่องด้านความสัมพันธ์ของแขนขากับลำตัว ปัญหาด้านการมองเห็น ได้แก่มองเห็นภาพซ้อน การมองเห็นภายในระยะจำกัด (สวงนลิน รัตนเลิศ, 2546) ความบกพร่องดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ทำให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะคิดหรือตัดสินใจกระทำอย่างกิจกรรมอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

ความบกพร่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลือเช่น แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ เป็นต้น กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่างในการดูแลกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และในบางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปรักษาต่อที่บ้าน ในสภาพที่ต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจเทียม ให้อาหารทางสายยาง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น Testanin Chappel and Gueldner (1992) ทำการศึกษาพบว่า การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วยเช่นกัน ทุกปีใน America จะมีผู้ที่เกิดความพิการอย่างถาวรจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีประมาณ 2,000 คนที่ถูกทอดทิ้งเนื่องจากเกิดภาวะ Vegetative state 6,000 คนที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งที่ยังมีภาวะquadriplegia , paraplegia or hemiplegia และมากกว่า 75,000 คนที่ต้องดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้ป่วยประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิมมีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลจะเกิดภาวะเครียดความเหนื่อยล้าหรือเป็นภาระในการดูแล โดยญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการประกอบชีวิตประจำวันและการรักษาที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย ผลคือเวลาสำหรับตนเองในการประกอบอาชีพ เข้าสังคมหรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองลดลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมขาดเพื่อน และปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) รวมทั้งผลกระทบในระยะยาวที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สมองคือการทำหน้าที่ของระบบประสาทที่ผิดปกติของผู้ป่วยและความล้มเหลวของครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่เป็นการดูแลที่ซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงภาวะเจ็บป่วยต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานานโดยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ครอบครัวอาจต้องเผชิญกับความขัดแย้งและสับสนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถครอบครัวจะทำได้ทำดีที่สุดนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ (สุดศิริ หิรัญชุนหะ: 2541) นอกจากนี้การบาดเจ็บที่สมองยังก่อให้เกิดภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่สูงรวมทั้งการสูญเสียรายได้ทั้งจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานหารายได้ให้แก่ครอบครัวได้ และจากการที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้ให้แก่ครอบครัวได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปในการดูแลผู้ป่วย

3.3 การประเมินภาระผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลพบว่า สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือ แบบประเมินการรับรู้ภาระผู้ดูแล เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ภาระการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด และสามารถนำผลการประเมินที่ได้มาใช้ในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้แก่ผู้ดูแลเพื่อลดการรับรู้ภาระผู้ดูแลต่อไป จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระผู้ดูแลที่มีหลายแนวคิดจึงทำให้มีการประเมินการรับรู้ภาระของผู้ดูแลที่แตกต่างกันตามแนวคิดของผู้ศึกษา นักวิจัยส่วนมากจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง ดังนี้

3.2.1 Pai & Kapur (1981) (อ้างใน ทีปประพิน สุขเขียว: 2543) เป็นแบบวัดภาระผู้ดูแลที่มีการนำมาดัดแปลงใช้ในประเทศไทย โดย ทีปประพิน สุขเขียว โดยมีการเพิ่มข้อความคำถามเกี่ยวกับภาระตามความรู้สึก โดยมีการระบุความรู้สึกต่างๆ ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมและมีความละเอียดมากขึ้น มีจำนวนข้อความคำถาม 28 ข้อ แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน โดยมีข้อความคำถามเกี่ยวกับภาระที่มีอยู่จริง จำนวน 24 ข้อ

ได้แก่ ข้อ 1 – 24 และข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะตามความรู้สึก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 25- 28 มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ไม่มีปัญหาหรือไม่มีภาวะ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
เป็นปัญหา	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2	คะแนน
เป็นปัญหามาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3	คะแนน

การแปลผลมีค่าคะแนนตั้งแต่ 28 – 84 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของ Theoretical range of scores ซึ่งใช้คะแนนสูงสุดของแบบวัดภาวะลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับที่ผู้วิจัยต้องการประเมิน กำหนดเกณฑ์ไว้ดังนี้

คะแนน 28 - 46 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะหรือไม่เป็นภาวะ
คะแนน 47 - 65 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะหรือเป็นภาวะ
คะแนน 66 - 84 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะมากหรือเป็นภาวะมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทีปประพิน สุขเขียว (2543) หาดชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบและแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.81 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้จำนวนผู้ป่วย 20 รายที่ไม่ได้เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92

3.2.2 แบบวัดภาระการดูแล (The Caregiving Burden Scale) สร้างโดย Oberst (1990) โดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยความต้องการดูแลหรือปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะคือ ความต้องการการดูแลโดยประเมินจากเวลาที่ใช้ในการดูแลหรือความยากลำบากในการดูแลประเมินจากความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแลหรือความพยายามในการกระทำการดูแล ลักษณะของข้อคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ระดับ 1	ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับ 2	ใช้เวลาในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับ 3	ใช้เวลาในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับ 4	ใช้เวลาในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับ 5	ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน

ความยากลำบากในการดูแล

ระดับ 1	ไม่ยากลำบากในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับ 2	มีความยากลำบากในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับ 3	มีความยากลำบากในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับ 4	มีความยากลำบากในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับ 5	มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน

นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมาคูณกันแล้วถอดรากที่ 2 จะได้คะแนนการดูแลอยู่ในช่วงระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้การดูแลน้อย คะแนนสูงแสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้การดูแลมาก และจากการศึกษาพบว่าแบบประเมินการรับรู้การดูแลของ Oberst (1990) ได้มีการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย สายพิน เกษมวัฒนา (2536) ทำตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 4 ท่าน หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงข้อคำถามบางข้อ และได้มีการนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นภรรยาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 104 ราย พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ .77 จริยา วิริยะศุกร (2536) นำไปแบบประเมินนี้ไปใช้กับบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 74 คน พบว่าในส่วนของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในของแบบประเมินทั้งหมด .72 และความยากลำบากในการดูแล .78

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินการรับรู้การดูแลของ Oberst (1990) มาใช้ในการประเมินการดูแล โดยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีแนวคิดที่สอดคล้องกับการประเมินความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลผู้ต้องการการดูแล ตามกรอบแนวคิดของโอเรียม (Oberst,1990 อ้างถึงใน ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545)

เป็นแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีการพิจารณาการรับรู้ภาวะการดูแลตามกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. การดูแลโดยตรง (direct care) การดูแลในส่วนนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย โดยเป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองของความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยประกอบด้วย

1.1 การบำบัดรักษา เป็นกิจกรรมการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะของโรคเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

1.2 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปของผู้ป่วย

1.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการของผู้ป่วย

2. การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลเมื่อมีปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.1 เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย

2.2 การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ

2.3 การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.4 การติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ

3. การกระทำกิจกรรมโดยทั่วไป (instrumental care) เป็นกิจกรรมการดูแลโดยทั่วไปที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยและเป็นกิจกรรมของผู้ดูแลเองที่ต้องคอยดูแลประกอบด้วย

3.1 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3.2 การจัดการเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย

3.3 งานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น

3.4 การเดินทางในสถานที่ต่างๆ

3.5 การวางแผนเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะผู้ดูแล

ปิยรัตน์ ตวงสิน (2545) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 105 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยกิจกรรมที่รับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุดคือ การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย รองลงมาคือการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะการดูแล

พรชัย จูเมตต์ (2540) ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 ราย ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเชิงประนัยและอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีภาวะเชิงประนัยและอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพียงใจ ตีรไพวงศ์ (2540) ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและ ภาวะการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะ การดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กิจกรรมการดูแลด้าน การจัดการเรื่องการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วยมีคะแนนภาวะการดูแลสูงสุด รองลงมา คือการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

Marsh, Kersel & Havill (1981) ได้ทำการศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะพบว่าสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์จากภาวะทางอารมณ์ของ ผู้ป่วยรวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความบกพร่องด้าน ร่างกาย พฤติกรรมและการแยกตัวออกจากสังคม ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนัก โดย ภาระกิจที่ครอบครัวจะต้องกระทำต่อผู้ป่วยคือ การให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม คงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของ ผู้ป่วย

Marsh, Kersel & Havil (1998) ทำการศึกษาถึงการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 6 เดือนหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจะเกิดความเป็นทุกข์จากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยรวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย พฤติกรรม และการแยกตัวออกจากสังคม

Wade, Taylor, Drotar, Stancin & Yeates (1998) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก จำนวน 189 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นเด็กที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง 53 ราย ได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางจำนวน 56 ราย และเด็กที่ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับกระดูกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองมีการรับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบกระดูก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่างานวิจัยโดยส่วนมากเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศยังไม่พบงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีการจัดกิจกรรมต่างๆ ในการลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องการให้โปรแกรมสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้บาดเจ็บที่สมองส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) จึงต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะพยาบาลหรือญาติในการกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยซึ่งการช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองนี้ ไม่ปรากฏในทฤษฎีอื่นๆ แต่จะปรากฏเด่นชัดในทฤษฎีทางการพยาบาลโดยเฉพาะทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในครั้งนี้

4.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มโดยทั่วไป ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความบกพร่อง ในการดูแลตนเอง (Theory of self – care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self - care) การวิจัยครั้งนี้เน้นในด้านทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self – care deficit) (Orem, 1991)

ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self – care deficit) ความบกพร่องในการดูแลเกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต หรือความสามารถของผู้รับผิดชอบที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลของบุคคลผู้ต้องการการพึ่งพาไม่เพียงพอ บุคคลจึงต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้เกิดมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในขณะนั้น และในขณะเดียวกันต้องช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถ ที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การที่จะเข้าใจแนวคิดของความบกพร่องในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self- care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care agency)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self- care demand) เป็นความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care requisits) 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self- care requisits) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน
- 1.4 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.5 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิต มนุษย์ระยะต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

- 2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ
- 2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะ ต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ (Health deviation self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตน
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 การปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย
- 3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – care Agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self – care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นตัวกลางที่เชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจังในกิจกรรมที่สามารถจะกระทำได้และแก้ไขความเข้าใจผิดว่าการดูแลตนเองเป็นการผลักภาระให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติดูแลตนเองหรือดูแลกันเอง หรือช่วยตนเอง แต่เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพ

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถที่ได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล โดยเป็นการจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องหรือมีโอกาสที่จะเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง แต่จะต่างกันตรงที่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาล (Nursing system) คือระบบที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ สามารถแบ่งตามลักษณะของการดูแลโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้เป็น

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมที่กระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะป็นรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้
- ผู้ป่วยที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่นผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดพยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้ คือสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยโดยพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วย และช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ระบบนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่สามารถคิด ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive System) ในระบบนี้ผู้ป่วยครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย จะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง โดยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้นพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยแทนผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยมีวิธีการให้ความช่วยเหลือดังนี้

3.1 การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ภายใต้คำแนะนำและการตรวจตราของพยาบาลมักใช้ร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3.2 การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามของผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลเข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ

3.3 การสอนเป็นวิธีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องคำนึงถึงสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการรู้ เนื้อหาที่สอนต้องเสริมความรู้เดิมและเหมาะสมกับผู้ดูแล

การได้รับบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลบาดเจ็บที่สมองต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการจัดระบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยโอเร็มกล่าวว่าพยาบาลต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาล

เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด สามารถแบ่งตามลักษณะของการดูแลโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ ประกอบด้วย 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) 2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory nursing system) 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive System) ผู้วิจัยได้นำระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive System) นำมาใช้ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองโดยการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจและรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์จริงระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกรับผิดชอบยิ่งขึ้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลและจูงใจให้หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น (จินนะรัตน์ ศรีภักทธิญาญ, 2540) ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และมีความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

รัมภรดา ผลอินทร์ (2539) ทำการศึกษาเรื่องผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนน Glasgow Coma Scale 6-10 คะแนน และญาติ 25 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย กลุ่มควบคุม 13 ราย โดยทำการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที ในช่วงเวลา 06.00 - 20.00น. โดยทำการสอนและชี้แนะแต่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการฟื้นสภาพด้านารรู้คิดและด้านร่างกายด้วยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้านการได้ยิน การได้กลิ่น การมองเห็น การรับรส การสัมผัสและการเคลื่อนไหว รวมไปถึงกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกายการพลิกตะแคงตัว และการเปลี่ยนท่าตามระยะอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โสพรรณ โพทะยะ (2544) ทำการศึกษารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยพยาบาล 30 คน ญาติผู้ดูแล 22 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 20 คน รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลประกอบด้วย การให้การพยาบาลตามปกติรวมกับการให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการขับถ่าย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหาร การเคาะปอดและดูดเสมหะ การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ด้วยวิธีการสอน สาธิต และฝึกทักษะ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่าปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลมี 5 ระยะ คือต้องการพึ่งพา พร้อมมีส่วนร่วม ร่วมดูแล สร้างความมั่นใจก่อนกลับบ้านและยืนได้ด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมีระดับการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทีมพยาบาลและญาติผู้ดูแลรับรู้และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้แสดงความชัดเจนของบทบาทพยาบาล ในการส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

Date, Goede & Werner (1987: 26-27) ทำการศึกษาถึงการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 54 คน โดยสอนญาติให้ช่วยเหลือในการพยาบาลที่ง่ายๆ เช่น การอาบน้ำ การให้อาหาร จัดสิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วย โดยให้มีวัตถุประสงค์ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยก่อนได้รับอุบัติเหตุ พบว่าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็วขึ้น

Kater (1989: 20-33) ทำการศึกษาถึงการตอบสนองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก โดยแบ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ออกเป็น 2 กลุ่ม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายกันในเรื่องอายุ เพศ ชนิดของการบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 6 ด้านประกอบด้วย การมองเห็น (Visual) การได้ยิน (Auditory) การได้กลิ่น (Olfactory) การรับรส (Gustatory) การสัมผัส (Cutaneous) และการเคลื่อนไหว (Kinesthetic) เริ่มโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 45 นาที 2-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลา 1-3 เดือนขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รู้สึกร่างกาย โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก และใช้การกระตุ้นสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาก่อน สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยไม่ได้รับโปรแกรมฯ ผลพบว่าระดับการรับรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับบาดเจ็บ 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาพบว่าได้มีผู้ศึกษาถึงการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไว้อย่างมากมาย โดยเป็นกระบวนการที่เน้นการเรียนรู้และการฝึกฝน มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพความสามารถของผู้ป่วยให้กลับคืนมาให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

โดยโปรแกรมการฟื้นฟูในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะเริ่มตั้งแต่ในระยะแรกๆ เมื่อสภาวะทางร่างกายต่างๆ ดีขึ้นหรือมั่นคงขึ้น ก็จะเริ่มโปรแกรมการฟื้นฟูที่เข้มข้นมากขึ้น ความสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ได้แก่ ธรรมชาติและความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง ลักษณะและความรุนแรงของความบกพร่องและความทุพพลภาพ สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย และการได้รับการดูแลจากครอบครัว (วิภาวรรณ ลีลาสำราญ, 2545) แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

5.1 ในระยะแรกภายหลังจากภาวะทางคลินิกอยู่ในสภาพที่มั่นคงแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวหรือจากการขาดการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย

5.1.1 กิจกรรมที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันการเกิดข้อยึดติด ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอด และ ป้องกันการเกิดแผลกดทับดังนี้

- การทำ passive range of motion exercise
- การจัดทำ
- Chest physical therapy

5.1.2 กิจกรรมที่มุ่งเน้นการกระตุ้นการรับรู้หรือการตื่นตัวของผู้ป่วย

- sensory หรือ coma stimulation program

5.2 ในระยะหลัง ภายหลังจากผู้ป่วยรู้สึกตัวบ้างหรือมีการตอบสนองบ้าง การฟื้นฟูสภาพในระยะนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการเคลื่อนไหว การเคลื่อนที่ การช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการกลับเข้าสู่สังคมเดิมได้ ประกอบด้วย

5.2.1 กิจกรรมที่มุ่งเน้นการเคลื่อนไหวของแขนขา และการทรงตัว การทำ passive range of motion exercise หรือ active exercise

- การฝึกการทรงตัว
- การฝึกการเคลื่อนย้ายและการเดิน

5.2.2 กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อความตื่นตัวและการรับรู้มากขึ้น

