

บทความวิจัย

ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Effect of Discharge Planning with Family Center on Perceived Self-Efficacy of Caregiver Traumatic Brain Injury Patients

Received: Mar 26, 2019

Revised: Apr 29, 2019

Accepted: May 3, 2019

ชลิดา เกิดภิรมย์ พย.ม. (Chalida Keadphilom, M.N.S)¹สุวรรณี ละออปักษิณ กศ.ด. (Suwannee Laorpaksin, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและ 2) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการวางแผนจำหน่ายแบบปกติโดยนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Glavin, และคณะ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura มาประยุกต์ใช้ในการกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คู่มือการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail : Ch.keadphilom@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail : suwannee@slc.ac.th

Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand.

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare: 1) self- efficacy perception of caregiver in traumatic brain injury patients before and after received family-centered discharge planning; and 2) self- efficacy perception of caregivers of traumatic brain injury patients after received discharge planning between experimental group and control group. Subjects were 58 caregivers of hospitalize traumatic brain injury patients purposively assigned to the experimental or control groups (29 in each group). The experimental group received family-centered discharge planning. The control group received routine-discharge planning. Research instruments included manual of family-centered discharge planning and a caregivers' self-efficacy questionnaire. All instruments were tested for content validity using a panel of three experts. The guide of family-centered discharge planning has revealed CVI of 0.88. Cronbach's alpha coefficient of caregivers' self-efficacy questionnaire was 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, and t-test).

Majors results are as follows:

1. After receiving the family-centered discharge planning, self-efficacy perception of caregivers of traumatic brain injury patients was statistically significantly higher than before receiving the family-centered discharge planning ($p<.05$).
2. Self-efficacy perception of caregivers of traumatic brain injury patients who received the family-centered discharge planning was statistically significantly higher than that of the caregivers who received routine-discharge planning ($p<.05$).

Keywords: discharge planning, family center, perceived self-efficacy

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก แม้ว่ารัฐบาลแต่ละประเทศจะกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว แต่จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลับเพิ่มขึ้นทุกปี¹ องค์การอนามัยโลก² รายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก พ.ศ. 2556 ว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 36.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของโลก จากสถิติกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข³ (2557) พบว่า ปี พ.ศ. 2555-2557 ประชากรที่ได้รับอุบัติเหตุมีอัตราการตาย 21.88, 22.89 และ 23.16 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ ใน

กรุงเทพมหานครมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อปีจำนวน 174, 249 และ 269 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะมักพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี อุบัติเหตุเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ประสบเหตุได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองถึงร้อยละ 62.95 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัด หากได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระยะวิกฤตใหม่ด้วยภาวะแทรกซ้อน การดูแลจึงต้องมีความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับการเตรียม

ความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หากผู้ดูแลให้การดูแลไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อยึดติด แผลกดทับ การสำลักขณะให้อาหารเกิดภาวะปอดอักเสบ อาการเหล่านี้สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระยะวิกฤตใหม่อีกครั้งและต้องกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน⁴ ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและเตรียมความพร้อมในการดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกลวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ จากทีมสุขภาพ พยาบาลจะแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ ทั้งหมดก่อนจำหน่ายเพียงหนึ่งถึงสองครั้งทำให้ผู้ดูแลจำได้ไม่ครบถ้วน หรือการที่ผู้ดูแลได้ลองฝึกทำกิจกรรมการดูแลเพียงครั้งเดียวนั้นผู้ดูแลอาจได้รับการส่งเสริมให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ซึ่งอาจมีผลถึงการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้จะลดลงหากมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเป็นระยะด้วย การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแล หรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้วิธีการดูแลด้วยการลงมือปฏิบัติจริง และยังได้ฝึกการแก้ปัญหาที่พบขณะลงมือปฏิบัติจริงอีกด้วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล มีการให้เกียรติและยอมรับในความคิดเห็นการกระทำและการตัดสินใจของผู้ดูแล นั่นคือการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายและสร้างเสริมความสามารถของผู้ดูแล หลักการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ⁵ ประกอบด้วย การตระหนักและการเคารพ (Recognize and respects) การร่วมมือกัน (Collaborative) และการสนับสนุน (Support) เกี่ยวกับการดูแลและการตัดสินใจในการดูแล โดยสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน การดูแลดูแลสุขภาพ⁶ ความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและการทำกิจกรรมการดูแล ทำให้ครอบครัวรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยเชื่อว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกับ Patchalee⁷ ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัว

เป็นศูนย์กลางมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และจากการศึกษาของ Coco, และคณะ⁸ ที่ศึกษาการสนับสนุนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนอย่างที่เคยทำ ความสามารถ พฤติกรรมและสัมพันธภาพจะเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนการฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่สมาชิกในครอบครัวควรได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

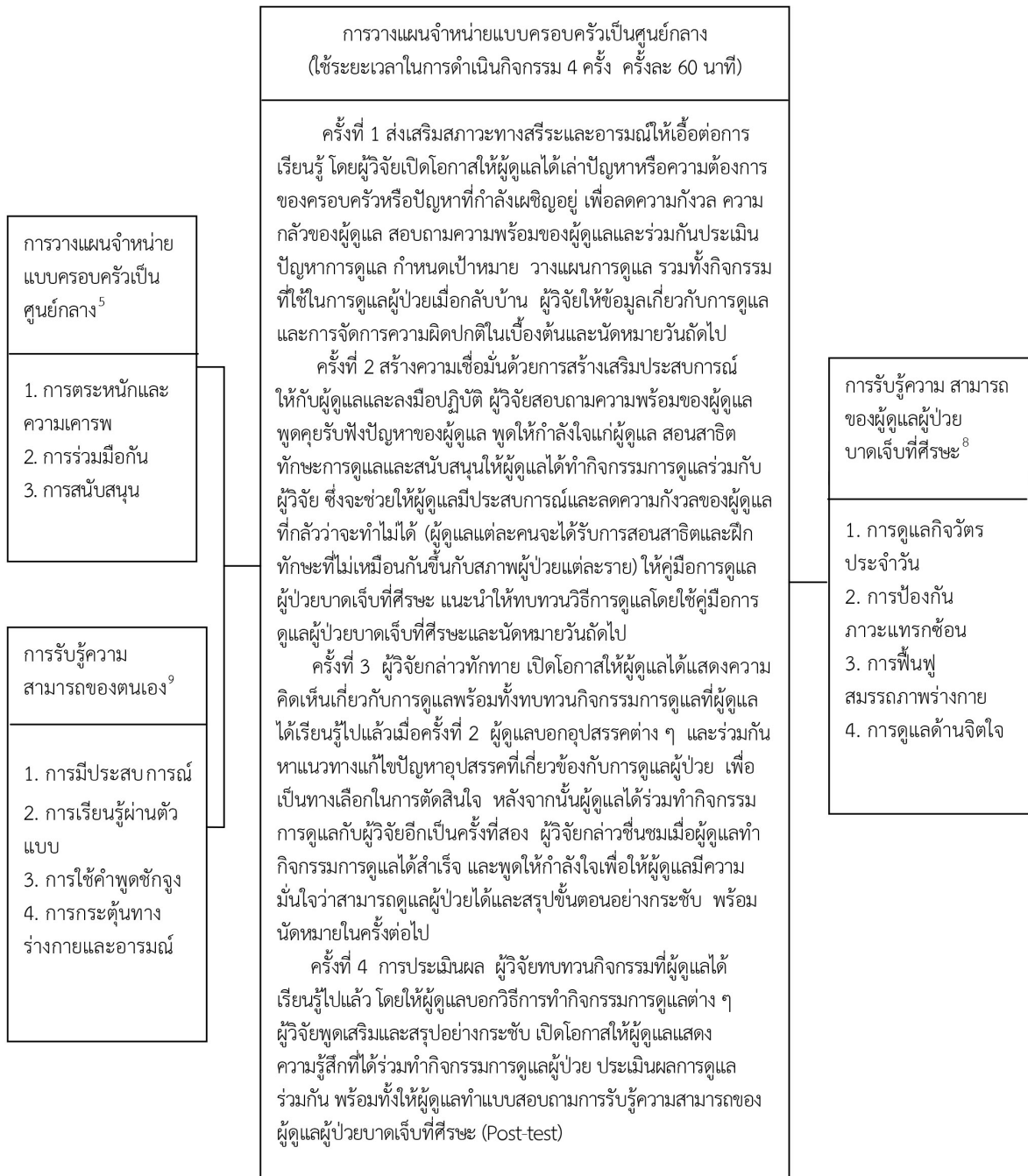
พยาบาลจึงต้องปรับบทบาทจากผู้กระทำโดยตรงมาเป็นผู้สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลด้วยตนเอง ยอมรับในความคิดเห็นการกระทำและการตัดสินใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำ การสอน สาธิตและฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายและศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Glavin และคณะ⁹ ร่วมกับวิธีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Bandura⁹ มาบูรณาการใช้ในการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาเข้ารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี เป็นญาติและพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power¹⁰ กำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 ค่า d เท่ากับ .40 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) 9-12 คะแนน ตั้งแต่แรกรับที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 29 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และอีก 29 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยผู้วิจัยและดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (match pair) ในเรื่อง อายุ เพศ ระดับการศึกษา และสภาพผู้ป่วยขณะเข้ารับ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ตั้งแต่แรกรับ 9-12 คะแนน
2. เป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ในฐานะสามี/ภรรยา บุตร หรือ พี่/น้อง ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วย โดยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด และหรือเป็นผู้อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4. มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

5. ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวต้องอยู่ในระยะที่ควบคุมได้

เกณฑ์การคัดเลือกลักษณะตัวอย่างออกจากการศึกษา

(Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการรุนแรง เช่น ขณะทำการรักษาผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือ GCS ลดลง เป็นต้น

2. ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทั้ง 4 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ คู่มือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Coco¹¹ โดยเนื้อหาครอบคลุมเรื่องกิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Linear analog scale 0-10 แปลผลโดยนำคะแนนของผู้ดูแลแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลต่ำ (0.00-3.00 คะแนน) การรับรู้ความสามารถในการดูแลปานกลาง (3.01-7.00 คะแนน) และการรับรู้ความสามารถในการดูแลสูง (7.01-10.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลระบบประสาทและสมอง 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 1 ท่าน) แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.88

2. การตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลรามารัตน์ เลขที่ 2560/820 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่และสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบกับการรักษาพยาบาลใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับ เอกสารทุกฉบับไม่มีการระบุชื่อหรือรหัสตัวเลขใด ๆ ที่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ ไม่เปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและโครงการสิ้นสุดลงแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม หลังจากได้รับการยินยอมจากผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test) ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 5-10 วัน จะได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่าย (Post-test)

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการหลังจากเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมครบ 29 ราย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างภายใน 24 ชั่วโมงแรก เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ดูแล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test) ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม ขอความร่วมมือผู้ดูแลเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมคนละ 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาทีและประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความ

คิดเห็น เล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัว ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อลดความกังวล ความกลัว ส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแล สอบถามความพร้อมของผู้ดูแลและร่วมกันประเมินปัญหาการดูแล กำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแล รวมทั้งกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการความผิดปกติในเบื้องต้นและนัดหมายกับผู้ดูแลในวันถัดไป

ครั้งที่ 2 การสร้างความเชื่อมั่นด้วยการสร้างเสริมประสบการณ์ให้กับผู้ดูแลและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ตลอดจนสอบถามความพร้อมที่จะร่วมกิจกรรมการดูแล ผู้วิจัยทำการสอนสาธิตทักษะการดูแลให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และสนับสนุนผู้ดูแลได้ลองทำกิจกรรมการดูแลร่วมกับผู้วิจัย กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์และลดความกังวลของผู้ดูแลที่กลัวว่าจะทำไม่ได้ (ผู้ดูแลแต่ละคนจะได้รับการสอนสาธิตและฝึกทักษะที่ไม่เหมือนกันขึ้นกับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละราย) ผู้วิจัยพูดให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลพร้อมกับแนะนำให้ทบทวนวิธีการดูแลโดยใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จากนั้นผู้วิจัยถามความพร้อมของผู้ดูแลที่จะมาเรียนรู้การดูแลร่วมกันและนัดหมายกับผู้ดูแลในวันถัดไป

