

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง* The Effects of A Self-management Support Program on the Knowledge, Burden of Care, and Stress of the Caregivers of Patients with Traumatic Brain Injury*

พรทิพย์ สำริดเปี่ยม*

สุนทรา เลียงเชวงวงศ์** ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์***

Pornthip Sumridpeam*

Sunthara Liangchawengwong** Siriluck Kaewsriwong***

Received : 1/7/62

Revised : 4/2/63

Accepted : 4/2/63

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน ด้วยการจับคู่ เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามภาระการดูแล และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามภาระการดูแล และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.84, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-Square test, Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และ 2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนด้านการให้ความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สามารถลดภาระการดูแลและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล
ความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้ดูแล

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ABSTRACT

This purpose of quasi-experimental research was to examine effect of self-management support program on knowledge, burden of care, and stress of traumatic brain injury patient's caregivers. The sample was caregivers of the moderate or severe traumatic brain injury (TBI) patients. Purposive sampling was used to select 66 caregivers of TBI patients, and then these caregivers were divided to two groups as 33 of experimental and 33 of control groups by using matching sampling. The intervention was self-management support program. The instruments for collecting data consisted of 1) demographic data questionnaire for TBI patient and caregiver, 2) caregiver knowledge of care for TBI patient questionnaire (CGK), 3) caregiver burden scale (CGB), and 4) caregiver stress questionnaire (CGS). The reliability was tested. Cronbach's alpha coefficient of CGK, CGB, and CGS were 0.84, 0.80, and 0.80 respectively. Data analysis was performed by using Chi-Square test, Fisher's exact test, Independent t-test, and Paired t-test

The results revealed that 1) A comparison of mean score of CGK CGB CGS in experimental group before and after intervention showed that the CGK mean score different with a statistical significance of .05 ($p \leq .001$) while the CGB mean score and the CGS mean score different with a statistical significance ($p < .001$). 2) Regarding the comparison of the mean score between the experimental group and the control group, the results showed that after receiving the program, the CGK mean score in the experimental group was statistically significantly difference of the control group at .05 ($p < .001$). Furthermore, the CGB and CGS mean score were statistically significantly difference of the control group at .05 ($p < .001$). As a results, the self-management support program that included providing knowledge and management skills in caregiver's of traumatic brain injury patients for increasing knowledge and also reduced burden of care and caregiver's stress for caregivers of brain injury patients.

Keywords : Self-management Support Program, Caregiver Knowledge, Caregiver Burden, Caregiver Stress, Traumatic Brain Injury, Caregiver

* Master of Nursing students Faculty of Nursing Thammasat University. Lecturer,
Boromarajonani College of Nursing Phraputthabhat

** Assistant Professor, Faculty of Nursing Science, Thammasat University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing Science, Thammasat University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลก¹ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสงกรานต์เกิดอุบัติเหตุสูงถึง 3,724 ครั้ง การเกิดอุบัติเหตุทางจราจรเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บสมอง² ซึ่งถือว่าการบาดเจ็บชนิดที่มีความรุนแรงมากที่สุดของการบาดเจ็บทั้งหมด เนื่องจากผลของการบาดเจ็บก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรวัยทำงาน ที่เป็นกำลังหลักในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ส่งผลกระทบให้ประเทศสูญเสียทรัพยากร และเป็นสาเหตุให้มีคนพิการสะสมในแต่ละปีมากขึ้น ก่อให้เกิดภาระทางสังคม สูญเสียด้านเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก³

การบาดเจ็บสมอง เกิดจากแรงจากภายนอกสมองมากระทบ ชน ระเบิด เขย่า หรือการแทงทะลุสมองส่งผลกระทบต่อสมองและระบบประสาทซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ผลที่เกิดจากการบาดเจ็บสมองทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรืออยู่ในภาวะโคม่า สมองไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ ส่งผลให้ร่างกายเป็นอัมพาต การรับรู้ ความคิด ความจำ ประสาทสัมผัส การรับรู้ความรู้สึก และการตัดสินใจบกพร่องไป⁴ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะหลังการบาดเจ็บสมอง 1 ปีแรก สมองยังมีพยาธิสภาพของการบาดเจ็บหลงเหลืออยู่⁵ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ เกิดความพิการ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะชัก การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด เป็นต้น นอกจากนี้ในระยะฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเกือบทั้งหมด เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จึงมี

ความจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองการดูแลจากผู้ดูแล ครอบครัวจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับชีวิตผู้ป่วย⁶⁻⁷ ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทในการดูแลผู้ป่วย หากขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล มีความรู้สึกเชิงลบในการดูแลผู้ป่วย และรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลที่ไม่พึงประสงค์ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อลดภาระในการดูแลและความเครียดสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแนวคิดที่สนับสนุนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความคิดเชิงลบกับผู้ป่วย และความรู้สึกเป็นภาระลดลง มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง และเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผสมผสาน 2 แนวคิด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง จัดให้มีการสนับสนุนในด้านอารมณ์และความเครียด การจัดการตนเอง และความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง และแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์ความสำเร็จ การสังเกตตัวเอง การชักจูงใจด้วยคำพูด และการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

สมองมีผลลัพธ์ในด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรวรรณ กวีภัทรนนท์⁸ พบว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลได้ดี และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Blake⁹ พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้า มีปัญหาสุขภาพทางกาย และคุณภาพชีวิตลดลง และจากการศึกษาของ อีรินซุ ทานิริตัสย และปริญญา แร่ทอง¹⁰ พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีบทบาทผู้ดูแลเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบมากทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หดหู่ กังวล เครียด สับสน กลัวดูแลผู้ป่วยไม่ได้ ซึ่งความเครียดและภาระการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เกิดขึ้นจากการขาดความรู้เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดจึงเป็นตัวแปรสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย และการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ภาระการดูแล และความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลและความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม
4. ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลและความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support Theory)¹¹ ร่วมกับการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory)¹² เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ กลยุทธ์ที่ 1 การสนับสนุนความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (Information and Skills Training Support) คือ การระบุและรวบรวมปัญหาจากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล (Caregiver-identified Problem) ร่วมกับการสังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ (Modeling) โดยการสนับสนุนความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล กลยุทธ์ที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์และความเครียด (Stress and Emotional Support) โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในผู้ดูแลกลุ่มย่อย และการฝึกประสบการณ์ผ่อนคลาย

ความเครียด กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การสังเกตและติดตามอาการผู้ป่วย 3) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล 4) การตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหา 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเองและการประเมินผลการดูแลโดยมีการกำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายร่วมกัน ให้ผู้ดูแลบันทึกข้อมูลติดตามอาการผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแลมาพิจารณาปัญหา ประมวลผลข้อมูล ตัดสินใจวิธีการแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลโดยการสะท้อนตนเอง พร้อมบันทึกผลการปฏิบัติ

กลยุทธ์ที่ 4 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง (Providing Regular and Sustained Follow-up) คือ การใช้แนวคิดการใช้แนวคิดการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการชักจูงด้วยคำพูด โดยการโทรศัพท์สอบถามผลการปฏิบัติ ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพูดชักจูงใจและการให้กำลังใจ โดยการสนับสนุนการจัดการตนเองและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแล ส่งเสริมแรงจูงใจและความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระการดูแลและความเครียด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ดูแล อายุ 18 – 60 ปี เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าบาดเจ็บสมองระดับปานกลางหรือรุนแรงมีการบาดเจ็บของสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง ไม่มีการบาดเจ็บของ