- การฝึกเพิ่มกำลังของมือและแขน
- เทคนิคการดูแลตนเองการฝึกฝนการรับรู้ต่างๆ
- การฝึกฝนกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้จัดสร้างโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกระตุ้นประสาทรับรู้สัมผัสในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของผู้ที่ไม่รู้สึกตัวของ Gerber (2005: 94 –108) ร่วมกับการที่ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1991) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสร้างโปรแกรมในการสอน ชี้นะ และการฝึกทักษะแก่ญาติให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรมโดยมีการดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่พบกับผู้ป่วยและญาติ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ และความเชื่อมั่น เพื่อการประเมิน วิเคราะห์ และค้นหาปัญหาของญาติผู้ดูแลและรวมถึงได้ทราบถึงความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการ

2. การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด มาวางแผนในการกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละราย และมีการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

3. การสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วยการให้ความรู้และข้อมูล (Educative supportive) เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยข้อมูลที่จะให้ นั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง เพื่อจัดทำแผนการสอน สื่อการเรียนการสอน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสำหรับญาติผู้ดูแลเพื่อให้ญาติสามารถทบทวนความรู้ที่ได้รับได้ด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อไป และการสาธิตและการฝึกทักษะการปฏิบัติ (Eliciting the performance) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอน และวิธีการดำเนินการต่างๆ ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ได้รับประสบการณ์จากการ

ปฏิบัติในสถานการณ์จริง และสร้างความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเองให้แก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยได้จัดให้มีการทดลองฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์การสมมติก่อนไปฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ในแต่ละหัวเรื่องทุกครั้งหลังการให้ความรู้และข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลในแต่ละหัวเรื่อง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สาธิต ให้คำแนะนำ และประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แก่ญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้วิจัยปฏิบัติกิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ญาติผู้ให้การดูแลดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้รู้สึกโดยญาติผู้ดูแลพร้อมทั้งการฝึกทักษะการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้รู้สึก ในวันที่ 1 – 2 ของการทดลอง

ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 และให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยการทำความสะอาดร่างกายและการรับประทานอาหาร ในวันที่ 3 – 5 ของการทดลอง

ครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 และให้ความรู้และฝึกทักษะ เรื่อง การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การดูแลเสมหะทางท่อทางเดินหายใจเทียม ในวันที่ 6 – 7 ของการทดลอง

ครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้และการฝึกทักษะในครั้งที่ 1-3 ของการทดลอง ในวันที่ 8-14 ของการทดลอง

4. การประเมินผลการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นการสำรวจตรวจสอบผลที่เกิดจากโปรแกรมฯ ภายหลังจากเสร็จสิ้นโดยประเมินจากระดับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะการดูแลของญาติผู้ให้การดูแลเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและวางแผนการดำเนินการของโปรแกรมฯ ในครั้งต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพจากญาติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง โดยทำการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยรวม 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ และวันที่ 14 ของการทดลอง และทำการประเมินการรับรู้ภาวะผู้ดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ และ วันที่ 14 ของการทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การได้รับบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความผิดปกติด้านการรู้คิด ความทรงจำ และมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพกลับมา มีภาวะสุขภาพใกล้เคียงกับก่อนได้รับการบาดเจ็บมากที่สุด การนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการกระตุ้นประสาทรับรู้รู้สึกจากเสียงและวัตถุที่คุ้นเคย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองเร็วขึ้นมากกว่าบุคคลที่ไม่คุ้นเคยจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดสร้างโปรแกรมเกี่ยวกับการสนับสนุนญาติความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

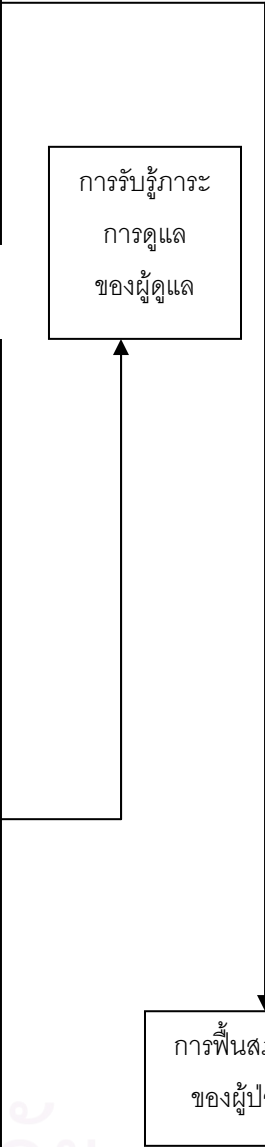
การพยาบาลตามปกติ
 กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย การได้รับสารอาหาร การดูแลกิจวัตรประจำวันและการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย แนวทางการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับญาติผู้ดูแลเช่นที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 สร้างจากแนวคิดการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของ Gerber (2005) ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem ,1990)ประกอบด้วย

- 1.การสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้และรวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 2.การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย แพทย์เจ้าของผู้ป่วย และมีการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์จริง
- 3.การสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติแก่ญาติผู้ให้การดูแลดังนี้
 - ครั้งที่ 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพด้านการรับความรู้สึกโดยญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งการฝึกทักษะการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพด้านการรับความรู้สึกในวันที่ 1 – 2 ของการทดลอง
 - ครั้งที่ 2. ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 ร่วมกับให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกายและการรับประทานอาหาร ในวันที่ 3 – 5 ของการทดลอง
 - ครั้งที่ 3. ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 ร่วมกับให้ความรู้และฝึกทักษะ เรื่อง การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การดูแลเสมหะในผู้ป่วยคาท่อทางเดินหายใจเทียม ในวันที่ 6 – 7 ของการทดลอง
 - ครั้งที่ 4. ทบทวนความรู้และการฝึกทักษะในครั้งที่ 1-3 ของการทดลอง ในวันที่ 8-14 ของการทดลอง
- 4.การประเมินผลการสนับสนุนและให้ความรู้ ทำการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการได้รับโปรแกรม และ วันที่ 14 ของการทดลอง

การรับรู้ภาวะ
 การดูแล
 ของผู้ดูแล

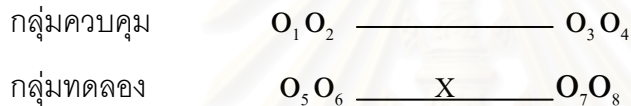
การฟื้นฟูสภาพ
 ของผู้ป่วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ดำเนินการวิจัยโดยการเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แบบแผนการทดลองเป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest , control group designs) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้



O_1 หมายถึงการประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของผู้ดูแลก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_2 หมายถึงการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_3 หมายถึงการประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของผู้ดูแลหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึงการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_5 หมายถึงการประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของผู้ดูแลก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

O_6 หมายถึงการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

O_7 หมายถึงการประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

O_8 หมายถึงการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

X หมายถึงโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2548 – 30 มีนาคม 2549 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว ตามแนวคิดของ Polit & Hungler (1999: 292) โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

คุณสมบัติผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองเท่ากับ 3-10 คะแนน ได้จากการประเมินคะแนนระดับความรู้สึกตัว(Glasgow Coma Scale: GCS) เมื่อแรกรับไว้ทำการรักษา และมีอาการคงที่คือ อาการทางสมองไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่สมองโดยประเมินจาก GCS ไม่เปลี่ยนแปลงใน 48 ชั่วโมงก่อนทำการรักษา
3. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยินก่อนได้รับบาดเจ็บ
4. ได้รับความยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของไขสันหลัง
2. ผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกแขน ขาหรือสะโพกร่วมด้วย
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจหรือมีภาวะขาดออกซิเจนนานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 นาที หลังได้รับบาดเจ็บ

หลังจากทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแล้วผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตามคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติผู้ดูแล

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำหน้าที่รับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน
3. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย ได้เป็นอย่างดี

4. ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัส
5. ได้รับความยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ ตำแหน่งการบาดเจ็บที่สมอง คะแนนระดับความรู้สึกตัว(Glasgow Coma Scale: GCS) เมื่อแรกรับไว้ศึกษา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนจึงทำการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของแบบแผนการทดลอง โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงในด้านอายุของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี คะแนนระดับความรู้สึกตัว(Glasgow Coma Scale: GCS) เมื่อแรกรับไว้ศึกษาแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตาม อายุ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS)เมื่อแรกรับไว้ทำการรักษา และตำแหน่งของการได้รับบาดเจ็บที่สมอง

คู่ที่	อายุ		คะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS)		ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	1.	29	25	5T	4T	Parietal lobe
2.	20	20	5T	5T	Frontotemporo - parietal	frontotemporo - parietal
3.	54	53	5T	5T	Frontal lobe	Frontal lobe
4.	54	53	5T	8T	Paritotemporal lobe	Paritotemporal lobe
5.	28	28	6T	6T	Frontal lobe	Frontal lobe

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้ป่วยที่	อายุ		คะแนนระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS)		ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ	
	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม	กลุ่ม
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
6.	26	25	5T	6T	Frontotemporo - parietal	Frontotemporo - parietal
7.	57	56	6T	6T	Frontotemporo - parietal	Frontotemporo - parietal
8.	30	33	5T	6T	Parietal lobe	Parietal lobe
9.	48	50	5T	7T	Parietal lobe	Parietal lobe
10.	45	42	5T	5T	Paritotemporal lobe	Paritotemporal lobe
11.	36	35	6T	8T	Frontotemporo - parietal	Frontotemporo parietal
12.	54	59	5T	5T	Frontotemporo - parietal	Frontotemporo - parietal
13.	29	34	6T	5T	Frontal lobe	Frontal lobe
14.	48	45	5T	6T	Paritotemporal lobe	Paritotemporal lobe
15.	45	45	5T	5T	Frontal lobe	Frontal lobe
16.	40	42	6T	6T	Parietal lobe	Parietal lobe
17.	50	55	6T	6T	Frontoparital lobe	Frontoparital lobe
18.	49	50	6T	7T	Frontal lobe	Frontal lobe
19.	50	50	5T	6T	Frontotemporo - parietal	Frontotemporo - parietal
20.	56	51	6T	3T	Frontoparital lobe	Frontoparital lobe

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60.0	16	80.0	28	70.0
หญิง	8	40.0	4	20.0	12	30.0
อายุ						
20-27 ปี	2	10.0	3	15.0	5	12.5
28-35ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
36-43 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
44-51ปี	8	40.0	7	35.0	15	37.5
52-59 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
ค่าเฉลี่ย	42.05		42.15			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.37		11.51			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	6	30.0	7	35.0	13	32.5
มัธยมศึกษา	9	45.0	8	40.0	17	42.5
อนุปริญญา	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ปริญญาตรี	2	10.0	4	20.0	6	15.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	10.0	-	-	2	5.0
อาชีพ						
นักศึกษา	1	5.0	2	10.0	3	7.5
รับราชการ	3	15.0	6	30.0	9	22.5
รับจ้าง	12	60.0	6	30.0	18	45.0
กิจการส่วนตัว	2	10.0	3	15.0	5	12.5
เกษตรกรรวม	1	5.0	-	-	1	2.5
แม่บ้าน	1	5.0	3	15.0	4	10.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด	3	15.0	6	30.0	9	22.5
คู่	13	65.0	12	60.0	25	62.5
หย่า	1	5.0	-	-	1	2.5
ม่าย	3	15.0	2	10.0	5	12.5

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
อายุ						
20-27 ปี	3	15.0	2	10	5	12.5
28-35ปี	4	20.0	4	20	8	20.0
36-43 ปี	3	15.0	6	30	9	22.5
44-51ปี	6	30.0	7	35	13	32.5
52-59 ปี	4	20.0	1	5	5	12.5
ค่าเฉลี่ย	40.40		39.15			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.51		8.38			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50.0	6	30.0	16	40.0
มัธยมศึกษา	4	20.0	8	40.0	12	30.0
อนุปริญญา	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ปริญญาตรี	3	15.0	5	25.0	8	20.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	10.0	-	-	2	5.0
อาชีพ						
นักศึกษา	-	-	1	5.0	1	2.5
รับราชการ	3	15.0	3	15.0	6	15.0
รับจ้าง	11	55.0	5	25.0	16	40.0
กิจการส่วนตัว	1	5.0	4	20.0	5	12.5
เกษตรกรรวม	3	15.0	-	-	3	7.5
แม่บ้าน	2	10.0	7	35.0	9	22.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
คู่สมรส	10	50.0	9	45.0	19	47.5
บิดา/มารดา	5	25.0	5	25.0	10	25.0
บุตร	4	20.0	4	20.0	8	20.0
พี่น้อง	1	5.0	1	5.0	2	5.0
หลาน	-	-	1	5.0	1	2.5
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
1-3	-	-	2	10.0	2	5.0
4-6	12	60.0	16	80.0	28	70.0
7-10	8	40.0	2	10.0	10	25.0

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ

โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Gerber (2005: 94-108) ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1991) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1.2 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า จากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1.3 กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญ ขั้นตอน ในโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลให้สอดคล้องกับสาระสำคัญในโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยหลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการดำเนินการ การประเมินผล สื่อประกอบการดำเนินการของโปรแกรมฯ

1.4 สร้างเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตามที่กำหนด ได้แก่ แผนการสอน และคู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสำหรับผู้ดูแล ขั้นตอนการสร้างมีดังนี้

1.4.1 ผู้วิจัยทำการสรุปสาระเนื้อหาหลักที่สำคัญในเรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง การกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว โดยดัดแปลงให้เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

1.4.2 สร้างเนื้อหาในแผนการสอนและคู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสำหรับผู้ดูแล

1.4.3 ถ่ายภาพและวาดภาพที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่กำหนดไว้แล้วนำบรรจุในคู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสำหรับผู้ดูแล

1.5 จัดพิมพ์คู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสำหรับผู้ดูแล

1.6 จัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ใช้ในการสาธิตและฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสำหรับผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้แล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาล และเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท จำนวน 2 ท่าน พยาบาลประจำการวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลและเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแล

ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จำนวน 2 ท่าน อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาศัลยกรรมประสาทจำนวน 1 ท่าน (รายชื่อดังในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม

ผลการตรวจสอบ คือ มีการปรับความครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้องของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และในส่วนของภาระกระตุ้นการรับรู้รู้สึกควรเน้นเรื่องประโยชน์ ความสำคัญ และผลระยะยาวที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและการประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลและควรระบุความถี่หรือระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งการทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ภายนอกและการดูแลหยาบๆ ไม่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ ด้วยการกระตุ้นการรับรู้รู้สึก

จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาพิจารณาอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยจึงนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ดูแลที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2548 ถึงวันที่ 12 ธันวาคม 2548 จำนวน 5 ราย พบว่าเนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรมฯที่ใช้มีความเหมาะสม รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่นำเครื่องมือไปทดลองเสนอแนะว่าระยะเวลาที่ใช้ในโปรแกรมฯ คือ 14 วันนานเกินไป ทำให้ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯได้ ทั้งที่มีความสนใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ และกิจกรรมในบางวันของโปรแกรมฯใช้เวลามากกว่าที่กำหนดไว้ เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่าเทียมกัน จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบจริงจากการนำไปทดลองใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ รายได้/เดือน ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา การวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยการผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด คะแนนระดับความรู้สึกตัว เมื่อแรกรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล วันที่เริ่มทำการรักษา และวันสิ้นสุดการศึกษา แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยก่อนได้รับการบำบัดเจ็บที่สมอง สิ่งที่ผู้ป่วยชอบและผูกผัน บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและคุ้นเคยมากที่สุด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้

2.3 แบบประเมินภาวะการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะการดูแลที่สร้างขึ้นโดย โอเบิร์ต (Oberst 1990, อ้างอิงในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา 2536: 50 และจรรยา วิทยะศุกร, 2539) สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดการรับรู้ภาวะการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือการดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคลและการดูแลทั่วไป ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะคือความต้องการการดูแลที่ประเมินได้จากปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการดูแลที่ประเมินได้จากความยุ่งยากซับซ้อนของการดูแลหรือความพยายามในการกระทำกิจกรรมการดูแล ลักษณะของข้อคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณ 5 ระดับดังนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ระดับที่ 1	ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับที่ 2	ใช้เวลาในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับที่ 3	ใช้เวลาในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับที่ 4	ใช้เวลาในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับที่ 5	ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน

ความยากลำบากในการดูแล

ระดับที่ 1	ไม่ยากลำบากในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับที่ 2	มีความยากลำบากในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับที่ 3	มีความยากลำบากในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับที่ 4	มีความยากลำบากในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับที่ 5	มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน

นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมาคูณกันแล้วถอดรากที่ 2 จะได้คะแนนการตรวจดูแลอยู่ในช่วงระหว่าง 15 – 27 คะแนน คะแนนที่ต่ำแสดงว่าสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะการดูแลน้อย คะแนนสูงแสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาวะการดูแลมาก

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการนำแบบประเมินที่มีการแปลเป็นภาษาไทย โดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) มาดัดแปลงข้อคำถามบางข้อ ให้มีความเหมาะสมในการประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว และกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาสำนวน และรูปแบบของแบบประเมิน หลังจากแก้ไขขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาลและเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (รายชื่อตั้งในภาคผนวก ก) พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องกันร้อยละ 80 ผลการตรวจสอบพบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และทำการปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบ คือ มีการปรับความชัดเจนและความถูกต้องข้อคำถามและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในทุกข้อคำถามและควรมีการเพิ่มข้อคำถามที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน (Alpha Cronbach's reliability) ผลพบว่าได้ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในของแบบประเมินเท่ากับ .92

2.4 แบบวัดการฟื้นฟูสภาพของ Rappaport, Hall, Hopkins, Belleza & Cope (1982: 118-123) สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความพิการที่ดีขึ้นของผู้ป่วย โดยแบบประเมินนี้จะให้ข้อมูลในเชิงปริมาณซึ่งมีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-29 คะแนน คะแนนมากแปลว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดี รายละเอียดดังนี้

ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกตัวตาม glasgow coma scale ทั้งหมด 3 ด้าน ประกอบด้วย การลืมตา การพูด การเคลื่อนไหว ดังนี้

1) การลืมตา (Eye opening) มีระดับคะแนนดังนี้ คือ

ลืมตาเอง	=	0 คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก	=	1 คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ	=	2 คะแนน
ไม่ลืมตาเลย	=	3 คะแนน

2) การพูด (Verbal response) มีระดับคะแนน ดังนี้ คือ

พูดได้ปกติ	=	0 คะแนน
พูดคุยได้แต่สับสน	=	1 คะแนน
พูดเป็นคำๆ	=	2 คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	=	3 คะแนน
ไม่ออกเสียงเลย	=	4 คะแนน

3) การเคลื่อนไหว มีระดับคะแนนดังนี้

เคลื่อนไหวทำตามคำสั่ง	=	0 คะแนน
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	=	1 คะแนน
ชักแขนขวาหนีเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	2 คะแนน
แขนงอแบบเกร็งเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	3 คะแนน
แขนเหยียดแบบเกร็งเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	4 คะแนน
ไม่เคลื่อนไหวเลยเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด	=	5 คะแนน

ด้านที่ 2 ความสามารถในการรู้และเข้าใจ บอกได้ถึงกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยในหมวดนี้จะวัดระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะคิดว่าจะทำกิจกรรมเหล่านี้อย่างไรและเมื่อไร การคิดคะแนนจะแยกคิดในแต่ละด้าน มีการคิดระดับคะแนนดังนี้

รู้ทั้งหมด	=	0 คะแนน
รู้เกือบทั้งหมด	=	1 คะแนน
รู้เพียงเล็กน้อย	=	2 คะแนน
ไม่รู้เลย	=	3 คะแนน

ด้านที่ 3 ความสามารถในการทำกิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง มีระดับคะแนนดังนี้

ทำกิจกรรมได้เองทุกอย่าง	=	0 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยเหลือ	=	1 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นบางครั้ง	=	2 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด	=	3 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทุกเรื่อง	=	4 คะแนน
ต้องการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง	=	5 คะแนน

ด้านที่ 4 การทำงาน (Employability) มีระดับคะแนนดังนี้

ทำงานได้ตามปกติ	=	0 คะแนน
ทำงานได้บางอย่าง	=	1 คะแนน
ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำงาน	=	2 คะแนน
ไม่สามารถทำงานได้	=	3 คะแนน

การประเมินผล

คะแนนรวม	ระดับความพิการ
0	ไม่มีความพิการ
1	ความพิการเล็กน้อย
2-3	มีความพิการบางส่วน
4-6	ความพิการปานกลาง
7-11	มีความพิการค่อนข้างรุนแรง
12-16	มีความพิการรุนแรง
17-21	มีความพิการรุนแรงมาก
22-24	มีความพิการเข้าสู่ระดับ vegetative
25-29	มีความพิการระดับ vegetative

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพมาแปลและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาสำนวน และรูปแบบ หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกและปริญญาโทและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท พยาบาลประจำการวุฒิปริญญาโทและเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท (รายชื่อตั้งในภาคผนวก ก) พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษาที่ใช้ ผลพบว่าควรมีการปรับสำนวนภาษาในแบบสอบถามในส่วนของความสามารถในการทำกิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง ภายหลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3, 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80ขึ้นไป (Davis ,1992) ผลการตรวจสอบคือ มีการปรับความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาในข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าค่าความตรงตามเนื้อหา = .88

การตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกต (Interrater Reliability) ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ที่ทำการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทราบถึงขั้นตอนวิธีการใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพและฝึกฝนให้มีความชำนาญในการสังเกต จากนั้นนำแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาใช้ในการประเมินการฟื้นฟูสภาพกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำนวน 10 คน และทำการตรวจสอบว่าผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตได้ตรงกันเพียงใด พร้อมทั้งหาความเที่ยงของการสังเกตโดยใช้สูตร Polit & Hungler (1999: 416)

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน+จำนวนการสังเกตที่แตกต่างกัน}}$$

จากการสังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผลพบว่าค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 = .83 และผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 = .85

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2548 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2549 ณ หอผู้ป่วย กิ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ครอบครัว โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะดำเนินการประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยจัดเตรียมโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1.2 ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินการทดลอง โดยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากได้รับอนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยดังกล่าวเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลองและการจัดเตรียมสถานที่ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1.3.1 แนะนำตัวแก่ผู้ช่วยวิจัยและแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง

1.3.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบาย เกี่ยวกับแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพและให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินพร้อมทั้งซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเป็นที่เข้าใจ จากนั้นทำการฝึกทักษะการใช้แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแก่ผู้ช่วยวิจัย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจริงจำนวน 10 ราย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อและสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งได้จากการศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ จากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

2.1.1 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยแนะนำตนเองและสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมลงโน้มนำบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.1.3 ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามปกติในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การได้รับออกซิเจน การติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท การรักษาสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย การได้รับสารอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การจัดท่านอน และการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย แนวทางการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับญาติผู้ดูแลเช่นที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ

2.1.4 ผู้ป่วยได้รับการประเมินการฟื้นฟูสภาพจากผู้ช่วยวิจัย รวม 2 ครั้ง ได้แก่ วันที่ 1 และ 14 ของการเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ในวันที่ 1 และ 14 ของการเข้าร่วมการวิจัย

2.1.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ

2.2 กลุ่มทดลอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งได้จากการประเมินเพิ่มประวัติของผู้ป่วยที่ทำการบันทึกไว้ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกันกลุ่มควบคุมและมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยทำการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการทดลองต่างๆในภาพรวมบันทึกและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินระดับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

2.2.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของผู้ป่วย

2.2.3 ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลรวม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง สาเหตุ กลไกการบาดเจ็บที่สมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึกโดยญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งการฝึกทักษะการปฏิบัติกรฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึกทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับสัมผัส การรับรส การรับกลิ่น การได้ยิน และการมองเห็นในวันที่ 1 และ 2 ของการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน ด้านละ 20 นาที รายละเอียดดังนี้

- ด้านการรับรู้ความรู้สึกสัมผัส โดยการใช้สิ่งที่มีลักษณะพื้นผิวแตกต่างกันมาลูบหรือถูบริเวณผิวหนังของผู้ป่วย การใช้แรงหนักเบาของการสัมผัส โดยการเข็ดตัวให้ผู้ป่วย การใช้น้ำที่มีอุณหภูมิแตกต่างกัน และการทาโลชั่นให้แก่ผู้ป่วย

- ด้านการรับรส โดยการใช้ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก ที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ การใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำหวาน น้ำมะนาว หรือการใช้อาหารและน้ำที่ผู้ป่วยชอบสัมผัสลิ้นของผู้ป่วย

- ด้านการรับกลิ่น โดยการใช้กลิ่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เช่นกลิ่นน้ำหอม แป้ง ยาดม หรือกลิ่นหอมหวานชวนรับประทาน

- ด้านการได้ยิน โดยการใช้ญาติเรียกชื่อที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและพูดคุยกับผู้ป่วย บอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงวัน เวลา สถานที่และบุคคล ให้ฟังเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ

- ด้านการมองเห็น โดยการใช้ผู้ป่วยมองภาพบุคคลที่คุ้นเคย การใช้นิ้วมือของญาติลากเส้นตรงตามทิศทาง 6 ทิศทางให้ผู้ผู้ป่วยมองตาม

ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 ร่วมกับ ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องของการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวโดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันที่ 3 – 5 ของการทดลองใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน ประกอบด้วย

- การทำความสะอาดร่างกาย ประกอบด้วย ความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับ อุปกรณ์ที่จำเป็น ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติกรทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วย

- การรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ความสำคัญของการการรับประทานอาหาร อุปกรณ์และขั้นตอนวิธีการรับประทานอาหารและหรือการให้อาหารทางสายยาง

ครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 ร่วมกับ ให้ความรู้และฝึกทักษะ เรื่องการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวโดยการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและการดูแลในในวันที่ 6 - 7 ของการทดลองใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน ประกอบด้วย

- การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว โดยเนื้อหาประกอบด้วยความจำเป็นในการทำ passive exercise ให้แก่ผู้ป่วย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับ ขั้นตอนและวิธีการทำ passive exercise ด้วยการออกกำลังกายโดยการหมุนข้อต่างๆตามองศาของแต่ละข้อให้แก่ผู้ป่วย

- การดูแลแผล โดยเนื้อหาประกอบด้วยความสำคัญประโยชน์ของการดูแลแผล ขั้นตอน อุปกรณ์และวิธีการดูแลแผล

ครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้และการฝึกทักษะในครั้งที่ 1-3 ของการทดลอง ในวันที่ 8-14 ของการทดลองใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

โดยประเมินจากการที่ผู้วิจัยทำการสอบถามความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน โดยมีเกณฑ์ในการประเมิน คือผู้ดูแลสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องอย่างน้อย 80 % และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในวันที่ 1 และ 14 ของการทดลองและผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้ภาวะผู้ดูแล ในวันที่ 1 และ 14 วัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนดำเนินการผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินการวิจัย ก่อนวันทำการทดลอง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มี การบังคับใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW version 12 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ การวินิจฉัยโรค การได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและการไม่ได้รับการผ่าตัด ค่าคะแนน Glasgow Coma Scale ของวันแรกที่รับไว้ทำการรักษาและวันสุดท้ายของการศึกษา และข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ อายุ เพศ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย อาชีพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนน Glasgow Coma Scale ของวันแรกที่รับไว้ทำการรักษาและวันสุดท้ายของการศึกษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะการดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการหาค่าความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูสภาพและการรับรู้ภาวะการดูแลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ดำเนินการวิจัยโดยการเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 4

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแสดงในตารางที่ 5 - 6

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงในตารางที่ 7 - 9 ภาพที่ 1-2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของการบาดเจ็บที่สมอง และการผ่าตัด คะแนน Glasgow coma Scale (GCS) วันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล คะแนน Glasgow coma Scale (GCS) วันแรกที่รับไว้ศึกษา คะแนน Glasgow coma Scale (GCS) ของวันสุดท้ายที่ศึกษา

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค						
Subdural hematoma	7	35	10	50	17	42.5
Epidural hematoma	3	15	2	10	5	12.5
Intracerebral hematoma	8	40	8	10	16	40.0
Brain contusion	2	10	-	-	2	5.0
ตำแหน่งการบาดเจ็บที่สมอง						
Bilateral frontotemporoparietal						
Right frontotemporoparietal	6	30	6	30	12	30.0
Left frontotemporoparietal	1	5	1	5	2	5.0
Frontal lobe	2	10	2	10	4	10.0
Frontoparital lobe	2	10	2	10	4	10.0
Parietal lobe	2	10	2	10	4	10.0
Paritotemporal lobe	3	15	3	15	6	15.0
การผ่าตัด						
ไม่ได้ผ่าตัด	3	15	3	15	6	15.0
Craniotomy	3	15	4	20	7	17.5
Craniectomy	7	35	10	50	17	42.5
Lobectomy	8	40	6	30	14	35.0
	2	10	-	-	2	5.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนน GCS วันแรกรับในโรงพยาบาล						
2T – 5T	16	80	10	50	26	65.0
6T – 9T	4	20	10	50	14	35.0
คะแนน GCS เฉลี่ย	5.15		5.2			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	(SD =0.48)		(SD=1.49)			
คะแนน GCS วันแรกที่รับไว้ศึกษา						
2T – 5T	11	55	11	55	22	55.0
6T – 9T	9	45	3	45	18	45.0
คะแนน GCS เฉลี่ย	5.6		5.4			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	(SD=0.82)		(SD= 1.42)			
คะแนน GCS วันสุดท้ายของการศึกษา						
2T – 5T	-	-	8	40	8	20.0
6T – 9T	9	45	10	50	19	47.5
10T – 14	11	55	2	10	13	32.5
คะแนน GCS เฉลี่ย	10.6		5.85			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	(SD=2.25)		(SD=2.30)			

T หมายถึงผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ Tracheostomy tube หรือ Endotracheal tube ไม่สามารถนำมาคิดคะแนนใน Glasgow Coma Scale ด้านการพูดได้

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Intracerebral hematoma คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ Subdural hematoma คิดเป็นร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งการบาดเจ็บที่สมองในบริเวณ Bilateral frontoparietal คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ craniotomy คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ craniectomy คิดเป็นร้อยละ 35 ค่าคะแนน Glasgow coma Scale (GCS) วันแรกที่รับไว้ใน โรงพยาบาล 2T – 5T คิดเป็นร้อยละ 65 ค่าคะแนน Glasgow coma Scale (GCS) วันแรกที่รับไว้ศึกษา 2T – 5T คิดเป็นร้อยละ 55 และค่าคะแนน Glasgow coma Scale (GCS) ของวันสุดท้ายที่ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีคะแนน 10T - 14 คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ 6T – 9T คิดเป็นร้อยละ 45 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนใหญ่มีคะแนน 6T – 9T คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา 2T – 5T คิดเป็นร้อยละ 40



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนการรับรู้การดูแล	\bar{X}	SD	t - test
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	49.35	7.22	1.373 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	52.35	6.58	
หลังการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	50.65	5.90	3.768*
กลุ่มทดลอง	42.05	8.32	

* $p < .05$, ns = not significant

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรับรู้ภาวะการดูแล	\bar{X}	SD	t - test
กลุ่มทดลอง (n=20)			
ก่อนการทดลอง	52.35	6.58	7.676*
หลังการทดลอง	42.05	8.32	
กลุ่มควบคุม (n=20)			
ก่อนการทดลอง	49.35	7.22	1.565 ^{ns}
หลังการทดลอง	50.65	5.90	

* $p < .05$, ns = not significant

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่างก่อนและหลังได้รับการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลภายหลังได้รับการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมฯ

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลองมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนการฟื้นฟูสภาพ	\bar{X}	SD	t - test
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	25.45	1.32	3.010 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	25.55	0.69	
หลังการทดลอง			
กลุ่มควบคุม	25.10	1.80	7.327*
กลุ่มทดลอง	17.50	4.27	

* $p < .05$, ns = not significant

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนเข้าร่วมการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการฟื้นฟูสภาพ	\bar{X}	SD	t - test
กลุ่มทดลอง (n=20)			
ก่อนการทดลอง	25.55	0.69	
หลังการทดลอง	17.50	4.27	8.628*
กลุ่มควบคุม (n=20)			
ก่อนการทดลอง	25.45	1.32	
หลังการทดลอง	25.10	1.80	1.377 ^{ns}