ครั้งที่ 3 การให้กำลังใจ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลพร้อมทั้งทบทวนกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ไปแล้ว ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นหรือบอกอุปสรรคต่าง ๆ ผู้วิจัยและผู้ดูแลได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหามุ่งมั่นที่จะเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ หลังจากนั้นผู้ดูแลได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลกับผู้วิจัยอีกเป็นครั้งที่สอง ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ และพูดให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้และสรุปขั้นตอนอย่างกระชับ พร้อมนัดหมายผู้ดูแลในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้ไปแล้ว โดยให้ผู้ดูแลบอกขั้นตอนหรือวิธีการทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ และผู้วิจัยพูดเสริมและสรุปให้อีกครั้ง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นหรือแสดงความรู้สึกที่ร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลการดูแลร่วมกัน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ
2. ทดสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test หากมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent-t test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent - t test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 29 คน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 82.76 เพศชายร้อยละ 17.24 กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 86.21 เพศชาย ร้อยละ 13.79 กลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปี มาก ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.24 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ในช่วง 41-50ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.03 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.83 ในกลุ่ม ทดลอง และร้อยละ 48.28 ในกลุ่มควบคุม รองลงมาคือ จบปวส. ร้อยละ 34.48 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 31.03 ใน กลุ่มควบคุม มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดา มาก ที่สุด ร้อยละ 27.58 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 31.03 ใน กลุ่มควบคุม รองลงมา คือ สามเ/ภรรยา ร้อยละ 24.14 ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นบุตรธิดา ร้อยละ 24.14 ใน กลุ่มทดลอง และร้อยละ 20.69 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มี อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.27 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 51.72 ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.79

กลุ่มควบคุม ร้อยละ 17.24 (โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ พบคือความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูงและเบาหวาน ซึ่ง สามารถควบคุมโรคได้ด้วยการรับประทานยา)

เมื่อนำมาเปรียบเทียบเพื่อพิจารณาความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square test พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

2. การตรวจสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองด้วย Komogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ (ตารางที่ 2) และผลการทดสอบคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง รายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะ (ก่อนการทดลอง) ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง กัน (ตารางที่ 3)

3. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังทดลองของกลุ่ม ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางด้วย การใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังทดลองสูง กว่าก่อนทดลองทั้งรายด้านและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผน จำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการ วางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังตารางที่ 4

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งรายด้านและโดยรวม ภายหลัง ทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าการรับรู้ความ สามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการ วางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการจำหน่ายแบบปกติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ และโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					.131	.718
ชาย	5	17.24	4	13.79		
หญิง	24	82.76	25	86.21		
2. อายุ (ปี)					31.000	.567
21 - 30	6	20.69	5	17.25		
31 - 40	7	24.14	8	27.58		
41 - 50	9	31.03	9	31.03		
51 - 60	7	24.14	7	24.14		
3. การศึกษา					3.865	.145
ประถมศึกษา	1	3.45	1	3.45		
มัธยมศึกษา	5	17.24	5	17.24		
ปวส/ปวช./ อนุปริญญา	10	34.48	9	31.03		
ปริญญาตรี	13	44.83	14	48.28		
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					2.844	.584
บิดา- มารดา	8	27.58	9	31.03		
คู่สมรส	7	24.14	7	24.14		
บุตร	7	24.14	6	20.69		
พี่น้อง	3	10.35	4	13.79		
ญาติสายตรง	4	13.79	3	10.35		
5. อาชีพ					2.375	.667
ทำไร่ /ทำสวน / ทำนา	2	6.90	0	0.00		
รับจ้าง	14	48.27	15	51.72		
ค้าขาย	7	24.14	9	31.03		
แม่บ้าน	6	20.69	5	17.24		
6. โรคประจำตัว					.400	.488
มี	4	13.79	5	17.24		
ไม่มี	25	86.21	24	82.76		