อวัยวะระบบอื่นที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 มีเกณฑ์ในการเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา คือ เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอาจเป็นญาติสายตรงหรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ญาติ คู่สมรส อาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่บ้านและไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยการพูด ฟัง การเขียน และอ่านภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง โรคเมเร็ง มีความพิการ หรือมีปัญหาทางจิต สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ดูแลมีปัญหาที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้ตลอดโครงการ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Size) ตามวิธีของ โคเฮน ใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของเพ็ญญา จายวรรณ¹³ ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน จากนั้นนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10 กำหนด ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) .80 ได้ค่าขนาดอิทธิพล .90 และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped Out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 คือ 13 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลได้จากการสอบถามผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามให้เลือกตอบ และการตอบคำถามปลายเปิด

1.2 แบบสอบถามความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามความรู้ในการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ในดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีจำนวน 21 ข้อ แปลผลคะแนนทั้ง 2 ด้าน โดยนำคะแนนดิบที่ได้มาเทียบจาก 100 ของค่าคะแนน ออกเป็น 5 ระดับ คือ ร้อยละ 81-100 หมายถึง มากที่สุด ร้อยละ 61-80 หมายถึง ระดับมาก ร้อยละ 41-60 หมายถึง ระดับปานกลาง ร้อยละ 21-40 หมายถึง ระดับน้อย ร้อยละ 0-20 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

1.3 แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview) แปลเป็นภาษาไทย โดย ชนัญชิดา คุชฎี ทูลศิริ และรัชนิ สรรเสริญ¹⁴ มีจำนวน 22 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม

เป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลของ Montgomery Gonyea & Hooyman¹⁵ มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย 5 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกที่เป็นประจำ และ 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่รู้สึก การแปลผลคะแนนทั้ง 2 ด้าน โดยนำคะแนนดิบที่ได้มาเทียบจาก 100 ของค่าคะแนน ออกเป็น 5 ระดับ คือ ร้อยละ 81-100 หมายถึง มากที่สุด ร้อยละ 61-80 หมายถึง ระดับมาก ร้อยละ 41-60 หมายถึง ระดับปานกลาง ร้อยละ 21-40 หมายถึง ระดับน้อย ร้อยละ 0-20 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

1.4 แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเครียดทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 20 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินจากแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด มีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย 5 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกที่เป็นประจำ และ 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเลย แปลผลคะแนนทั้ง 2 ด้าน โดยนำคะแนนดิบที่ได้มาเทียบจาก 100 ของค่าคะแนน ออกเป็น 5 ระดับ คือ ร้อยละ 81-100 หมายถึง มากที่สุด ร้อยละ 61-80 หมายถึง ระดับมาก ร้อยละ 41-60 หมายถึง ระดับปานกลาง ร้อยละ 21-40 หมายถึง ระดับน้อย ร้อยละ 0-20 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

2.2 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2.3 วิถีทัศน์ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย ชุดที่ 1 วิถีทัศน์ตัวแบบสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง : ผู้ดูแลมือใหม่ด้วยใจ ความยาวเนื้อหา 10 นาที และชุดที่ 2 วิถีทัศน์ตัวแบบสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง: ผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จ ความยาวเนื้อหา 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และวิถีทัศน์ตัวแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

2. การตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่าความตามเนื้อหา 1 0.93 และ 1 ตามลำดับ

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบสอบถามภาระการดูแล และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.84, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ 030/2561 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ 165/2018 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างอาจจะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอดตัวออกจากวิจัยได้ทุกเมื่อ

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแผนกผู้ป่วยนอก คลินิก ศัลยกรรมประสาท มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแล คุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นใช้เทคนิคการจับคู่โดยการพิจารณาองค์ประกอบ 1) อายุของผู้ดูแลอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 3 เดือน และ 3) ระดับความพิการที่หลงเหลืออยู่ในระดับเดียวกัน พิจารณาเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยวางแผนในการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันอังคาร และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองในวันพฤหัสบดี เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผู้ป่วยพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว โดยจัดให้มีห้องสำหรับการทำกิจกรรมและการเก็บข้อมูลอย่างเป็นสัดส่วนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิก ศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก ภายหลังพบแพทย์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มละ 4-6 คน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล ประเมินแบบสอบถามความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2. การสนับสนุนความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยการอธิบายและซักถามการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค หรือภาวะบาดเจ็บสมอง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสังเกตอาการ ผิดปกติที่ควรนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลวิธีการ/ขั้นตอน ในการปฏิบัติ และเหตุผลการปฏิบัติ รวมทั้งวิธีการ แก้ไขปัญหา และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเป็นรายบุคคล

3. สังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ตัวแบบ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ประสบความสำเร็จ

4. การฝึกทักษะในการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยใช้คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 1) การกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกัน ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกข้อมูล ด้วยตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำไปทบทวน และเฝ้าระวังหรือ กำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

5. กล่าวชมเชยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบคำถาม สรุปลักษณะพร้อมเน้นย้ำให้ผู้ดูแลกลับไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5) ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์ โดยจัดกิจกรรม กลุ่มละ 4-6 คน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลเพื่อซักถามอาการทั่วไป เปิดโอกาสระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด

โดยการฝึกการหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกาย

2. ตรวจสอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจากคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยจดบันทึก ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และแนะนำเพิ่มในส่วนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และสอนทักษะการจัดการตนเอง โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการกำหนดเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต การเฝ้าระวัง และการบันทึกข้อมูล ด้วยตนเอง มาวิเคราะห์ 1) ผู้ดูแลประมวลผลและประเมินข้อมูลด้วยตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูลด้วยตนเอง วิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2) การตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองบนพื้นฐานของข้อมูลที่รวบรวมได้ 3) การลงมือปฏิบัติการจัดการตนเอง โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือ 4) การสะท้อนตนเองการสะท้อนตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และต้องการปรับปรุงเรื่องใดเพิ่มเติม 5) มอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล่มเดิมนำไปทบทวน และบันทึกติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ตอบคำถาม สรุปลักษณะพร้อมเน้นย้ำให้ผู้ดูแลกลับไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่บ้าน และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์ 15-20 นาที เพื่อกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและความวิตกกังวล มีการชัดเจนด้วยคำพูด โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและปฏิบัติต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 7 และ 10

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว ในห้องตรวจหมายเลข 5 จัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม ๆ ละ 4-6 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พุดคุยซักถามอาการทั่วไป ตรวจสอบกระบวนการจัดการตนเองในแต่ละขั้นตอนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจากคู่มือสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยจดบันทึก ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และแนะนำเพิ่มในส่วนที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ตอบคำถาม ประเมินแบบวัดความรู้ ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชี้แจงให้ทราบว่าเป็นการพบกันครั้งสุดท้ายเป็นการสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) 30 นาที ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พุดคุยซักถามอาการทั่วไป ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแล ประเมินแบบวัดความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5) 15-20 นาที ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พุดคุยซักถามอาการทั่วไป นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12) 30 นาที ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก หลังพบแพทย์เรียบร้อยแล้ว พุดคุยซักถามอาการทั่วไป ประเมินแบบวัดความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชี้แจงให้ทราบว่าเป็นการพบกันครั้งสุดท้ายและสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้านให้แก่ผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square test และ Fisher Exact test

2. วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแล

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแล ภาวะการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีประสิทธิภาพ ต้องทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติค่าที ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. ตัวแปรแต่ละตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) จากตาราง Descriptive แผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) กราฟ Normal Q-Q Plot พบว่าตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

2. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยการทำ Scatter Plot กราฟที่ได้ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามจะเป็นเส้นตรง

3. การกระจายของประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยประชากรของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.82 อายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.43 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.60 ระดับการศึกษา ระดับประถม ศึกษา ร้อยละ 42.43 มีการประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร ร้อยละ 54.54 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 42.43 สำหรับบทบาทในครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.52 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.79 ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.73 มีอายุอยู่ในช่วง 31-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.43 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.52 ระดับการศึกษา ระดับประถม ศึกษา ร้อยละ 42.43 มีการประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร ร้อยละ 60.61 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 36.36 สำหรับบทบาทในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 54.55 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.73 ผลของการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square test พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ดังตาราง 4.1