*p<.05 , ns = not significant

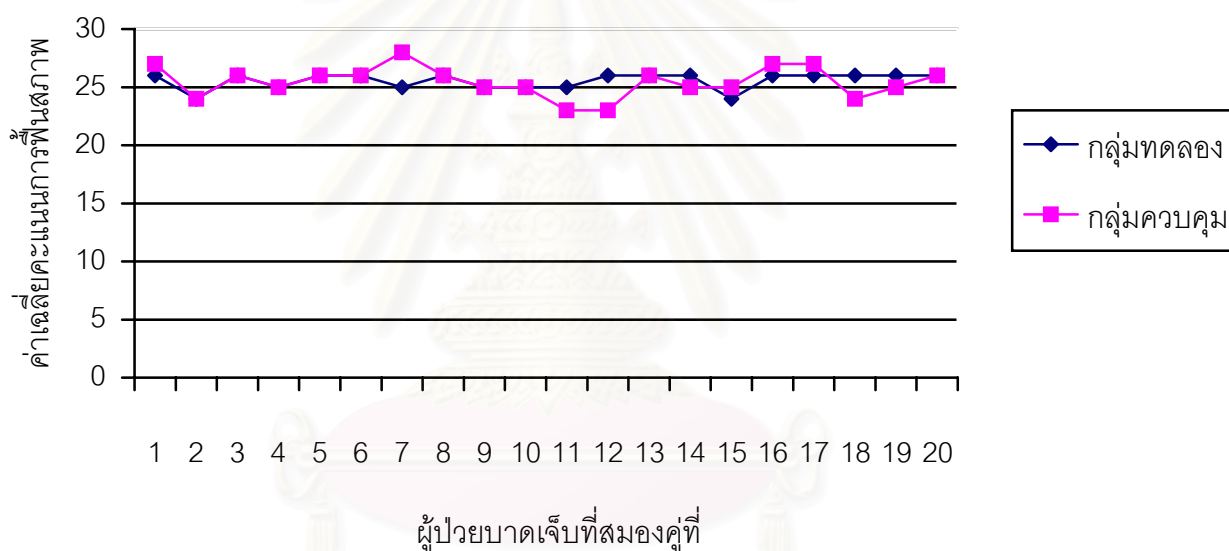
จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองภายหลังได้รับการทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลองมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

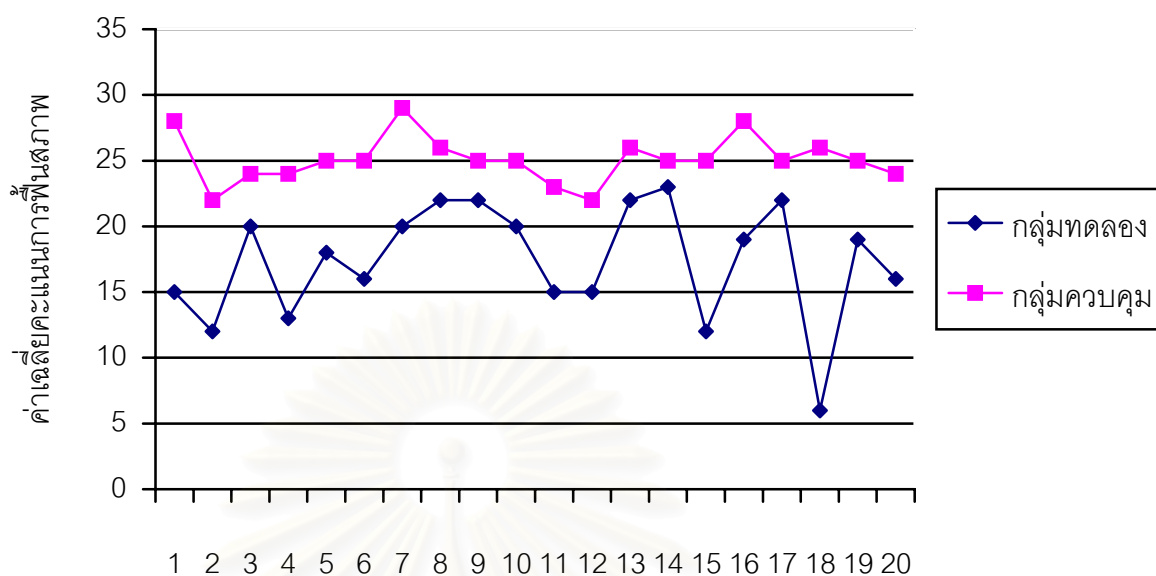
ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ป่วยรายที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1.	26	15	27	28
2.	24	12	24	22
3.	26	20	26	24
4.	25	13	25	24
5.	26	18	26	25
6.	26	16	26	25
7.	25	20	28	29
8.	26	22	26	26
9.	25	22	25	25
10.	25	20	25	25
11.	25	15	23	23
12.	26	15	23	22
13.	26	22	26	26
14.	26	23	25	25
15.	24	12	25	25
16.	26	19	27	28
17.	26	22	27	25
18.	26	6	24	26
19.	26	19	25	25
20.	26	16	26	24
\bar{X}	25.55	17.50	25.45	25.10

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความใกล้เคียงกันในทุกคู่ โดยมีความแตกต่างกัน ไม่เกิน 5 คะแนน ส่วนหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองลดลงทุกคน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าการลดลงของคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 8 ราย มีคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองคงที่ 8 ราย และคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสูงขึ้น 4 ราย



ภาพที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองคนที่

ภาพที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อการภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่างก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
4. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และผู้ดูแล ตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2548 - 30 มีนาคม 2549 จำนวน 40 ครอบครัว โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสร้างจากแนวคิดของ Gerber (2005: 94 - 108) โดยการกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก 6 ด้าน ประกอบด้วย การได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการรับกลิ่น ด้านการรับรส ด้านการสัมผัส และด้านการเคลื่อนไหว ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1991) ผู้วิจัยทำการให้ความรู้และฝึกทักษะต่างๆ ในการกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวให้แก่ผู้ดูแลรวม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ½ - 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 14 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะการดูแลที่สร้างขึ้นโดย โอเบิร์ตส (Oberst 1990, อ้างอิงในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา 2536: 50 และจรรยา วิทยะศุกร, 2539) เพื่อใช้วัดการรับรู้ภาวะการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือการดูแลโดยตรง การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก การฟื้นฟูสภาพด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมอื่นที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามแต่ละข้อต้องตอบ 2 ลักษณะ คือ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการกระทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบาก ลักษณะของข้อคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนที่ต่ำแสดงว่าสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะการดูแลน้อย คะแนนสูงแสดงว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาวะการดูแลมาก ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินด้วยการตรวจสอบค่าความเที่ยง(Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าของความสอดคล้องภายในของแบบประเมินทั้งฉบับ .92

2.2 แบบวัดการฟื้นฟูสภาพของ Rappaport, Hall, Hopkins, Belleza & Cope (1982: 118-123) แบบวัดนี้จะให้ข้อมูลในเชิงปริมาณซึ่งมีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-29 คะแนน คะแนนมากแปลว่าผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดี ดำเนินการหาค่าความเที่ยงของการสังเกตโดยผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง จำนวน 10 คน พร้อมทั้งหาความเที่ยงของการสังเกตจากการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 = 0.83 และผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 = 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2548 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2549 ณ หอผู้ป่วย กิ่งกฤตศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ครอบครัว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอความร่วมมือจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีสิทธิขอบด้วยกฎหมาย แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ดำเนินการทดลองดังนี้

- 2.1 กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และผู้ป่วยได้รับการประเมินการฟื้นฟูสภาพจากผู้ช่วยวิจัย รวม 2 ครั้ง ได้แก่ วันที่ 1 และ 14 ของการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ในวันที่ 1 และ 14 ของการเข้าร่วมการวิจัย

- 2.2 กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร่วมกับได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้านการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกและด้านการเคลื่อนไหวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย รวม 4 ครั้ง ใช้เวลา 14 วัน โดยใช้เวลาวันละ 11/2 - 2 ชั่วโมง ได้รับการประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในวันที่ 1 และ 14 ของการทดลองพร้อมทั้งได้รับการประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในวันที่ 1 และ 14 ของการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนน Glasgow Coma Scale ของวันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันแรกรับไว้ทำการศึกษาและวันสุดท้ายของการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทดสอบความแตกต่างของคะแนนการฟื้นฟูสภาพและการรับรู้ภาวะการดูแลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า

1. การรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
4. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ออาการการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้บาดเจ็บที่สมองสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 20 ครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ดูแล จากการศึกษพบว่ากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 อายุระหว่าง 44-51 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็น ร้อยละ 18 (ตารางที่ 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Intracerebral hematoma คิดเป็นร้อยละ 52.5 (ตารางที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัญชิตา โทธิประสาท (2548) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่มีเลือดออกในสมอง ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลของผู้วิจัยในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 44-51 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 16 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 47.5 (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัญชิตา โทธิประสาท (2548) ที่พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน ทั้งนี้ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจเนื่องมาจากตามลักษณะของสังคมไทยได้มีการกำหนดบทบาทของสมาชิกในครอบครัวให้ผู้ชายมักจะออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาสนับสนุนครอบครัว ส่วนผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแลงานบ้านและดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากในการศึกษาที่ผ่านมามักพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากจะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร (พรชัย จุลเมตต์, 2540; ชนัญชิตา โทธิประสาท, 2545 และ ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545) แต่จากการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในฐานะภรรยาของผู้ป่วยที่ทำหน้าที่รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยไว้ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากในสังคมในปัจจุบันมีลักษณะของครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว บิดา-มารดา มักทำหน้าที่ในการดูแลบ้านส่วนบุตรที่หน้าที่ในการรับผิดชอบหารายได้ให้แก่ครอบครัว ซึ่งส่วนมากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลบิดา-มารดาเมื่อเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยส่วนมากคือคู่สมรสของผู้ป่วย

การรับรู้ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีแบบแผนเน้นให้สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและยังอยู่ในภาวะวิกฤต โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในกิจกรรมต่างๆ ในการฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ไม่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากคำพูดของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองบางรายเช่น

“การได้รับความรู้และการฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยทำให้เราไม่กลัวที่ถูกต้องตัวผู้ป่วยไม่กังวลว่าผู้ป่วยจะเจ็บหรือเปล่า ได้รู้ว่าสิ่งที่ทำให้แก่ผู้ป่วยอะไรถูกอะไรผิด มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้เรียนมามากขึ้น”

ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วยนั้นได้ ก็จะทำให้ไม่รู้สึกว่าการดูแลนั้นยากลำบากอีกต่อไป น่าจะช่วยลดความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลลงได้ (ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545) ด้วยเหตุดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย จูเมตต์ (2540) ที่ทำการศึกษาด้านข้อมูลและอารมณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุและอาการของโรครวมทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหารและยา การจัดทำพลิกตะแคงตัว การขยับถ่ายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองด้านคะแนนความยากลำบากและปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลพบว่าคะแนนเฉลี่ยของปริมาณเวลาที่ใช้สูงกว่าคะแนนความยากลำบากในการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะปฏิบัติการให้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตามโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไประยะเวลาหนึ่งและได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะจากบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จนเกิดความชำนาญจนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยลดลง อีกทั้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนหนึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยในด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่มีความซับซ้อนที่ต้องอาศัยทักษะหรือความชำนาญเป็นพิเศษ (Stacy, 2002) ส่วนด้านปริมาณเวลาที่ใช้ที่มีคะแนนสูงกว่าความยากลำบากในการดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งวันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลมีคะแนนเฉลี่ยในด้านปริมาณเวลาที่ใช้มากกว่าความยากลำบากในการดูแล

การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นและเหมาะสมกับอย่างมีระบบ มีการกำหนดขั้นตอนต่างๆ อย่างเป็นระเบียบ ตั้งแต่ในระยะแรกที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้านการรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว โดยผู้วิจัยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ทันที พร้อมทั้งมีการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่อนุญาตให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมใดๆ แก่ผู้ป่วย ก่อนได้รับอนุญาตจากแพทย์และพยาบาลเจ้าของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยปฏิบัติโดยบุคลากรในทีมสุขภาพของโรงพยาบาล การให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจะเริ่มกระทำเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและแพทย์อนุญาตให้เตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ น่าจะส่งผลให้การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังจะเห็นได้จากคำตอบของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่น

“ไม่รู้ว่าจะถามให้ผู้ป่วยกลับบ้านจะทำอย่างไร จะต้องดูแลอะไรบ้าง ตอนนี้มีอุปกรณ์เต็มไปหมด คงจะต้องเป็นงานที่หนักมากแน่ เพราะทุกคนที่บ้านทำงานนอกบ้านกันหมด”

สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย จุลเมตต์ (2540) ทำการศึกษาผลการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะการดูแลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการ สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีภาวะการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรายข้อพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติมีคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลรายข้อสูงกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ทุกข้อ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะใน การดูแลผู้ป่วยทำให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะการดูแลต่ำ กว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ไม่ได้รับการสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมรับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับ คือ การเฝ้าดูอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมการกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึก และการจัดการอาการและ อาการแสดงต่างๆ ส่วนกิจกรรมที่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองรับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุด 3 อันดับคือ การจัดการอาการและอาการแสดงต่างๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารและ การปฏิบัติ กิจกรรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึก

ดังนั้นเมื่อทำการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจึงส่งผลให้การรับรู้ ภาวะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ

ผลการทดลองครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง สามารถลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยลงได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมี ความสนใจในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยพ้นจาก ภาวะวิกฤต รวมทั้งผู้ป่วยยังคงรับการรักษายู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งการที่ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรกนั้นจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและพยาบาลประจำการเอง อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการที่จะให้การดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากกิจกรรมการดูแล และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้นเป็นกิจกรรมที่มีความ ซับซ้อนต้องใช้เวลาอันยาวนานในการฝึกทักษะต่างๆ จนกว่าผู้ดูแลจะเกิดความชำนาญ การให้ ความรู้ผู้ดูแลในระยะสั้นๆ ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักมากขึ้น ด้านผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพจากผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่เร็วขึ้น ส่วนในด้านของพยาบาลผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หากผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจนสามารถให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ช่วยแบ่งเบาภาระงานของพยาบาลลงได้

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Gerber (2005: 94-108) ร่วมกับแนวคิดของ Orem (1991) ประกอบด้วยโดยนำญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ด้วยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก 6 ด้าน ประกอบด้วย การมองเห็น (Visual) การได้ยิน (Auditory) การได้กลิ่น (Olfactory) การรับรส (Gustatory) การสัมผัส (Cutaneous) และการเคลื่อนไหว (Kinesthetic) ตั้งแต่ในระยะแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีการฟื้นฟูสภาพของสมองในส่วนที่ได้รับบาดเจ็บที่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการกระตุ้นประสาทการรับความรู้สึกภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองมีส่วนช่วยให้สมองมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็วยิ่งขึ้น โดยเซลล์ที่ได้รับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง การซ่อมแซมกิ่งก้านของเซลล์ประสาทและมีการประสานเซลล์ประสาท ส่งผลให้มีการเพิ่มการรับรู้สัญญาณประสาทรับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยและช่วยพัฒนาการทำงานของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Bach-y-Rata, 1990; Sosnowski & Ustik, 1994; Oh & Seo, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Date, Goede & Werner (1987: 26-27) พบว่าการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 54 คน โดยสอนญาติให้ช่วยเหลือในการพยาบาลที่ง่าย ๆ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเช่น การอาบน้ำ การให้อาหาร จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยให้มีวัตถุที่ผู้ป่วยคุ้นเคยก่อนได้รับอุบัติเหตุ พบว่าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็วขึ้น

ดังที่จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 ของการทดลองอยู่ในระดับมีความพิการระดับ vegetative กลุ่มควบคุมยังคงคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความพิการระดับ vegetative และในวันที่ 14 ของการทดลองพบว่าผู้ป่วย

บาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยลดลงอยู่ในระดับมีความพิการรุนแรง ส่วนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงแต่ยังจัดอยู่ในระดับมีความพิการระดับ vegetative คงเดิม

การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อาจเนื่องมาจากการพยาบาลตามปกติจะทำการเริ่มการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตเท่านั้น ยังไม่มีแนวทางการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเน้นในด้านการเคลื่อนไหวมากกว่าการรับรู้ความรู้สึก แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการพยาบาลตามปกติ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคะแนนการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้นได้ โดยจะเห็นได้จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น 8 ราย จากทั้งหมด 20 ราย ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้นมีแนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ชัดเจน มีการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีการให้ความสำคัญแก่การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองมีการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของพรนิภา เอื้อเบญจพล (2547) ทำการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่รู้สึกตัว ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ไม่รู้สึกตัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกมีคะแนนการฟื้นฟูสภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Mackay et.al. (1992: 635–641) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างแตกต่างของผลลัพธ์ของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่วินิจฉัยอย่างมีแบบแผนกับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตามปกติ โดยกลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยมีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วยการฟื้นฟูสภาพที่กระทำกับผู้บาดเจ็บตั้งแต่ในระยะวิกฤต ได้แก่การกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกต่างๆ (Multisensory stimulation) การออกกำลังกายและการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อลด