ตารางที่ 2 แสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายด้านและโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายแบบปกติ ก่อนการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Z	p-value	Z	p-value
1. การดูแลความสะอาด	1.161	.067	1.152	.071
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	1.135	.076	1.045	.112
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.131	.077	.964	.156
4. การดูแลด้านจิตใจ	.874	.214	1.292	.035
โดยรวม	.862	.223	.448	.494

Test distribution is normal

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทำการทดลอง ด้วยการใช้ Independent t-test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2tailed)	Mean Difference	Std.Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Equal variances assumed	1.170	.197	-1.367	58	.177	.0429	.3139	-1.0576	.01991
Equal variances not assumed			-1.367	56.386	.177	.0429	.3139	-1.0582	.01997

ตารางที่ 4 การทดสอบคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t- test

คะแนนการรับรู้ ความสามารถ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
1. การดูแลความสะอาด	2.724	.2102	4.759	.3072	28	-26.449	0.00
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.678	.2556	4.798	.2604	28	-29.554	0.00
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	2.961	.1745	4.546	.3931	28	-16.228	0.00
4. การดูแลด้านจิตใจ	3.862	.2748	5.086	.4727	28	-10.422	0.00
โดยรวม	3.056	.0872	4.797	.1951	28	-36.296	0.00

ตารางที่ 5 การทดสอบคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งรายด้านและโดยรวม ภายหลังทดลอง ด้วยสถิติ Independent - t test

คะแนนการรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
1. การดูแลความสะอาด	4.76	.307	2.88	.223	28	-28.45	<.001
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.80	.260	2.72	.272	28	-29.55	<.001
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.55	.393	3.09	.282	28	-16.23	<.001
4. การดูแลด้านจิตใจ	5.09	.473	3.97	.334	28	-10.42	<.001
โดยรวม	4.80	.195	3.17	.144	28	-36.27	<.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4) และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

การบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหันที่ครอบครัวไม่คาดคิดมาก่อน ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ในการรักษา มีสายต่าง ๆ ต่อกับตัวผู้ป่วย เสี่ยงการทำงานของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลายรายยังไม่สามารถสื่อสารกับครอบครัวได้ในระยะแรก สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีความเครียดวิตกกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่หายเป็นปกติ หรือพิการ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นความไม่พร้อมทางด้านสรีระและอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา คู่สมรสและบุตร ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากย่อมต้องมีความรักความผูกพันกันมากกว่าบุคคลอื่นและเมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วยก็ย่อมส่งผลถึงสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้¹¹ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการ

รักษาเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากเดิมยากที่จะเข้าถึง จึงควรให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้วิธีให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย¹² ปกติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลมุ่งให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาชีวิตและให้ผู้ป่วยปลอดภัย แม้ครอบครัวจะให้ความไว้วางใจว่าผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ก็ยังต้องการข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แนวทางการรักษาและต้องการการตอบสนองจากทีมสุขภาพในเรื่องข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมการดูแล สอดคล้องกับ Runghnapha และคณะ¹ ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะใน 72 ชั่วโมงแรก ถือเป็นภาวะวิกฤต สิ่งที่ยาติและผู้ดูแลต้องการ คือ ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การพยากรณ์โรค การรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แต่เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วญาติผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง⁵ ที่ประกอบด้วย การตระหนักและความเคารพ การมีส่วนร่วมในการดูแล การส่งเสริมการตัดสินใจและการสนับสนุนครอบครัวในบทบาทผู้ดูแลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับวิธีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ดูแล ซึ่งแนวคิดนี้จะให้ความสำคัญกับครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมด้านสรีระและอารมณ์ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นรวมถึงการ

ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ อุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ผู้วิจัยรับฟังปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลอย่างตั้งใจเป็นการให้เกียรติ พร้อมทั้งให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลแก่ผู้ดูแลเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ สนับสนุนผู้ดูแลให้มีประสบการณ์ด้วยการลงมือทำกิจกรรมการดูแลร่วมกันและมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีรูปภาพประกอบซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลจดจำได้ดีขึ้นและสามารถกลับไปทบทวนที่บ้านได้ ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลด้วยการให้กำลังใจเมื่อพบอุปสรรคและกล่าวชมเชยเมื่อทำกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนวิธีกิจกรรมการดูแลด้วยการให้ผู้ดูแลเล่าสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว ผู้วิจัยจะพูดเสริมและสรุปอย่างกระชับก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมถัดไป วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หากได้รับการเรียนรู้และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วย ได้รับบริการที่มีความยืดหยุ่นตามความต้องการของครอบครัว สร้างเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน¹³

การศึกษานี้ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยการสร้างบรรยากาศความห่วงใย ความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยทักทาย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและรับฟังปัญหาของแต่ละครอบครัวซึ่งมีความแตกต่างกันในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลบางรายพูดระบายความรู้สึกไม่สบายใจออกมาและเป็นกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม และหลายรายรู้สึกกลัวว่าจะดูแลไม่ได้เนื่องจากไม่มีความรู้และไม่เคยทำมาก่อน ผู้วิจัยรับฟังข้อมูลจากผู้ดูแลพร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องยากหากผู้ดูแลเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลและร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจ และพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลทุกครั้งที่พบกับผู้ดูแลพร้อมกับสอบถามปัญหาอุปสรรคของครอบครัวและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลง เมื่อผู้ดูแลรู้สึกสบายใจมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย สอดคล้องกับ Nitchatima และคณะ¹⁴ พบว่า การประเมินความพร้อมของผู้ดูแล รับฟังปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาก็

เกิดขึ้นรวมถึงให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม มีส่วนช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มากขึ้นส่งผลดีต่อร่างกาย และจิตใจ เกิดการเรียนรู้และความตั้งใจ เป็นวิธีการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ และแนวคิดทฤษฎีของ Bandura⁸ ที่ว่าเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ (เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล) ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นในการประเมินปัญหาความต้องการทางสุขภาพ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแล การตัดสินใจและทำกิจกรรมการดูแลพื้นฐานแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแต่ละราย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการบริหารแขน ขา โดยผู้วิจัยสอนสาธิต และให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งมีการประเมินย้อนกลับ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ได้สำเร็จและพูดให้กำลังใจเมื่อพบปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้น สอดคล้องกับ Sopit และคณะ¹⁵ ที่ว่า การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด ด้วยการกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และการให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาและอุปสรรค จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ที่เป็นรูปภาพประกอบในคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้แก่ผู้ดูแล เพื่อนำมาประกอบการสอนกิจกรรมการดูแลอย่างเป็นขั้นตอน และผู้ดูแลยังสามารถนำกลับไปอ่านทบทวนให้จดจำได้มากขึ้น เช่นเดียวกับ Sopit และคณะ¹⁵ ที่ใช้ตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ เช่น คู่มือการดูแลผู้ป่วย มีภาพประกอบคำบรรยายสั้น ๆ ง่ายต่อการทำความเข้าใจทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ตัวแบบเหล่านี้มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์¹⁶ และทุกครั้งที่นัดพบกับผู้ดูแลจะมีการทบทวนวิธีการดูแลที่ได้ร่วมปฏิบัติไปแล้วซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจว่าสามารถดูแลและจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่ม

ขึ้นทุกด้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความมั่นใจ สอดคล้องกับ Nitchatima¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้วิธีการสอนและสาธิตให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับประสบการณ์จากการดูแลโดยตรง มีการทบทวนให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความมั่นใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลทั้งด้านทักษะการดูแลและด้านจิตใจ อารมณ์ด้วยการลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าสามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่การวางแผนจำหน่ายแบบปกติมุ่งเน้นการให้ข้อมูลมากกว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูล อีกทั้งการสอนหรือการร่วมทำกิจกรรมการดูแลก่อนจำหน่ายยังไม่ทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เพียงพอ สอดคล้องกับ Soranee¹⁷ ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล พบว่าการจัดให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะและการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น และ Patchalee⁷ ที่ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความพึงพอใจในบริการสูงกว่ากลุ่ม

ที่ได้รับการดูแลตามปกติและครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura⁶ ที่กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ การส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง การใช้คำพูดชักจูง จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นผลให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้นและสูงกว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวคิดการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาพัฒนาบริการพยาบาลในผู้ป่วยเรื่องร้องอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกและการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาอุปสรรคขณะร่วมให้การดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเวลาจำกัด ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ รูปภาพประกอบแทนตัวแบบที่เป็นบุคคลหรือผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงควรมีการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลภายหลังจำหน่าย โดยติดตามปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแล เพื่อนำมาพัฒนาการวางแผนจำหน่าย

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

References

1. Rungnapha K. The development of a clinical nursing practice guideline for preparation of caregivers of patients with TBI (Traumatic Brain Injury). *Journal of Nursing Science* 2011; 29(1):18-25. (in Thai).
2. World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Switzerland: World Health Organization. 2013. [on line]. [Cite in July 22, 2017]. Available from [key_facts_on_road_safety_situation_in_thailand_2012-2013_tha.pdf](#). (in Thai).
3. Department of Non-Communicable Disease Control Ministry of Public Health: Road Accident Situation 2014. [on line]. [Cite in December 8, 2014]. Available from <http://www.Thailandncd.com/document/file/info/injured/สถานการณ์อุบัติเหตุปี56.pdf>. (in Thai).
4. Poonsuk J. The development of discharge planning model for patients with head injury. *Journal of Nurses' Association of Thailand. North-Eastern Division* 2013;31(3):186-94. (in Thai).
5. Glavin E., et al. Challenging the precepts of family-centered care: Testing a philosophy. *Pediatric Nursing* 2000; 26 (Issue6).
6. Brewer E, McPherson M, Magrab P, Hutchins V. Family-centered care for children with special health care needs *Pediatr Nurse* 1989;83:1055-60.
7. Patchalee M. Effects of Family Centered - Care on Family's and Patient's Satisfaction and Family's Confidence in Accidental Patients Care. [doctoral's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2002. (in Thai).
8. Coco K, Tossavainen K, Jaaskelainen JE, Turunen H. Support for traumatic brain injury patients' family members in neurosurgical nursing: a systematic review. *Journal of The American Association of Neuroscience Nurses* 2011;3(6):337-48.
9. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and company; 1997.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009;41(4):1149-60. Download PDF. Available from link. Springer.com/article/10.3758/BRM.41.4.1149
11. Phupaiboon. R. Family nursing: concepts theory and implementation. 3rd edition. Bangkok: VJ Printing; 1998. (in Thai).
12. Calvete E, deArroyabe EL. Depression and grief in Spanish family caregivers of people with traumatic brain injury: the roles of social support and coping. *Brain Injury* 2012;26(6):834-43.
13. Ahmann & Johnson. Family-centered care: facing the new millennium. Interview by Elizabeth Ahmann. *Pediatr Nurse* 2000;26(1):87-90. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026323>.
14. Nitchatima S, Tassanee R, Sunee L, Porntip M. The Effects of A Self-Efficacy Promotion Program for Family Caregivers of Persons with Stroke at Home. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2010;26(1):28-43. (in Thai).

15. Sopit S, Renu P, Sermsri S, Srisamorn P. Effects of self-efficacy promotion on perceived self-efficacy of caregivers participating in care provided to critically ill children. *Ramathibodi Nursing Journal* 2011;17(1):63-74. (in Thai).
16. Bandura A. *Social foundation of thought and action: a Social cognitive theory*. Newjersey: Prentice-Hall Inc; 1986.
17. Soranee A. Effects of using nursing service program emphasizing family participation on re-admission of children with pneumonia, caring behavior of family caregivers, and satisfaction with nursing service. *Journal of Nursing Science* 2008;20(1):81-95. (in Thai).