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล กลุ่มทดลองเป็น เพศหญิง ร้อยละ 84.85 มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.49 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.85 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่สมรส มากที่สุด ร้อยละ 51.52 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.30 มีรายได้ของครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 72.72 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวส่วนใหญ่มีความ เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 42.40 ส่วนโรคประจำตัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.94 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 39.40 สำหรับระยะเวลาดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยมากกว่า 7 วัน - 3 เดือน ร้อยละ 78.79 โดยดูแลผู้ป่วย 6 - 7 วัน

ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 100 และใช้ระยะเวลาดูแล ผู้ป่วยต่อวันมากกว่า ชั่วโมง ร้อยละ 84.85 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.70 มีอายุ อยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.42 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.73 มีความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยแบบคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 36.37 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.30 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-12,000 บาท ร้อยละ 60.61 และมีความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมีความเพียงพอ กับรายจ่าย ร้อยละ 60.61 ส่วนโรคประจำตัวผู้ดูแล ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.88 ส่วนใหญ่มีภาวะ สุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 48.48 สำหรับระยะเวลาดูแลผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยมากกว่า 7 วัน - 3 เดือน ร้อยละ 78.79 โดยดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 วัน ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 96.97 และใช้ระยะเวลาดูแล ผู้ป่วย 6 - 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 87.88 ผลของ การทดสอบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square Test พบว่าตัวแปรส่วนใหญ่ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .001$)

ผลของการทดสอบความแตกต่างของตัวแปร ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม พบว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม ($p > .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ในการดูแลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.35, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการะในการดูแล ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.019, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = -6.39, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแล กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

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

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.52, p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาระในการดูแล ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.66, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.70, p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแล ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 33$) และกลุ่มควบคุม ($n = 33$) หลังการทดลอง โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง

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

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ ภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก ศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง

สามารถจัดการตนเองได้ เช่น การสนับสนุนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และสังเกตตัวแบบผู้ดูแลจากสื่อวีดิทัศน์ การให้ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพของโรคและอาการแสดง พยาธิสภาพของการบาดเจ็บสมอง มีการกระตุ้นทางอารมณ์ ให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแล และทบทวนการปฏิบัติการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแล ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแลสามารถกระทำ ได้สำเร็จ ทบทวนเสริมความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลสุขอนามัย และกิจวัตรประจำวัน ความรู้และทักษะในการฟื้นฟู

สภาพสมอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการสังเกตอาการผิดปกติเพิ่มเติม ซึ่งมีความสำคัญในการสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการตัดสินใจ พร้อมกับสอนวิธีการตั้งเป้าหมายและการวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณก ริมนิล¹⁶ ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมญาติผู้ดูแลด้านการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารต่อความรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุม เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมดังกล่าวได้ประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจ ความไม่เป็นส่วนตัว ความตึงเครียด ความไม่สะดวก ความไม่แน่นอน ความคาดหวังของผู้ดูแลและประเมินความช่วยเหลือของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้มีการร่วมมือกันในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองร่วมกัน การเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตตนเอง การประเมินข้อมูลด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลผู้ป่วย การลงมือจัดการตนเอง และการสะท้อนตนเองเกี่ยวกับการกระทำของตนเอง นอกจากนี้แล้วโปรแกรมดังกล่าวยังประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลกลุ่มตัวอย่างมี

ความรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเกี่ยวภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและสมองที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ นัยน์พร จันทริมา¹⁷ ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่ จากผลการทดลองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมโค้ชมีคะแนนภาวะการดูแลลดลงเนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรม แจกคู่มือให้ความรู้ และวิดีโอการฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้ผู้ดูแลได้ดูแลและฝึกทำจนทำให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทำให้คะแนนภาวะการดูแลลดลง

3. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองมีกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมการคลายเครียดความเครียด ได้แก่ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การฝึกประสบการณ์ผ่อนคลายความเครียด อีกทั้งโปรแกรมยังให้ความสำคัญของการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเฝ้าระวังตนเอง การตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การสะท้อนตนเอง นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการดูแลและติดตามการรักษาต่อเนื่อง การโทรศัพท์ติดตามผลการทำงาน การสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การพูดคุยจิตใจและการให้กำลังใจ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งล้วนเป็นการสร้างความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการจัดการตนเอง จากการศึกษาค้นคว้า

สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท¹⁸ ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการระบายความรู้สึก ผีกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ทำสมาธิ ผีกการหายใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความเครียด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการ: ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในสมอง นอกจากนี้แล้วยังช่วยลดภาระการดูแลและความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. ด้านบริหาร: ควรนำผลของโปรแกรมไปใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้านได้
3. ด้านวิชาการ/การเรียนการสอน: ควรนำผลของโปรแกรมไปใช้ในสอนนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้ไปสอนผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

REFERENCES

1. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety [online]. 2018 [cited 2019/6/30]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_status/2018/en/
2. Thailand Road Safety Current Situation of Road Safety in Thailand [Cited 2013/6/30] Available from <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A/N-SPI-A12N-SPI-A1-01> (in Thai)
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Report to Congress Traumatic Brain Injury in the United States: Epidemiology and Rehabilitation. 2015; Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
4. Hickey, J. V. The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. (6th ed.). 2009; Philadelphia: J.B. Lippicott.
5. Li, M., Zhao, Z., Yu, G., & Zhang J. Epidemiology of Traumatic Brain Injury over the World: a Systematic Review. Austin Neurol & Neurosci, 2016; 1(2), 1-14
6. Bayen, E., Jourdan, C., Ghout, I., Darnoux, E., Azerad, S., Claire, V. A.,...Azouvi, P. Objective and Subjective Burden of Informal Caregivers 4 Year after a Severe Traumatic Brain Injury: Results from the Paris-TBI Study. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 2014; 1, 1-9.

7. Jung-Won, L. & Zebrack, B. Caring for Family Members with Chronic Physical Illness: A Critical Review of Caregiver Literature. *Health Qual Life Outcome*, 2012; 34, 147-56.
8. Kaweeapatranon, A. The Effects of a Self-Efficacy Promoting Program for Care of Stroke Patients on Caregivers During the Transition Phase from Hospital to Home. Dissertation of Master Degree of Science (Adult nursing) Thammasat University, 2013. (in Thai)
9. Blake, H. Caregiver Stress in Traumatic Brain Injury. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2013; 15(6), 263-271.
10. Harnirattisai, T., & Raethong, Parinya R. Perceived Preparedness in Caregiving among Stroke's Caregivers. *Thai Science and Technology Journal*, 2013; 21(7), 634-639. (in Thai)
11. McGowan, P. Self-Management Support. University of Victoria, 2006.
12. Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman, 1997.
13. Jaywan, P.J. Effects of Empowerment on Caring Capabilities Among Caregivers of Patients with Traumatic Brain Injury. Dissertation of Master Degree of Science (Adult nursing) Changmai University, 2014. (in Thai)
14. Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Education*, 2011; 4(1), 62-75. (in Thai)
15. Montgomery, R. & Borgatta, E. The Effects of Alternative Support Strategies. *Gerontologist*, PubMed, 1989; 29: 457-464.
16. Rimnin, K., Wongvatunyu, W., & Monkong, S. Gerontological Nursing Effects of the Communication Support Program on the Caregiver's Knowledge and Self-Efficacy to Care for Stroke Patients with Communication Impairment, 2016; 22 (3), 293-309. (in Thai)
17. Junthontima, N. Effects of Coaching Program on Preparedness and Burden Among Caregivers of Older Persons with Stroke. Dissertation of master degree of science (Adult nursing) Changmai University, 2014. (in Thai)
18. Sawatdinaruenart, S., Sae-Sia, W., & Songwattana, P. Effects of Coaching Program on Preparedness and Burden Among Caregivers of Older Persons with Stroke, *Princess of Naradhiwas University Journal*, 2013; 5(2), 1-12. (in Thai)