และป้องกันการเกิดข้อติดแข็ง (stiffness joint) กล้ามเนื้อหดรั้งยึดติด (contracture) การป้องกันภาวะพรากความรู้สึก และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการรักษาอย่างมีแบบแผน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการรักษาอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ในระยะวิกฤต จะอยู่ในภาวะไม่รู้สึกตัวน้อยกว่า และใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการรักษาอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ในระยะวิกฤต ประมาณ 1 ต่อ 3 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ในระยะวิกฤตจะฟื้นจากภาวะไม่รู้สึกตัวเร็วกว่าและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลจะสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดลองครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพด้านการคิดรู้และด้านการเคลื่อนไหวให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ส่งผลให้ผู้พยาบาลเจ็บที่สมองมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้นเช่นกัน ดังนั้นในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง จึงจัดกิจกรรมหรือสร้างแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น กลับมามีภาวะสุขภาพใกล้เคียงกับก่อนได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ในฐานะที่เป็นพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้พยาบาลเจ็บที่สมองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยนำญาติที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังพ้นวิกฤตทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง สมองของผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการที่จะทำการฟื้นฟูสภาพและการให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มีความรู้สึกลัวการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นภาระ ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ดี และมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา

สถานนวัตพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤตส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพที่ดีขึ้นและผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะผู้ดูแลลดลง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ส่งเสริมและให้มีการนำโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวันให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้

2. ส่งเสริมให้พยาบาลนำแนวคิดการส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการพัฒนาบทบาทของตนเองในการสอน การฝึกทักษะและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อการฟื้นสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ระยะเวลาของการศึกษา 7 วัน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

2. ศึกษาติดตามผลการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลระยะเวลาของการศึกษา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. (2547). **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ: บริษัท แอล. ที. เพรส จำกัด.
- จรัส สุวรรณเวลา และ จตุพร หงส์ประภาส. (2524). **การบาดเจ็บที่ศีรษะ**. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ เวชสาร.
- จเร ผลประเสริฐ. (2528). **ประสาทศัลยศาสตร์**. กรุงเทพฯ: บริษัท เอียร์บีคัพบลิตซ์เซอร์ จำกัด.
- จริยา วิทยะศุกร. (2539). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินนระรัตน์ ศรีภักดิ์วิทยุ. (2540). **ผลการสอนและการฝึกปฏิบัติทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนัญชิตา โทธิประสาธ. (2548). **พฤติกรรมกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ**. **พยาบาลสาร 32** (มกราคม 2548): 105-119.
- ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. (2541). **การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นครชัย เพื่อนปฐม. (2541). **บาดเจ็บที่ศีรษะ**. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง. (2540). **ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว**. งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัย ประเภทงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2540 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นารกุล. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- ประภัสศรี ชาวงษ์. (2535). **การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์. สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ปิยรัตน์ ดวงสิน. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรนิภา เอื้อเบญจพล. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้สติต่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย จูเมตต์. (2540). **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล อายูรศาสตร์และศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). **สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะผู้ดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ประสารอริคม. (2535). **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัมภรรดา อินทร. (2539). **ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี สุดทรวง และ วีรชัย สิงหนิยม. (2545). **ประสาทสรีรวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวรรณ ลีลาสำราญ. (2546). **การฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง บาดเจ็บที่ศีรษะ : การดูแลตามระบบคุณภาพ HA.** กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้งเฮาส์. จำกัด
- วิศาล คันธรัตน์กุล และ ภาวิศ วงศ์แพทย์. (2543). **คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู.** กรุงเทพฯ: บริษัทไฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด.
- สงวนสิน รัตนสิน. (2546). **บาดเจ็บที่ศีรษะ : การดูแลตามระบบคุณภาพ HA.** กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้งเฮาส์. จำกัด
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). **การพยาบาลผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว การพยาบาลอายุรศาสตร์.** เล่มที่ 4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจ พรีนติ้ง.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล**. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมปอง ตงพิพัฒน์. (2539). **ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู: เรื่องการบาดเจ็บทางสมอง**. เล่มที่2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค.
- สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ. (2537). **บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลลำปางศึกษาย้อนหลัง 9 ปี. ลำปางเวชสาร 15: 90 -107.**
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. (2541). **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา ศรีวิรัตน์และคณะ. (2543). **Trauma registry**. ขอนแก่น: สำนักงานโครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น.
- แสงชัย ศรีมาขจร. (2535). **ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิชาการแพทย์ เขต 6: 672-698.**
- โสพรรณ โพทะยะ. (2544). **รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ กิจมหาตระกูล. (2542). **บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลหาดใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร 17(เม.ย-มิ.ย): 103-108.**
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ. (2541). **การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาษาอังกฤษ**
- Acorn, S. (1993). **Head-injured survivors : caregivers and support groups**. *Journal of Advanced Nursing* 18: 39-45.
- Acon, S., and Roberts, E. (1992). **Head injury: Impact on the wives**. *Journal of Neuroscience Nursing* 24 (12) : 324-328.

- Anderson, M. I. (2002). The relationship between neurobehavioural problems of severe traumatic brain injury (TBI), family functioning and the psychological well-being of the spouse / caregiver : path model analysis. **Brain injury** 16 (September): 743-757.
- Baggerly, J. (1986). Rehabilitation of the adult with head trauma. **Nursing Clinics of North America** 21(4) : 577-587.
- Bach-y-Rita, D. (1990). Brain plasticity as a basis for recovery of function in humans. **Neuropsychologia** 28: 547-554.
- Barker, E. (2002). **Neuroscience nursing a spectrum of care**. 2nd ed. St.Louis: Mosby.
- Bottcher, S. A. (1989). Cognitive retraining : A nursing approach to rehabilitation of brain injured. **Nursing Clinics of North America**. 24 (1) : 193-208.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2001). **The practice of Nursing research : Conduct, Critique and Utilization**. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunder.
- Cope , D., and Hall, K. (1982). Head injury rehabilitation : Benefit of early intervention . **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 63: 433-437.
- Chusid, J.G. (1982). **Correlative neuroanatomy and functional neurology**. 18th ed. Singapore: Huntsmen Printing.
- Date, E. G., and Wener, G. T. (1987). Familiar faces. **Nursing Times** 83 (September) : 26-27.
- DeMeneses, M. R., and Perry, G.R. (1993). The plight of caregiver. **Home Healthcare Nurse** 11(4): 10-14.
- Dorland, W. A. Nenman. (2000). **Dorland's illustrated medical dictionary**. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Engli, M., and Kirsival – Farmer, K. (1993). Needs of Family Members of Critically Ill Patients with and without Acute Brain Injury. **Journal of Neuroscience Nursing** 25: 76-85.
- Gerber, C. S. (2005). Understanding and managing coma stimulation are we doing everything we can ?. **Critical Care Nursing** 28 (2) : 94-108.
- Greenwood, R. J., and McMillan, T. M., (1993). Models of rehabilitation programs for the brain injury adult I : Current provision , efficacy and good practice. **Clinical Rehabilitation** 7: 248 -255.

- Gruner, M. L., and Terhaag, D. (2000). Multimodal early onset stimulation (MEOS).
Rehabilitation after brain injury. **BRAIN INJURY** 14(6) : 585-594.
- Hickey, J .V . (2003). **The clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing** .
5th ed.Philadelphia : J,B.Lippincott .
- Helwich, L. D. (1994). Stimulation programs for coma patients. **Critical Care Nurse**
14: 47-52.
- Jennett, B., and Bond, M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage.
Lancet 1: 480 - 484.
- Jennett, B. and Teasdale, G. (1981). **Management of head injury**. Philadelphia: Davis
Company.
- Jose, S. (2005). The Disability Rating and Coma/Near – Coma scales in evaluating
severe head injury. **NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION** 15(3/4) :
442-453.
- Jouhston, M. V., and Hall, K. M. (1994). Outcome Evaluation in TBI rehabilitation part I :
Overview and System Principles. **Archives Physical Medicine Rehabilitation** 75
December: SC 2 – 10.
- Kater, K. M. (1989). Response of Head Injury Patients to Sensory Stimulation. **Western
journal of Nursing Research** 11: 20-33.
- Kay, T., and Cavello., N. M. (1994). The Family System : Impact, Assessment, and
Intervention. In Silver, J.M., Yudofsky, S.C., and Hales, R.E.(Eds).
Neuropsychiatry of Traumatic Brain injury. Washing, DC : American Psychiatric
Press, Inc.
- Kraus, J. F. (1993). Epidemiology of head injury In : Cooper PR, ed . **Head injury**. 3 rd.
Baltimore: Williams & Wilkins. : 1-25.
- Kreutzer, J. S . (1994). Primary caregivers' psychological status and family functioning
after traumatic brain injury. **Brain injury** 8 (April): 197- 210.
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., and Kepler, K. (1992). REVIEW ARTICLE :Traumatic
Brain Injury : Family Response and Outcome. **Archives Physical Medicine
Rehabilitation** 73 (August): 771-778.

- Lewis, F. M., and Zahlis, E. H. (1997). The nurse as coach : A conceptual framework for clinical practice. **Oncology Nursing Forum** 24 (10) : 1695-1702.
- Mackay, L. E., Bernstein, B. A., Chapman, P. E., Morgan, A. S., and Milazzo, L.S. (1992). Early Intervention in severe Head Injury : Long term Benefits of a Formalized Program. **Archives Physical Medicine Rehabilitation** 73: 635 – 641.
- Malkmus, D., Booth, B., and Kodimer, C. (1980). **Rehabilitation of the head injured adult : Comprehensive cognitive management**. In Downey, C. A. : Professional Staff Association of Rancho Los Amigos Hospital, Inc. Ranchos Los Amigos: C.A.
- Marsh , N. V., Kersel ,D. A., Havail, J. H., and Sleight, J.W. (1998). Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. **Brain injury** 12 (12): 1045-1059.
- Mazaux, J. M., De Séze, M., Joseph, P. A., and Barat, M. (2000). Early rehabilitation after severe brain injury : A French perspective. **Journal Rehabilitation Medical** 33 : 99-109.
- McMillan, T. M. and Greenwood, R. J. (1993). Models of rehabilitation programmes for brain- injury adult. II: model services and suggestions for change in the UK. **Clinical Rehabilitation** 7 :346-355.
- 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 – 279.
- Mitchell, P. H., and Mauss, N. K. (1978). Relationship of patient-nurse activity to intracranial pressure variations. **Nursing Research** 27: 4-10.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., and Hooyman , N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and Objective burden. **Family relation** 34 (4): 90 –126.
- Montgomery, R. J. V., Oliver, R., Reisner, A., and Fallat, M. (2002). The Effect of Severe Traumatic Brain Injury on the Family. **Journal of Trauma-Injury Infection&Critical Care** 52 (6): 1121-1124.
- Namerow, N. S. (1987). **Neuroscience Nursing. A Nursing Diagnosis Approach**. America : Williams and Wilkins.

- Oberst, M. T. (1990). **Caregiving burden scale**. Madison: University of Wisconsin.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., and Ward, S. E. (1989). Caregiving demand and appraisal of stress among family caregiver. **Care Nursing** 12 (2) : 209-215.
- Oberst, M. T., Williams, L. S., Jessup, S. L., Austin, J. K. and Bakas, T. (2004). Time and Difficulty of Tasks Provided by Family Caregiver of Stroke Survivors. **Journal of Neuroscience Nursing** 36 (2): 95-101.
- OH, Hyunson. And SEO, Whasook. (2003). Sensory stimulation programme to improve recovery in comatose patients. **Journal of Clinical Nursing** 12: 394-404.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing : Concepts of Practice**. 4 th ed. Philadelphia: Mosby year Book.
- Polit, D. F., and Hungler, B. D. (1999). **Nursing research principles and methods**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rappaport, M., Hall, K., Belleza, B., and Cope, D. (1982). Disability rating scale for severe head trauma : coma to community. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 63 : 118-123.
- Shirley, D. Hoeman. (2002). **Rehabilitation Nursing : process Application&Outcome**. 3rd ed Philadelphia. St. Louis: Mosby.
- Stommel , M., Given , W.C. , & Given. B. (1990). Depression as an overriding Variable explaining caregiver burdens. **Journal of Aging and Health** 2 (1): 81-102.
- Stacy, B. S. (2002). Activities of daily living: Tips for the caregiver. [on-line]. Available from : <http://www.seniornavigator.com>. [2002,October 16]
- Sosnowski , C., and Ustik, M. (1994). Early Intervention : Coma Stimulation in the Intensive Care Unit. **Journal of Neuroscience Nursing**. 26 (December): 336 - 341.
- Teasdale, G., and Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. **The Lancet** 13 (7): 81-83.
- Testanin, D. L., Chappel, A. L., and Gueldner, S. (1992). Traumatic Brain Injury : A Family Experience. **Journal of Neuroscience Nurse** 24 (6) : 317 – 323.
- Wade, S. L , Taylor, H. G., Drotar, D, Stancin, T, and Yeates, K. E. (1998). Family Burden and Adaptation During the Initial Year After Traumatic Brain Injury in Children. **PEDIATRICS** 102 (1) : 110 - 116.

- Warder, D. L., Salazar, A. M., Martin, E. M., Schwab, K. A., Coyle, M., and Walter, J. (2000). A Home Program of Rehabilitation for Moderately Severe Traumatic Brain Injury Patients . **The Journal of Head Trauma Rehabilitation** 15 (5):1092-1102.
- Wiles, R., Pain, H., Buckland, S., and McLellan, L. (1998). Providing appropriate information to patients and careers following a stroke. **Journal of Advanced Nursing** 28: 794-801.
- Wilson, S. L., Powell, G. W., Brock, D. and Thwaites, H. (1996). Vegetative state and responses to sensory stimulation : an analysis of 24 case. **BRAIN INJURY** (10) 11 : 807-818.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



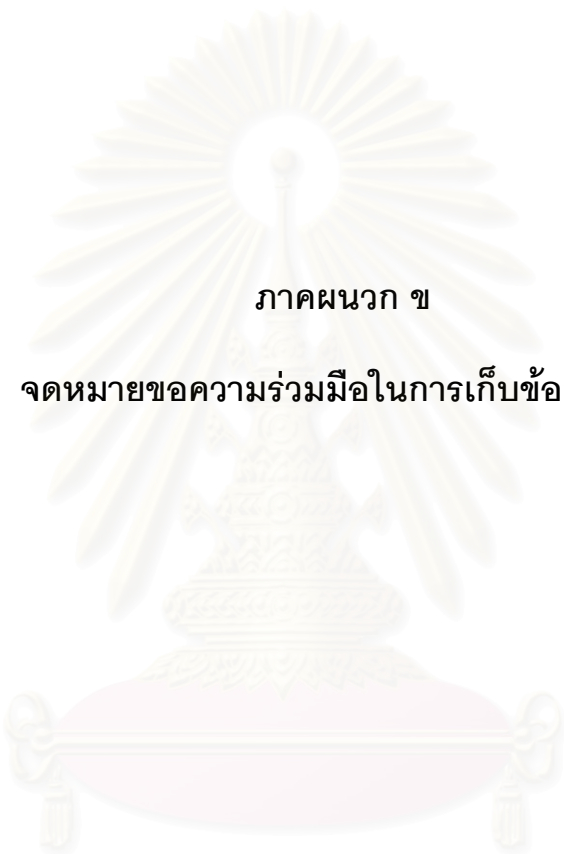
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. อาจารย์ ดร. วันเพ็ญ พิชาติพรชัย	รองคณบดี ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร. ศุภร วงศ์วาทัญญู	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. นางสาว พรนิภา เอื้อเบญจพล	พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ 7 หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สหภาพชาติไทย
4. นางสาว สุมล เกษรวนนิชวัฒนา	ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สหภาพชาติไทย
6. อาจารย์ ดร. วรณยุพา รอยกุลเจริญ	อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย
7. อาจารย์ นายแพทย์ ไกรศรี จันทรา	ภาควิชาศัลยกรรมประสาท คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
9. รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
11. อาจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลศัลย ศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย
12. อาจารย์ รัตนา อยู่เปลว	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสหภาพชาติไทย
13. รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ตุลาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวจันทพร ธีรทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง” โดยมี ผู้ช่วย-ศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และแบบประเมินภาระผู้ดูแล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทพร ธีรทองดี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวจันทพร ธีรทองดี โทร. 0-9514-0515

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวจันทพร ชีรทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง” โดยมี ผู้ช่วย-ศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และประเมินภาระผู้ดูแล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทพร ชีรทองดี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

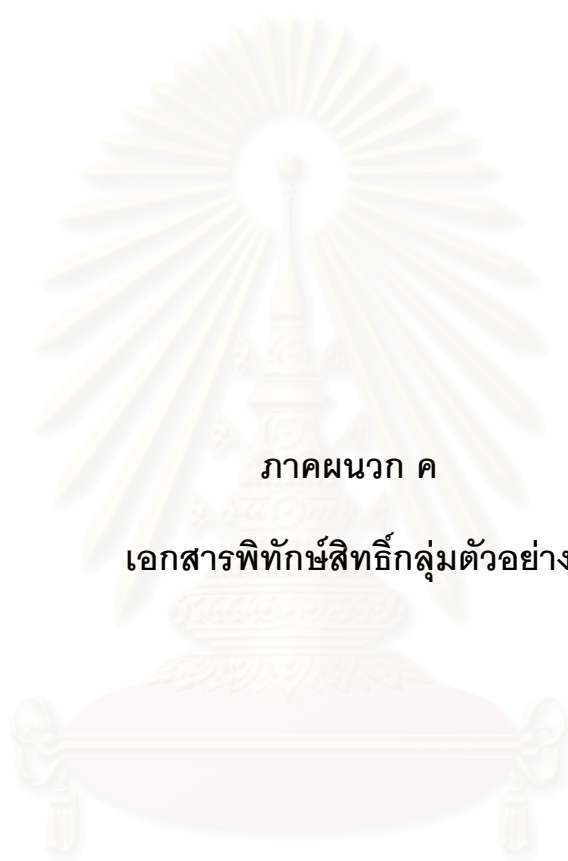
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ที่ นิสิต

นางสาวจันทพร ชีรทองดี โทร. 0-9514-0515



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 4455, 4493 ต่อ 14

ที่ วจ 487/2548

วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2548

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นส.จันทพร วีรทองดี

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ 16/2548 ในวันศุกร์ที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ได้พิจารณาเอกสารในโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปรับ CRF ให้มีรหัส วันที่ และผู้ประเมิน
2. ใบบินยอม แยกกัน ระหว่าง ญาติหรือผู้ดูแล และผู้ป่วย
3. เพิ่มเบอร์มือถือที่ติดต่อได้ 24 ชม. ของผู้วิจัย
4. ชื่อเรื่องภาษาไทย และภาษาอังกฤษไม่สอดคล้องกัน

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
ขาดเจ็บที่สมอง

หัวหน้าโครงการวิจัย นส.จันทพร วีรทองดี

คณะกรรมการมีมติให้ผ่านจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล ชินนเศศ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330


Z) มีนาคม 2549

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล
เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศช 0512.11 /2392 ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2549

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวจันทร์พร ชีรทองดี นิสิตชั้นปริญญาโทเข้าศึกษา เข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ณ หอผู้ป่วยวิกฤตและกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อประกอบการทำวิจัยต่อไปนั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา กรุณาติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาล ดิฉัตรพงษ์ชั้น 2 โดยโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูล และก่อนพบบุคคลดังกล่าว ขอให้ นำบัตรนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ ดิฉัตรพงษ์ชั้นล่าง ห้องหมายเลข 2

ขอแสดงความนับถือ


(ศ.นพ. เกรียง ตั้งสง่า)

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์และการจัดการสารสนเทศ
ปฏิบัติกรแทน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 0 2256 4360

ฝ่ายเลขานุการ โทรศัพท์ 0 2256 4999 ต่อ 603 โทรสาร 0 2256 4368

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว)ชื่อ.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน..... แขวง.....
เขต.....จังหวัด..... เป็นผู้ป่วยได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ น.ส. จันทพร ธีรทองดี
ที่อยู่ 1873 พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการ
ศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและ
การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจถอนตัวจากการ
เข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยง
ที่อาจเกิดขึ้นและจะปฏิบัติตามคำแนะนำและขั้นตอนต่างๆของการวิจัยในครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากโปรแกรมการ
สนับสนุนผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ข้าพเจ้าจะได้รับ
ความคุ้มครองตามกฎหมายข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการ
ศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ผู้ป่วย/ผู้แทน/ญาติโดยชอบด้วยกฎหมาย

.....

ลงนาม

สถานที่/วันที่

(น.ส. จันทพร ธีรทองดี)

ผู้วิจัยหลัก

.....

ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

ลงนามพยาน

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว)ชื่อ.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยได้รับทราบจาก

ผู้วิจัยชื่อ นางสาว จันทพร ธีรทองดี ที่อยู่ 1873 พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ซึ่งได้ลง

นามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่องผลของ

โปรแกรมการสนับสนุนผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

บาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม

ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าในฐานะญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ยินดีและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัคร

ใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและยอมรับ

ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและจะปฏิบัติตามคำแนะนำและขั้นตอนต่างๆของการ

วิจัยในครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่า หากผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติ

เนื่องจากการศึกษาทดลองข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของ

ข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วม

การศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ญาติ/ผู้ดูแลป่วยโดยชอบด้วยกฎหมาย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(น.ส. จันทพร ธีรทองดี)

ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อภาระการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (EFFECTS OF SUPPORTING KNOWLEDGE OF FAMILY CAREGIVER PROGRAM ON FAMILY CAREGIVER BURDEN AND RECOVERY OF BRAIN INJURY PATIENTS)

ชื่อผู้วิจัย น.ส. จันทพร ธีรทองดี

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564577 **โทรศัพท์บ้าน** 02-5524951

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

น.ส. จันทพร ธีรทองดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ

เนื่องจากในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองจากสาเหตุต่างๆ มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีสาเหตุมาจากการเกิดอุบัติเหตุทั้งการจราจรและไม่ใช้การจราจร เมื่อการบาดเจ็บที่สมองขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้มีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยบางรายสามารถปฏิบัติได้ลดลง บางรายอาจไม่สามารถทำด้วยตนเองได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพหรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กิจกรรมหรือภาระต่างๆ เหล่านี้ ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตาม แต่ก็เป็ภาระที่หนักหน่วง ต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน การที่เริ่มการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้เร็วที่สุดหลังการได้รับบาดเจ็บ โดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้นรวดเร็วขึ้น อีกทั้งญาติผู้ดูแลยังมีความรู้ความเข้าใจสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการนำแนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยให้ญาติมีส่วนร่วมโดยที่ท่านและญาติของท่าน(ผู้ป่วย) เป็นบุคคลหนึ่งที่คุณวิจัยคิดว่าสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อมูลหรือข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาคั้งนี้ โดยในการศึกษาคั้งนี้ท่าน

จะได้รับการการพยาบาลตามปกติ การให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยควบคู่กันไป โดยการศึกษาครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยและได้รับการอนุญาตจากแพทย์เจ้าของผู้ป่วยร่วมด้วย อีกทั้งวิธีการวิจัยที่ใช้เป็นสิ่งที่ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ในทางตรงกันข้ามจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเนื่องจากมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและลดการรับรู้ภาวะของญาติผู้ดูแล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น ญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและมีความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
4. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ป่วยและญาติผู้ให้การดูแลจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษารวม 14 วัน ดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ การได้รับอาหารและยาที่เหมาะสมตามแผนการรักษา การจัดท่านอน การป้องกันการเกิดข้อยึดติดและแผลกดทับ การขับถ่าย การประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาททุก 1, 2 และ 4 ชั่วโมงตามความเหมาะสม ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการฟื้นฟูสภาพในวันที่ 1 และ 14 ของการศึกษาวิจัยและผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้ภาวะผู้ดูแลในญาติผู้ดูแลในวันที่ 1 และ 14 ของการศึกษา

2. กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับการสอนและฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การดูแลเสมหะ ในผู้ป่วยที่หายใจผ่านท่อทางเดินหายใจเทียม การให้อาหาร โดยใช้เวลาในการให้ความรู้และฝึกทักษะ 1/12-2 ชั่วโมงต่อวัน รวม 15 วัน และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยในวันที่ 1 และ 14 ของการศึกษาและผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้ภาวะผู้ดูแลในวันที่ 1 และ 14 ของการศึกษา

ข้อดีและความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมงานวิจัย

ข้อดี : การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ส่งผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลดังนี้

ผู้ป่วย: มีการฟื้นฟูสภาพที่เร็วขึ้น ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ญาติผู้ให้การดูแล: มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เตรียมความพร้อมแก่ญาติผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น : ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เพียงแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องใช้เวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการรับฟังการให้ความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย

ค่าใช้จ่าย : การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ดังนั้นท่านและผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมการวิจัยและไม่มีค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมการวิจัย

สิทธิในการงดการเข้าร่วมการวิจัย : ท่านและผู้ป่วยสามารถหยุดการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการรับการรักษาพยาบาล

การรักษาความลับ : ข้อมูลใดๆ ที่ผู้วิจัยได้รับจากท่านและผู้ป่วย จะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบ นอกเหนือจากการที่ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมจากการวิจัยครั้งนี้ และอาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยกึ่งหนักศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากได้รับการอนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยทำการสำรวจข้อมูลและรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากรายงานชื่อผู้ป่วยและแฟ้มประวัติ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและการลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูล พร้อมทั้งปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกของโปรแกรมโดยมีการดำเนินการตั้งแต่วันแรกที่พบกับผู้ป่วยและญาติ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ และความเชื่อมั่น เพื่อการประเมิน วิเคราะห์ และค้นหาปัญหาของญาติผู้ดูแลและรวมถึงได้ทราบถึงความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการ

2. การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด มาวางแผนในการกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละราย และมีการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติทำให้การดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์จริง และแก้ไขความเข้าใจผิดว่าการดูแลตนเองเป็นการผลักรักษาให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติ ดูแลตนเองหรือดูแลกันเอง หรือช่วยตนเอง แต่เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติ

ขั้นตอนการทดลอง

เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแก่ญาติผู้ดูแลตามที่ได้กำหนดรวม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง สาเหตุ กลไกการบาดเจ็บที่สมอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการรักษา และการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้รู้สึกโดยญาติผู้ดูแลพร้อมทั้งการฝึกทักษะการปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้รู้สึกทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับสัมผัส การรับรส การรับกลิ่น การได้ยิน และการมองเห็นในวันที่ 1 – 2 ของการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน รายละเอียดดังนี้

- ด้านการรับรู้สัมผัส โดยการใช้น้ำที่มีลักษณะพื้นผิวแตกต่างกันมาลูบหรือถูบริเวณผิวของผู้ป่วย การใช้แรงหนักเบาของการสัมผัส โดยการขีดตัวให้ผู้ป่วย การใช้น้ำที่มีอุณหภูมิแตกต่างกัน และการทา

โลชั่นให้แก่ผู้ป่วย

- ด้านการรับรส โดยการให้ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก ที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ การใช้น้ำดื่มรสชาติน้ำหวาน น้ำมะนาว หรือการให้อาหารและน้ำที่ผู้ป่วยชอบสัมผัสลิ้นของผู้ป่วย

- ด้านการรับกลิ่น โดยการให้กลิ่นที่ผู้ป่วยคุ้นเคยเช่นกลิ่นน้ำหอม แป้ง ยาดม หรือกลิ่นหอมหวานชวนรับประทาน

- ด้านการได้ยิน โดยการให้ญาติเรียกชื่อที่ผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วย บอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงวัน เวลา สถานที่และบุคคล ให้ฟังเพลงที่ผู้ป่วยชื่นชอบ

- ด้านการมองเห็น โดยการให้ผู้ป่วยมองภาพบุคคลที่คุ้นเคย การใช้นิ้วมือของญาติลากเส้นตรงตามทิศทาง 6 ทิศทางให้ผู้ป่วยมองตาม

ครั้งที่ 2. ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 ร่วมกับ ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องของการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวโดยการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในวันที่ 3 – 5 ของการทดลองใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน ประกอบด้วย

- การทำความสะอาดร่างกาย ประกอบด้วย ความสำคัญและประโยชน์ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับ อุปกรณ์ที่จำเป็น ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติการทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วย

- การรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ความสำคัญของการรับประทานอาหาร อุปกรณ์และขั้นตอนวิธีการรับประทานอาหารและหรือการให้อาหารทางสายยางและยา

ครั้งที่ 3. ทบทวนความรู้ในครั้งที่ 1 ร่วมกับ ให้ความรู้และฝึกทักษะ เรื่องกาฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การดูแลและหรือการดูแลผู้ป่วยคาท่อทางเดินหายใจเทียม ประกอบด้วย

- การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว โดยเนื้อหาประกอบด้วยความจำเป็นในการทำ passive exercise ให้แก่ผู้ป่วย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับ ขั้นตอนและวิธีการทำ passive exercise ด้วยการออกกำลังกายโดยการหมุนข้อต่างๆตามองศาของแต่ละข้อให้แกผู้ป่วย
 - การดูแลแผลทางท่อทางเดินหายใจเทียมโดยเนื้อหาประกอบด้วยความสำคัญ ประโยชน์ของการดูแลแผลทางท่อทางเดินหายใจเทียม ขั้นตอน อุปกรณ์และวิธีการดำเนินการ
- ครั้งที่ 4.** ทบทวนความรู้และการฝึกทักษะในครั้งที่ 1-3 ของการทดลอง ในวันที่ 8-14 ของการทดลองใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง/วัน

ขั้นตอนการประเมินผล

ประเมินผลการทดลอง 2 ด้าน คือด้านผู้ป่วยโดยประเมินจากการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยที่การประเมินในวันที่ 1 และ 14 ของการทดลอง ด้านญาติผู้ดูแลประเมินในรูปแบบของการรับรู้ภาวะผู้ดูแล โดยทำการประเมินในวันที่ 1 และ 14 ของการดำเนินการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ดูแล

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บิดา/มารดา

พี่/น้อง

คู่สมรส

บุตร

อื่นๆ (ระบุ).....

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา

ประถม 6 หรือต่ำกว่า

มัธยมศึกษา

อนุปริญญา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

รับจ้าง

ธุรกิจ/กิจการส่วนบุคคล

เกษตรกรรวม

นักศึกษา

แม่บ้าน

อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้บาท/เดือน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ป่วย ส่วนที่ 1
ผู้ป่วยรายที่.....

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพ

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> ม่าย
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถม 6 หรือต่ำกว่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ธุรกิจ/กิจการส่วนบุคคล	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> นักศึกษา	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
6. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> มุสลิม <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้.....บาท/เดือน
8. วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่เดือนปี.....
9. การวินิจฉัยโรคของแพทย์เมื่อแรกรับ
ป.....
10. คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) เมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล E.... M.....V.....(....คะแนน)
11. ชนิดของการผ่าตัด
12. วันที่เริ่มทำการรักษา วันที่.....เดือน.....ปี.....
13. คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) เมื่อเริ่มทำการรักษา E.....M.....V.....(.....คะแนน)
14. วันที่สิ้นสุดการศึกษา วันที่.....เดือน.....ปี.....
15. คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) เมื่อสิ้นสุดการศึกษา E.....M.....V.....(.....คะแนน)

3. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ป่วย ส่วนที่ 2

1. งานอดิเรก, กีฬา หรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ/ชอบปฏิบัติเป็นประจำ

2. เพลงหรือชนิดของดนตรีที่ผู้ป่วยชอบฟังเป็นประจำสถานีวิทยุที่ผู้ป่วยชอบฟัง

3. ชนิด/ประเภทของอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน

4. น้ำหอมที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ/กลิ่นที่ผู้ป่วยชอบดมเป็นประจำ

5. รูปภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคยหรือชอบดูเป็นประจำ

6. บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดและคุ้นเคยมากที่สุด

7. สิ่งของที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ

7.1. สบู่

7.2. ยาสีฟัน/น้ำยาบ้วนปาก

7.3. โลชั่น

7.4. แป้ง

7.5. แชมพู

7.6. ยาดม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินการฟื้นสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยพฤติกรรม การตอบสนองและความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ทั้งหมด 4 ด้าน โปรดใส่คะแนนลงในช่องที่ตรงกับลักษณะพฤติกรรม การตอบสนองของผู้ป่วยมากที่สุด

เรื่อง	รายการ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1.ระดับความรู้สึกตัว	การลืมตา (Eye opening)	ลืมตาได้เอง = 0 คะแนน ลืมตาเมื่อเรียก = 1 คะแนน ลืมตาเมื่อเจ็บ = 2 คะแนน ไม่ลืมตาเลย = 3 คะแนน			
	การพูด (Verbal response)	พูดได้ปกติ = 0 คะแนน พูดคุยได้แต่สับสน = 1 คะแนน พูดเป็นคำๆ = 2 คะแนน ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด = 3 คะแนน ไม่ออกเสียงเลย = 4 คะแนน			
	การเคลื่อนไหว (Motor Response)	เคลื่อนไหวทำตามคำสั่งได้ = 0 คะแนน บิดถูกตำแหน่งที่เจ็บ = 1 คะแนน ชักแขนขาหนีเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด = 2 คะแนน แขนงอแบบเกร็งเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด = 3 คะแนน แขนเหยียดแบบเกร็งเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด = 4 คะแนน คะแนน ไม่เคลื่อนไหวเลยเมื่อกระตุ้นให้เกิดการเจ็บปวด = 5 คะแนน			

เรื่อง	รายการ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
2. ความสามารถ ในการรู้และ เข้าใจ บอกได้ ถึงกิจกรรมการ ดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร (Feeding)	รู้ทั้งหมด = 0 คะแนน			
		รู้เกือบทั้งหมด = 1 คะแนน			
		รู้เพียงเล็กน้อย = 2 คะแนน			
		ไม่รู้เลย = 3 คะแนน			
	การขับถ่าย (Toileting)	รู้ทั้งหมด = 0 คะแนน			
		รู้เกือบทั้งหมด = 1 คะแนน			
		รู้เพียงเล็กน้อย = 2 คะแนน			
		ไม่รู้เลย = 3 คะแนน			
	การรักษา ความสะอาด ร่างกาย (Grooming)	รู้ทั้งหมด = 0 คะแนน			
		รู้เกือบทั้งหมด = 1 คะแนน			
		รู้เพียงเล็กน้อย = 2 คะแนน			
		ไม่รู้เลย = 3 คะแนน			
3. ความสามารถ ในการทำ กิจกรรมการ ช่วยเหลือ ตนเอง	ระดับ ความสามารถ	ทำกิจกรรมได้เองทุกอยู่ = 0 คะแนน			
		ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือ ช่วยเหลือ = 1 คะแนน			
		ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้อื่นเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน			
		ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้อื่นเกือบทั้งหมด = 3 คะแนน			
		ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้อื่นทุกเรื่อง = 4 คะแนน			
		ต้องการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง = 5 คะแนน			
4. การทำงาน	ระดับ ความสามารถ ในการทำงาน	ทำงานได้ตามปกติ = 0 คะแนน			
		ทำงานได้บางอย่าง = 1 คะแนน			
		ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำงาน = 2 คะแนน			
		ไม่สามารถทำงานได้ = 3 คะแนน			

แบบประเมินการรับรู้การดูแล

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้แสดงถึงกิจกรรมหรืองานที่ท่านต้องรับผิดชอบในระหว่างที่ท่านในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านว่า กิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในแต่ละข้อนั้น ต้องใช้เวลามากน้อยเพียงใด และมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านั้นเพียงใด รายละเอียดดังนี้

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล

ระดับที่ 1	ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับที่ 2	ใช้เวลาในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับที่ 3	ใช้เวลาในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับที่ 4	ใช้เวลาในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับที่ 5	ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน

ความยากลำบากในการดูแล

ระดับที่ 1	ไม่ยากลำบากในการดูแลเลย	ให้	1 คะแนน
ระดับที่ 2	มีความยากลำบากในการดูแลน้อย	ให้	2 คะแนน
ระดับที่ 3	มีความยากลำบากในการดูแลปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ระดับที่ 4	มีความยากลำบากในการดูแลมาก	ให้	4 คะแนน
ระดับที่ 5	มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด	ให้	5 คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้					ระดับความยากลำบาก					ไม่สามารถ ประเมิน ได้
	ไม่ใช้ เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ไม่มี เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
9. การทำงานนอกบ้านแทน ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น การหา รายได้มาสนับสนุนค่าใช้จ่าย สำหรับผู้ป่วย การซื้อของใช้ใน โรงพยาบาล การซื้อยา ฯลฯ											
10. การจัดการอาการและ อาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น สับสน การสูญเสียความทรง จำ พุดไม่ชัด ฯลฯ											
11. การสนับสนุนทางอารมณ์ สำหรับผู้ป่วย เช่น การให้ กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน											
12. การจัดหาบุคคลมาดูแล ผู้ป่วยแทนเมื่อตนเองไม่อยู่											
13. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการ ติดต่อสื่อสาร เช่น การเขียน หนังสือ การใช้ภาษาท่าทาง ประกอบคำพูด และแผ่นภาพ ต่างๆ											
14. การติดต่อประสานงานกับ แหล่งสนับสนุนหรือช่วยเหลือ สำหรับผู้ป่วย เช่น ธนาคาร ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ หน่วยสังคม สงเคราะห์ และอื่นๆ											
15. การติดต่อกับแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทาง สุขภาพในการปรึกษาเรื่อง เกี่ยวกับวางแผนการรักษา											

ไม่สามารถประเมินได้ หมายถึง ผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในนั้น



แผนการสอน

เรื่อง... การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ครั้งที่ 1

ประกอบด้วย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง
2. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้านการรับรู้รู้สึก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง</p>	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ จันทพร ธีรทองดี เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อภาวะการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้</p> <p>เหตุผลที่สนใจทำการศึกษาครั้งนี้เพราะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยญาติผู้ดูแลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้นกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ ท่านกับผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ดิฉันคิดว่าสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติและจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย โดยจะได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของผู้ป่วยก่อนที่จะดำเนินการวิจัยทุกครั้ง ในการทำวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การฟื้นฟูสภาพด้านการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก ด้านการเคลื่อนไหว โดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงมีการฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพกับผู้ป่วยจริง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้</p>	<p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายญาติผู้ดูแลผู้ช่วยด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม พร้อมทั้งแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>ผู้วิจัย ชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยพอสังเขปพร้อมทั้งประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้าท่าทางและการพูดโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>	<p>เวลา 20 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยประเมินจากการแสดงออกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ สีหน้า ท่าทางการพูดคุยกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง และการฟื้นฟูสภาพ</p>	<p>2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมอง</p> <p>การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงที่ศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง เส้นประสาท อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองเกิดความผิดปกติ มีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม</p> <p>สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมอง มี 2 สาเหตุ คือจากการจลาจล เช่น อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ผู้เดินถนนถูกรถชน และจากที่ไม่ใช่การจลาจล ได้แก่ การถูกตีที่ศีรษะ การตกจากที่สูง</p> <p>การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการทำงานของร่างกายใกล้เคียงกับก่อนการบาดเจ็บมากที่สุด โดยบุคคลที่ใกล้ชิดและคุ้นเคยมากที่สุด จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยการบรรยายให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทราบถึง ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง สาเหตุ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย</p>	<p>เวลา 10 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยสังเกต การแสดงออกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเข้าใจ เช่น การพยักหน้า การซักถามข้อสงสัยต่างๆ</p>
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและทักษะในการฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้สติ และผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ</p>	<p>3 .การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้สติทั้ง 5 ด้านโดยญาติผู้ดูแล</p> <p>การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยการกระตุ้นประสาทรับรู้สติมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากจะส่งผลให้มีการงอกและการจัดโครงสร้างของเซลล์ประสาทส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำงานของสมองกลับมาสู่ภาวะใกล้เคียงกับก่อนได้รับการบาดเจ็บมากที่สุด โดยมีขั้นตอนดังนี้</p>	<p>ผู้วิจัยใช้วิธีการ บรรยาย สาธิตและให้ผู้ดูแลสาธิต ย้อนกลับ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ด้านการรับรู้สติ</p>	<p>เวลา 60 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยสังเกต จากการแสดงวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>ด้านการรับ ความรู้ดีกอย่าง ถูกต้องจากผู้ดูแล</p>	<p>ให้ผู้ป่วยได้รับการพักรักษาด้วยทางดการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ก่อน 10นาที่ จากนั้นเริ่มการฟื้นฟูสภาพด้านการรับความรู้สึกทั้ง 5 ด้าน โดยใช้เวลา 10 –15 นาที่ ในการฟื้นฟูสภาพในแต่ละด้าน</p> <p>3.1 การฟื้นฟูสภาพด้านการรับสัมผัส</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ◦ <p>3.2 การฟื้นฟูสภาพด้านการรับกลิ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ◦ <p>3.3 การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรส</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ◦ <p>3.4 การฟื้นฟูสภาพด้านการได้ยิน</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ◦ <p>3.5 การฟื้นฟูสภาพด้านการมองเห็น</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 		<p>กะละมังน้ำ น้ำอุ่น น้ำเย็น สบู่ ผ้าเช็ดตัว น้ำหอมกลิ่น ต่างๆ</p> <p>ยาสีฟัน แปรง สีฟัน น้ำยา บ้วนปาก เครื่องเล่น เทป เทป บันทึกเสียง</p> <p>ภาพถ่าย</p>	<p>ผู้วิจัยสังเกต จากการแสดง วิธีการปฏิบัติ ต่อผู้ป่วย และ ปฏิกริยาการ ตอบสนองของ ผู้ป่วย</p>



แผนการสอน

เรื่อง... การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ครั้งที่ 2

ประกอบด้วย

การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว โดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. การทำความสะอาดร่างกาย
2. การรับประทานอาหาร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีทักษะในการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว</p> <p>ประกอบด้วย การทำความเข้าใจความสะอาดร่างกาย และ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้องจากผู้ดูแล</p>	<p>การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว โดยการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการประกอบกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยในผู้ป่วยสามารถกลับมาสู่ภาวะที่ใกล้เคียงกับก่อนการได้รับบาดเจ็บมากที่สุด ประกอบด้วย</p> <p>1. การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือไม่รู้สึกตัว</p> <p>ความสะอาดและความสุขสบายของร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ร่างกายที่สะอาดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายเนื้อสบายตัวและช่วยผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น ประกอบด้วย</p> <p>1.1 การทำความสะอาดช่องปาก</p> <p>อุปกรณ์</p> <p>น้ำยาบ้วนปากหรือแปรงสีฟันและยาสีฟัน แก้วน้ำ หลอดชนิดยา 20 cc. น้ำยาบ้วนปาก ชามรูปไต 1 ใบ เครื่องดูดเสมหะและที่ดูดน้ำลาย หรือ ลูกสูบยางแดง</p>	<p>ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยาย สาธิตและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>	<p>เวลา 45 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยสังเกตจากการแสดงวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลและปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
	<p>ขั้นตอนการปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นำเครื่องใช้ไปที่เตียง 2. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำความสะอาดให้ ถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรู้สีกตัว ○ ○ ○ ○ ○ ○ <ol style="list-style-type: none"> 7. เช็ดปากให้แห้งแล้วทาริมฝีปากด้วยวาสลีนเพื่อป้องกันริมฝีปากแตก 8. จัดให้นอนอยู่ในท่าที่สุขสบาย 9. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาด 		<p>- น้ำยาบ้วนปาก แปรงสีฟัน ยาสีฟัน - แก้วน้ำ - หลอดฉีดยา 20 cc. - ชามรูปไต - เครื่องดูดเสมหะหรือลูกสูบ ยางแดง ที่ดูดน้ำลาย</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
	<p>1.2 การอาบน้ำบนเตียง</p> <p>การอาบน้ำบนเตียง หมายถึง การอาบน้ำให้แก่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด หรือไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้ การอาบน้ำชนิดนี้แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือการอาบน้ำบนเตียงโดยผู้ป่วยเอง เช่น ไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้ แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือโดยการเตรียมอุปกรณ์ที่เตียง และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเช็ดตัวเอง เพื่อให้ได้ออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ทำ</p> <p>อุปกรณ์</p> <p>สบู่ถูตัว แป้ง หวี โลชั่น กะละมังใส่น้ำประมาณ 2/3 ของอ่าง คุณหมอมิของน้ำอุ่นเหมาะสม ผ้าเช็ดตัว 1 ผืน ผ้าถูตัว 2 ผืน ผ้าห่ม หรือผ้าคลุมตัว เสื้อผ้า</p> <p>ขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมเครื่องใช้ให้พร้อมแล้วยกไปที่เตียง 2. ปิดประตู หน้าต่าง หรือกั้นม่านให้มิดชิด เพื่อป้องกันไม่ให้ลมโกรกและไม่เป็นการเปิดเผยผู้ป่วย 3.บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนการอาบน้ำทุกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ 		<ul style="list-style-type: none"> - สบู่ถูตัว แป้ง หวี โลชั่น - กะละมังใส่น้ำ <p>ประมาณ 2/3</p> <p>ของอ่าง คุณหมอมิของน้ำอุ่น</p> <p>เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผ้าเช็ดตัว - ผ้าถูตัว <p>ผ้าห่ม หรือผ้าคลุมตัว</p> <p>เสื้อผ้า</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
	<p>4. เลื่อนผู้ป่วยมาชิดขอบเตียงด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่ เพื่อความสะดวกขณะทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ <p>19. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ทาแป้ง หากผิวแห้งให้ทาด้วยโลชั่น ใส่เสื้อและนุ่งผ้าให้เรียบร้อย</p> <p>20. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองศีรษะ แล้วหวีผม</p> <p>21. พลิกตัวผู้ป่วยมาทางด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่แล้วผู้ดูแลเดินอ้อมไปปูผ้าปูที่นอนด้านตรงข้ามให้เรียบร้อย</p> <p>22. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย</p> <p>23. เก็บและทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานอาหารและผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้องจากญาติผู้ให้การดูแล</p>	<p>2.การดูแลการรับประทานอาหารในผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนรับประทานอาหารได้</p> <p>ผู้ดูแลควรให้อาหารและน้ำทางสายให้อาหาร ผ่านทางจมูก เพื่อช่วยป้องกันร่างกายขาดสารอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดี</p> <p>อุปกรณ์</p> <p>แก้วใส่น้ำขนาด 50-100 ซีซี เขี่ยอกใส่อาหารเหลว จำนวน 150-350 ซีซี</p> <p>อุปกรณ์ให้อุณหภูมิพอเหมาะ ส้อมช้อนน้ำดื่ม 2 ก้อน กระจกสำหรับให้อาหาร ขนาด 50 ซีซี ยาหลังอาหาร (ถ้ามี) ทำเป็นยาเม็ดให้บดละเอียด</p> <p>ขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนทุกครั้ง ผู้ป่วยที่ไอเอาเสมหะออกได้เองให้ผู้ป่วยไอและขากเสมหะ ผู้ป่วยที่ไอเอาเสมหะออกไม่ได้ ช่วยดูดเสมหะให้ผู้ป่วยก่อนให้อาหารทุกครั้ง 2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือนอนหัวสูงอย่างน้อย 45 องศา 3. ล้างมือให้สะอาด 4. เช็ดปลายสายยางด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก ต่อปลายสายยางเข้ากับกระบอกให้อาหาร 	<p>ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยาย สาธิตและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ</p> <p>การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>	<p>- แก้วใส่น้ำขนาด 50-100 ซีซี</p> <p>- ยาหลังอาหาร (ถ้ามี) ทำเป็นยาเม็ดให้บดละเอียด</p> <p>- เขี่ยอกใส่อาหารเหลว จำนวน 150-350 ซีซี</p> <p>อุปกรณ์เท่า อุณหภูมิห้อง</p> <p>- สำลีชุบน้ำต้มสุก 2 ก้อน</p>	<p>ผู้วิจัยสังเกตจากการแสดงวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของผู้ดูแล และปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
	<p>5. ทดสอบดูว่าปลายสายอีกข้างหนึ่งอยู่ในกระเพาะอาหาร โดยดูดูอาหารเก่าที่อาจเหลือค้างในกระเพาะอาหารออกมา ถ้ามากกว่า 50 ซีซี ให้ดันกลับคืนและให้อาหารต่อไปได้ ถ้าดูไม่ได้อะไรออกมาให้ปลด กระบอกให้อาหารออกมาใส่ลม 5 ซีซีดันเข้าไปในกระเพาะอาหาร ขณะที่ดันลม แขนงหูฟังเสียงลมผ่านเข้าที่บริเวณลิ้นปี่</p> <p>6. เทอาหารใส่ลงในกระบอกให้อาหารปล่อยอาหารให้ไหลช้า ๆ โดยยกให้ปลายกระบอกให้อาหารอยู่สูงจากหูผู้</p> <p>7. ให้อาหารหลังอาหารและให้น้ำตาม 50 ซีซี พับสายเช็ดปลายสายให้สะอาดยกปลายสายขึ้นสูง ปิดจุกที่ปลายสายให้แน่น</p> <p>8. ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนในท่าศีรษะสูง นานประมาณ 30-60 นาที</p> <p>9. เก็บอุปกรณ์ล้างทำความสะอาดให้เรียบร้อย</p>			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนการสอน

เรื่อง... การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ครั้งที่3

ประกอบด้วย

การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว โดยการใช้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. ด้านการเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย
2. การดูแลเสมหะผู้ป่วยคาท่อทางเดินหายใจเทียม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและทักษะในการออกกำลังกายและผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านเคลื่อนไหวอย่างถูกต้องจากผู้ดูแล</p>	<p>1. การออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มี 2 วิธี คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำด้วยตนเอง สามารถทำได้ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลมีหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและให้การช่วยเหลือ 2. การออกกำลังกายแบบทำให้อ่อนไหว หมายถึง การเคลื่อนไหวที่ผู้อื่นกระทำให้แก่ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยไม่ต้องออกแรงช่วยใด ๆ <p>ประโยชน์ของการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ช่วยคงช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ เป็นการป้องกันภาวะเอ็นหดรัดและข้อติด 2. ช่วยยับยั้งการเกิดการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ 3. ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่มากกว่าปกติ 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มเกิดการเคลื่อนไหวภายใต้อำนาจจิตใจ 5. ช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น <p>การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการอัมพาตควรทำท่าละ 5-10 ครั้ง วันละหลาย ๆ รอบ หรืออย่างน้อย 2 รอบต่อวัน</p>	<p>ผู้วิจัยใช้วิธีการ บรรยาย สาธิตและให้ญาติผู้ดูแล สาธิตย้อนกลับ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยการออกกำลังกาย</p>	<p>ผู้ป่วยสมมติ เวลา 60 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยสังเกตจากการแสดงวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลและปฏิบัติการการตอบสนองของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
	<p>หลักพื้นฐานในการออกกำลังกายให้ผู้ป่วย มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยต้องผ่อนคลายส่วนที่กำลังจะทำการเคลื่อนไหว 2. ต้องมีการพุงส่วนที่จะทำการเคลื่อนไหวอย่างดี มือของผู้ทำต้องจับอย่างมั่นคง 3. ทำการเคลื่อนไหวจากส่วนต้นไปส่วนปลาย เช่น ในส่วนแขนให้เคลื่อนไหวจากสะบักไปถึงนิ้วมือ เป็นต้น 4. เคลื่อนไหวอย่างเป็นจังหวะสม่ำเสมอและนุ่มนวล <p>การออกกำลังกายให้ผู้ป่วยทำได้โดยการเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วยใน ส่วนต่าง ๆ ประกอบด้วย สะบัก ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ฝ่ามือ นิ้วมือ ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้า นิ้วเท้าและ ลำตัว รวม 15 ท่า ดังนี้</p> <p>1. ทำยกแขนขึ้นลง : มือจับที่ข้อศอกและข้อมือ ยกแขนขึ้นไปทางศีรษะของผู้ป่วยถึงระดับใบหูหรือสุดช่วงของการเคลื่อนไหว จากนั้นเอาแขนกลับสู่ท่าเดิม</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ◦ <p>15. ท่าอ-เหยียดนิ้วเท้า : มือจับที่เท้าและนิ้วเท้า งอพับนิ้วเท้า ขึ้น-ลง</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและทักษะในการดูแลและผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้องจากผู้ดูแล</p>	<p>2. การดูแลตนเองทางท่อน้ำเหลือง</p> <p>เป็นขั้นตอนการดูแลที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ไม่สามารถเอาตนเองออกได้ด้วยตนเอง หากไม่ได้รับการดูแล จะส่งผลให้เกิดการอุดตันของระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ไม่ดีเท่าที่ควรตามมาได้</p> <p>อุปกรณ์</p> <p>ถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อ 1 ข้าง สายยางสำหรับดูดเสมหะแบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง สำลีสระอาดชุบแอลกอฮอล์ ขวดปากกว้าง 1 ใบ ขนาดบรรจุน้ำ 500 ซีซี สำหรับ ดูดน้ำล้างสายเสมหะภายหลังดูดเสมหะเสร็จ ถังน้ำพลาสติกขนาดเล็ก 1 ใบ ขนาดบรรจุน้ำ ผสมผงซักฟอกสำหรับแช่ถุงมือดูดเสมหะ เครื่องดูดเสมหะ</p> <p>ขั้นตอน</p> <p>1. ล้างมือให้สะอาดเพื่อกำจัดเชื้อโรค โดยฟอกด้วยสบู่จนถึงข้อศอกจนสะอาด (อาเจ้นับ 1-20 ในใจ) แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด</p>	<p>ผู้วิจัยใช้วิธีการ บรรยาย สาธิตและให้ผู้ดูแลสาธิต ย้อนกลับ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p>	<p>- ถุงมือสะอาด ปราศจากเชื้อ</p> <p>- สายยาง สำหรับดูด เสมหะแบบใช้ ครั้งเดียวแล้วทิ้ง</p> <p>- สำลีสระอาด ชุบแอลกอฮอล์</p> <p>- ขวดปากกว้าง 1 ใบ ขนาดบรรจุน้ำ 500 ซีซี</p> <p>- ถังน้ำ พลาสติกขนาดเล็ก 1 ใบ</p>	<p>ผู้วิจัยสังเกต จากการแสดง วิธีการปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลและ ปฏิบัติการ ตอบสนองของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ระยะเวลา	ประเมินผล
	<p>2. เปิดเครื่องดูดเสมหะ ใช้ถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อในมือข้างที่ถนัด จากนั้นใช้มือหยิบสายดูดเสมหะ แล้วนำสายดูดเสมหะมาต่อกับสายจากเครื่องดูดเสมหะ ระวังไม่ให้สายดูดเสมหะถูกต้องอะไรทั้งสิ้น</p> <p>3. ให้ใช้มือข้างที่ถนัดที่สวมถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อใส่สายดูดเสมหะเข้าไปในท่อทางเดินหายใจเทียม จนกระทั่งผู้ป่วยไอ ให้ใช้มืออีกข้างปิดรูข้อต่อ เครื่องจะดูดเสมหะผ่านตามสายค่อย ๆ ใช้มือขวาดึงสายออก หมุนสายเล็กน้อยระยะเวลาตั้งแต่ใส่สายดูดเสมหะเข้าไปในท่อทางเดินหายใจเทียมจนกระทั่งเอาสายออกแต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 15 วินาที ผู้วิจัยช่วยบีบ Ambu ช่วยหายใจให้แก่ผู้ป่วย 3-4 ครั้ง ผู้ดูแลรอให้ผู้วิจัยช่วยหายใจผู้ป่วยจนเสร็จ ก่อนทำการดูดเสมหะครั้งต่อไป ห้ามดูดติดต่อกันมีฉะนั้นผู้ป่วยจะขาดอากาศได้ ทำการดูดเสมหะ 3-4 ครั้ง</p> <p>4. ภายหลังกดูดเสมหะจนหมดแล้ว สังเกตได้จากกาที่ผู้ป่วยไม่ไอหรือไอแล้วไม่ได้ยินเสียงเสมหะ ให้นำสายดูดเสมหะไปดูดน้ำเปล่าในขวดน้ำที่จัดไว้ ถอดถุงมือใส่ในถังน้ำผสมผงซักฟอกที่จัดไว้</p>		<p>ขนาดบรรจุน้ำผสมผงซักฟอก</p> <p>- เครื่องดูดเสมหะ</p> <p>- ผู้ช่วยเหลือในการดูดเสมหะ ในที่นี้หมายถึงผู้วิจัย เวลา 30 นาที</p>	

คู่มือ

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่สมองสำหรับญาติผู้ดูแล



จัดทำโดย
นางสาว จันทพร ชีรทองดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การบาดเจ็บที่สมองเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อ
อย่างมากทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากเมื่อ
ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทั้งทางร่างกาย
และจิตใจหากผู้ป่วยได้รับการดูแลและการฟื้นฟูสภาพอย่างรวดเร็ว จะส่งผล
ให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันใกล้เคียงกับก่อนการได้รับการบาดเจ็บมาก
ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยสมาชิกในครอบครัว
ถือเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วขึ้น
เนื่องจากเป็นบุคคลที่คุ้นเคยและมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากกว่า เจ้าหน้าที่
ทางสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและ
กระบวนการคิดที่ตีความมากขึ้นต่อไป

จันทพร ชีรทองดี
ผู้จัดทำ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่สมอง	1
2. การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก	3.
3. การฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหว	10.
• การทำความสะอาดร่างกาย	15.
• การดูแลการรับประทานอาหาร	18.
• การดูดเสมหะ	21.
4. การออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บที่สมอง



การบาดเจ็บที่สมอง คือการได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงที่ศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง เส้นประสาท อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความผิดปกติ มีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านความรู้ความ

เข้าใจและด้านพฤติกรรม

สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมอง แบ่งออกได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่คือ

1. เกิดการจลาจล เช่น อุบัติเหตุรถชน
2. เกิดจากที่ไม่ใช่การจลาจล เช่น การตกจากที่สูง ถูกตีที่ศีรษะ

แนวทางการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง



เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการกระทบ การเทือนต่อสมอง เกิดการแตกเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะ ไปกดทับเนื้อสมอง ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ และอาจ เสียชีวิตได้ในที่สุด แนวทางการรักษาคือการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกและการฟื้นฟู สภาพผู้ป่วยโดยบุคลากรทางสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวภายหลังการผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสามารถทำได้ โดยการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองให้กลับมามีทำงานได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ ที่สุด โดย กิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย การกระตุ้นประสาทรับความ และการกระตุ้นด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึก



การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ความรู้สึกควรเริ่มกระทำให้รวดเร็วที่สุด ภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บที่สมอง สามารถกระทำได้โดย การกระตุ้นประสาทรับรู้ลึกทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย การสัมผัส การรับกลิ่น การรับรส การได้ยินและการมองเห็น มีข้อควรทราบดังนี้

1. การฟื้นฟูสภาพด้านการรับรู้ลึก ไม่ใช่การ ครอบงำผู้ป่วย แต่เป็นสิ่งสำคัญจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีที่สุด
2. ควรให้ผู้ป่วยได้รับการพักด้วยการ งดการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆก่อน 10 นาที
3. อธิบายขั้นตอนก่อน และขณะทำให้ผู้ป่วยทราบเสมอ เพราะการได้ยินของ ผู้ป่วยอาจจะปกติอยู่ แต่ไม่สามารถตอบสนองได้
4. ใช้เวลา 15–20 นาที ในการฟื้นฟูสภาพในแต่ละด้าน โดยทิ้งระยะเวลาห่างกัน ด้านละ 10 นาที และควรกระทำติดต่อกันเป็นประจำทุกวัน อย่างต่อเนื่อง



ภาคผนวก จ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาระผู้ดูแลจำแนกตามคะแนน
ปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้
ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและ
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะผู้ดูแล
 จำแนกตามคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย
 บาดเจ็บที่สมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้				ความยากลำบาก			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1.การดูแลที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.5	0.9	3.0	1.1	3.9	1.2	2.8	1.3
2.การดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล	3.3	0.7	2.9	0.8	3.3	1.2	2.7	0.9
3.การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหว	3.2	0.9	3.1	0.9	3.5	1.0	2.6	0.9
4.การปฏิบัติกิจกรรมการกระตุ้นการรับ ความรู้สึก	3.8	1.1	3.3	1.4	3.6	1.4	2.8	1.2
5.การเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	4.1	0.9	3.8	0.7	3.9	1.0	3.4	0.9
6.การจัดการเกี่ยวกับการเดินทาง	2.8	0.7	2.7	0.9	2.9	1.1	2.5	1.1
7.การจัดการด้านการเงินเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล	2.6	1.5	1.8	0.8	2.2	1.4	1.8	0.7
8.การปฏิบัติบทบาทหน้าที่การทำงานเพิ่มขึ้น	3.7	1.2	3.0	0.9	3.5	1.2	2.8	0.9
9.การทำงานนอกบ้านแทนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น	3.4	1.3	2.8	0.9	3.3	1.4	2.7	1.0
10.การจัดการอาการและอาการแสดงต่างๆ	4.2	0.8	3.3	0.7	4.1	0.7	3.4	0.6
11.การสนับสนุนทางอารมณ์สำหรับผู้ป่วย	3.6	1.0	3.1	1.4	3.2	1.3	2.9	1.5
12.การจัดหาบุคคลมาดูแลผู้ป่วยแทน เมื่อตนเองไม่อยู่	2.6	0.9	2.5	0.8	2.9	1.0	2.7	0.7
13.การช่วยเหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร	3.8	0.9	3.3	0.9	3.7	1.1	2.8	1.0
14.การติดต่อประสานงานกับแหล่ง สนับสนุนสำหรับผู้ป่วย	3.2	1.0	2.8	0.7	3.1	1.1	2.8	0.7
15. การติดต่อกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพ	2.2	0.8	2.3	0.6	2.2	0.8	2.3	0.6
ค่าเฉลี่ยรวม	3.3	0.8	2.9	0.9	3.3	1.1	2.7	0.9

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ในวันแรกของการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลด้านปริมาณเวลาที่ใช้มากที่สุดในเรื่องการจัดการอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเท่ากับ 4.2 ส่วนด้านความยากลำบากในการดูแลเรื่องการดูแลที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 3.9

หลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลด้านปริมาณเวลาที่ใช้มากที่สุดในเรื่องการเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เท่ากับ 3.8 ด้านความยากลำบากในการดูแลเรื่องการเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการจัดการอาการและอาการแสดงต่างๆ เท่ากับ 3.4



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะผู้ดูแล
จำแนกตามคะแนนปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากในแต่ละกิจกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บที่สมองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กิจกรรม	ปริมาณเวลาที่ใช้				ความยากลำบาก			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	ทดลอง		ทดลอง		ทดลอง		ทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1.การดูแลที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	3.8	0.9	4.0	0.7	3.3	0.8	3.7	0.7
2.การดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล	3.5	0.8	3.5	0.7	3.4	0.9	3.4	0.8
3.การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหว	3.3	1.4	3.2	1.1	3.5	1.3	3.1	1.2
4.การปฏิบัติกิจกรรมการกระตุ้นการรับ ความรู้สึก	4.3	0.7	4.4	0.6	3.7	1.2	4.1	0.9
5.การเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	4.4	0.7	4.5	0.5	4.2	0.9	4.4	0.7
6.การจัดการเกี่ยวกับการเดินทาง	3.0	1.1	2.9	1.1	2.8	1.1	2.8	1.1
7.การจัดการด้านการเงินเกี่ยวกับการ รักษาพยาบาล	2.5	1.4	2.3	1.3	2.3	1.3	2.3	1.4
8.การปฏิบัติบทบาทหน้าที่การทำงาน เพิ่มมากขึ้น	3.8	0.9	3.7	1.2	3.1	0.8	3.1	1.1
9.การทำงานนอกบ้านแทนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น	3.0	1.1	3.0	1.3	2.5	1.0	2.6	1.2
10.การจัดการอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	3.4	1.2	3.9	1.0	3.3	1.1	4.0	1.0
11.การสนับสนุนทางอารมณ์สำหรับผู้ป่วย	3.9	1.2	4.0	1.0	3.4	1.5	3.6	1.2
12.การจัดหาบุคคลมาดูแลผู้ป่วยแทน เมื่อตนเองไม่อยู่	3.0	1.4	3.2	1.4	3.1	1.4	3.1	1.2
13.การช่วยเหลือผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร	4.3	1.3	4.4	0.8	4.2	1.4	4.2	1.4
14.การติดต่อประสานงานกับแหล่ง สนับสนุนสำหรับผู้ป่วย	3.3	0.9	3.2	1.0	2.9	1.2	3.0	0.9
15. การติดต่อกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพ	2.9	1.1	2.3	0.7	2.4	1.2	2.1	1.1
ค่าเฉลี่ยรวม	3.4	1.1	3.5	1.0	3.2	1.1	3.3	1.0

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ก่อนการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลด้านปริมาณเวลาที่ใช้มากที่สุดในเรื่องการเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เท่ากับ 4.4 ส่วนด้านความยากลำบากในการดูแลเรื่องการเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการช่วยเหลือในการติดต่อสื่อสาร มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 4.2

หลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลด้านปริมาณเวลาที่ใช้มากที่สุดในเรื่องการเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เท่ากับ 4.5 ด้านความยากลำบากในการดูแลเรื่องการเฝ้าดูอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เท่ากับ 4.4



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ จันทพร ธีรทองดี
วัน เดือน ปีเกิด 19 มกราคม 2524
ตำแหน่ง พยาบาลประจำการ 4
สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยกึ่งหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถ. พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ปี พ.ศ. 2545

ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ

พ.ศ.2545 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยกึ่งหนักศัลยกรรมประสาท

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย