



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียด  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต

**Effects of Information and Emotional Support Program on Caregivers' Stress  
in Caring for Patients with Traumatic Brain Injury in Critical Phase**

สุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท

Sumamita Sawasdinarnart

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of**

**Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

**Prince of Songkla University**

**2555**

**ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**



วิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต
ผู้เขียน	นางสุมาลี ต้วสินธุนาท
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา	2554

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาภายใน 72 ชั่วโมงแรก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 29 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 14 ราย ได้รับโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ คู่มือแนวทางการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ผู้ดูแลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยโรค การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ การเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย กิจกรรมพยาบาล ร่วมกับการทำกลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาแล้ว โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 3 วันตั้งแต่วันแรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดและแบบประเมินผลกระทบต่อความเครียด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดและแบบประเมินผลกระทบต่อความเครียด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .93 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด โดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = 7.19, p = .01$ )

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = -3.19, p = .01$ )

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = -4.67, p = .01$ )

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = -4.35, p = .01$ )

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์มีผลทำให้ความเครียดและผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตลดลง ดังนั้นพยาบาลควรบูรณาการ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่มีการทำกลุ่มสนับสนุนมาให้การพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียดและผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตต่อไป

**Thesis Title** Effects of Information and Emotional Support Program on Caregivers' Stress in Caring for Patients with Traumatic Brain Injury in Critical Phase

**Author:** Sumamita Sawasdinaruenart

**Major program** Nursing Science

**Academic Year** 2011

### **ABSTRACT**

The purpose of this quasi-experimental study was to test the effects of information and emotional support program on stress and stress impact of caregivers in caring for patients with traumatic brain injury (TBI) in the critical period within the first 72 hours of admission. Subjects were 29 family caregivers of patients with traumatic brain injury admitted to a trauma ward and a surgical intensive care unit of one tertiary hospital, southern Thailand. Fifteen subjects were assigned to the control group and received conventional nursing care. The other fourteen subjects were assigned to the experimental group and received the information and emotional support program. This program consisted of information support, which covered information on diagnosis, medical equipment being used, changes of signs and symptoms, and nursing care provided to the patients incorporating emotional support from experienced family caregivers who used to care for these patients. The subjects participated in this program for 3 days. Stress and stress impact questionnaires were tested for content validity by 3 experts and yielded Cronbach alpha coefficients of .93 and .89, respectively. The demographic data were analyzed using descriptive statistics and the hypotheses were examined using paired t-test and independent t-test.

The results showed that:

1. The mean score of the total stress of subjects in the in experimental group after receiving the information and emotional support program was significantly lower than that before participating in this program ( $t_{28} = 7.19, p = .01$ ).

2. The mean score of the total stress of subjects in the experimental group after receiving the information and emotional support program was significantly lower than that of the control group ( $t_{27} = -3.19, p = .01$ ).

3. The mean score of stress impact of subjects in the experimental group after receiving the information and emotional support program was significantly lower than that before participating in this program ( $t_{28} = -4.67, p = .01$ ).

4. The mean score of stress impact of subjects in the experimental group after receiving the information and emotional support program was significantly lower than that of the control group ( $t_{27} = -4.35, p = .01$ ).

This study revealed that the information and emotional support program could reduce stress and stress impact in caregivers caring for patients with TBI. Therefore, nurses should integrate this program in the nursing practice in order to further reduce stress and stress impact in caregivers caring for patients with TBI, especially in the critical phase within 72 hours after injury.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วย ความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากอาจารย์ ผศ.ดร.วิภา แซ่เซี้ย และ อาจารย์ รศ.ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้ คำปรึกษาและแนะนำแก้ไขจนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์ เป็นอย่างยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.ฐากร เอี้ยวสกุล ผศ. ดร.ชนิษฐา นาคะ และคุณ ภิกษุณันท์ นิมิตรพันธ์ พยาบาลชำนาญการและพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ สนับสนุนและเป็นกำลังใจตลอด การศึกษาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่เมตตาและให้คำแนะนำ ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณปราณี นิพัทธกุลสถิต หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ พิสาคร เส็ง นนท์ พิธีรอนงค์ โกเมศวร์ พิษนภพร รัตนศรีทอง พิศวงกมล สุวรรณ นื่องสหัส บิลอะหลี นื่อง ศราวุธ ทองพุ่ม และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจตั้งแต่เข้าศึกษาจนจบการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณธิดารัตน์ ผอมแก้ว นักสถิติปฏิบัติการที่ช่วยสอนการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างดียิ่งไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อสรเมณี หวานสนิท คุณแม่บุญนาค หวานสนิท และครอบครัวที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา รวมถึงเพื่อนร่วมรุ่นปริญญาโททุกท่านที่คอย ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่มีตลอดการศึกษา และคุณความดี ประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับ นี้ขอมอบให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อไป

สุมามิตา สวัสดิ์ดิณฤนาท

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดการบาดเจ็บศีรษะ.....	11
ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะที่มีต่อผู้ดูแล.....	14
ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.....	16
โปรแกรมการจัดการความเครียด.....	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	36
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	44
ผลการวิจัย.....	44
อภิปรายผล.....	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	61
สรุปผลการวิจัย.....	61
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม.....	64
ภาคผนวก.....	74
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	75
ข ใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย.....	76
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	84
จ จำนวน ร้อยละของผลกระทบความเครียด.....	100
ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย.....	104
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ประวัติผู้วิจัย.....	106

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป .....	45
2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป .....	46
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของอายุผู้ป่วย อายุผู้ดูแลและเวลาการบาดเจ็บของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ.....	48
4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายด้านและ โดยรวมก่อนและหลัง การทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ .....	50
5 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเครียดรายด้านและ โดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ โดยใช้สถิติทีอิสระ .....	52
6 เปรียบเทียบคะแนนผลกระทบความเครียดก่อนและหลังการทดลองภายใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่.....	54
7 เปรียบเทียบค่าคะแนนผลกระทบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุน อารมณ์ โดยใช้สถิติทีอิสระ .....	55

## รายการภาพประกอบ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	การดำเนินการทดลอง.....	43

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตและพิการระยะยาว ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บศีรษะเฉลี่ยโดยประมาณ 1 ล้าน 4 แสนคน ในจำนวนดังกล่าวมีผู้พิการอย่างถาวรจากการบาดเจ็บศีรษะ 8 หมื่นถึง 9 หมื่นคน เสียชีวิต 5 หมื่นคน (National Center for Injury Prevention and Control, 2008) กลุ่มผู้บาดเจ็บศีรษะจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า และมีอายุระหว่าง 15-24 ปี มากที่สุด (Chan, Parmenter & Stancliffe, 2007; Degeneffe, 2008) สำหรับประเทศไทยนั้นจำนวนผู้บาดเจ็บศีรษะในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวน 76,018 คน ปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน 76,761 คน และปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 80,899 คน ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจากบาดเจ็บศีรษะปีละประมาณ 5,000 คน (กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บศีรษะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุการตาย และเกิดความพิการในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่มากที่สุด ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถทั้งด้านความคิดและกำลังกายที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ (สุกรี, 2549; อติศักดิ์, 2552)

การบาดเจ็บศีรษะเป็นภาวะเจ็บป่วยที่วิกฤตโดยเฉพาะในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บศีรษะ เนื่องจากจะมีภาวะแทรกซ้อนหลังจากบาดเจ็บศีรษะเกิดขึ้นตามมาได้ จากการมีก้อนเลือดออกเพิ่มขึ้น หรือจากภาวะสมองบวม ทำให้มีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มสูง (increase intracranial pressure [IICP]) เซลล์สมองถูกทำลายทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ (herniation) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและทุพพลภาพได้ (สงวนสิน, 2550) ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรงมีโอกาสเกิดก้อนเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 40-50 (นครชัย, 2547) การเปลี่ยนแปลงอาการทางระบบประสาทที่เลวลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถหายใจเองได้ และมีภาวะแขนขาอ่อนแรงร่วมด้วย (ฤชมน, 2553) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลตั้งแต่ระยะแรกที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (กาญจนา, เนตรนภา, ปัทมา, ประณีต, และแสงอรุณ, 2543) การบาดเจ็บศีรษะนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในฐานะที่ต้องช่วยเหลือและเป็นที่พักพิงของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ดูแลเกิดความเครียดในระดับสูงได้ โดยเฉพาะในระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาภายใน 24-72 ชั่วโมง (Bhatoe, 2009; Degeneffe, 2008; Gerard, 2007; Verhaeghe, Defloor, & Grypdonck, 2006) เนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้ (1) การบาดเจ็บศีรษะเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ตั้งแต่ระยะแรกๆที่ผู้ดูแลทราบว่าสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ดูแลไม่มีเวลาเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์ครั้งนี้ (Jaun, Maria, Monica, Maria, Elizabeth, Heather, & Jeffrey, 2010) และการบาดเจ็บศีรษะจะเกิดกับผู้ที่สุขภาพแข็งแรง อยู่ในวัยเรียน วัยทำงานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (อดิศักดิ์, 2552) (2) เมื่อผู้ดูแลไปถึงโรงพยาบาลต้องพบกับสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การได้ยินเสียงสัญญาณของอุปกรณ์ทางการแพทย์ซึ่งผู้ดูแลไม่รู้จักมาก่อน การจำกัดการเข้าเยี่ยม รวมทั้งการพบกับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคยทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้น (วิจิตรา, 2551) (3) จากสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่รุนแรง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลง ไม่รู้สึกตัว และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงจากกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตและมีความพิการอย่างถาวร (Kneafsey & Gawthorpe, 2004; Verhaeghe, Defloor, & Grypdonck, 2006) และ (4) การบาดเจ็บศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่ไม่รู้สภาวะแน่นอน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้จากการไม่รู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (Ann, Lennart, & Birgitta, 2008) สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมองการบาดเจ็บศีรษะนี้ว่าเป็นความเครียด

ความเครียดเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการควบคุมสถานการณ์นั้นอย่างเต็มที่ ทำให้บุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์นี้ก่อให้เกิดอันตราย หรือสูญเสีย และคุกคามต่อตนเอง และการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงจึงเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด จากนั้นผู้ดูแลจะแสวงหาแหล่งประโยชน์ให้ตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ดูแลมองเหตุการณ์นี้ว่าเป็นความเครียดคุกคามด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลและการสนับสนุนอารมณ์ต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากพยาบาล (Jeffery, Taryn, Jessica, Jennifer, Laura, & Jennifer. C.; 2009; Kneafsey & Gawthorpe, 2004) ในระยะวิกฤตพยาบาลจะให้การดูแลช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เนื่องจากการบาดเจ็บที่รุนแรง ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ จนทำให้สนใจผู้ดูแลน้อยลง บางครั้งอาจละเลยความรู้สึกของผู้ดูแล (ชุตินา, 2547) ทั้งนี้อาจ

เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานที่มาก อาจทำให้ขาดการติดต่อกับผู้ดูแลหรือขาดความเข้าใจในความต้องการของผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เช่น กลัว โกรธ หงุดหงิด สอบถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ และมีพฤติกรรมบ่นหรือแสดงความไม่พอใจต่อพยาบาลและทีมที่ให้การดูแล ส่งผลต่อสุขภาพทางกายทำให้อ่อนไม่หลับเพราะคิดมาก ใจสั่น ปวดศีรษะ เมื่ออาหารเป็นต้น (นิตยา, 2549; Defloor, Grypdock & Verhaeghe, 2005) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องครอบคลุมถึงการลดความเครียดและการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลทั้งด้านข้อมูลและการสนับสนุนอารมณ์ด้วย (ชุตินา, 2547)

ในสถานการณ์ความเครียดดังกล่าวผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัย การเปลี่ยนแปลงของอาการในแต่ละวัน คำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่างๆ (นิตยา, 2549; Alda & Kristian, 2006) เหตุผลของการใช้เครื่องมือ ต้องการคำอธิบายที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วเกินไป จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง (Aponte et al., 2010; Harjinder, 2009) แนวทางการรักษาและการพยากรณ์โรครวมทั้งการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการจากแพทย์และพยาบาล (Bond, Draeger, Donnelly, Mandlco, & Micheal, 2003; Lee & Seow, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บสมองเฉียบพลัน พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก (อุบลวรรณ, 2541) และมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ไปพร้อมๆ กับการสนับสนุนข้อมูล ผู้ดูแลต้องการให้มีแพทย์ พยาบาลเข้ามาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยความจริงใจ รับฟังปัญหา (Kneafsey & Gawthorpe, 2004) ให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Ann, Lennart, & Birgitta, 2008) ซึ่งปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤติ คือ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือขาดการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะทำให้รับรู้ข้อมูลไม่ถูกต้อง มีการประเมินความเจ็บป่วยเกินความเป็นจริงและขาดการสนับสนุนอารมณ์อย่างเพียงพอจากพยาบาลและทีมการดูแล (Alda & Kristian, 2006; Harjinder, 2009) ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงคือ การให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและสนับสนุนอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตั้งแต่ระยะวิกฤต (Lee & Seow, 2006)

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่ามีการศึกษาวิธีการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยพบว่านักวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลและทำการสนับสนุนอารมณ์ไปพร้อมๆ กับการให้ข้อมูล (ชุตินา และคณะ, 2542; นิตยา, 2548; ทิพรรัตน์ และสมทรง, 2552; รัตนา, 2543; อภิญา, 2550; Kamsap, 2006) การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลนั้นพยาบาลมีข้อจำกัดด้านเวลา อาจจะขาดทักษะหรือขาดความรู้ในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ดูแล จึงควรวหาวิธีช่วยเหลือในการดูแลด้านจิต

สังคมของผู้ดูแล โดยการนำกลุ่มสนับสนุนมาจัดกิจกรรมใน โปรแกรมลดความเครียดให้ผู้ดูแล เพื่อ ช่วยลดปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ดูแลได้ โดยบุคคลจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เคยมี ประสบการณ์มาก่อน ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันจากผู้ดูแลภายในกลุ่มที่ประสบ ปัญหาเดียวกัน และความต้องการที่มีวัตถุประสงค์เดียวกัน จากการได้พบกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ที่มี ปัญหาเดียวกันทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว หรือสิ้นหวัง ส่งผลให้ลดความเครียดของผู้ดูแลได้ใน ที่สุด (Lazarus & Folkman, 1984) ปัจจุบันมีการนำกลุ่มสนับสนุนมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลโรค เรื้อรังมากขึ้น เช่น การทำกลุ่มสนับสนุนในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ (ปานจันทร์, สุธิตรา และอำไพ; 2549) การทำกลุ่มสนับสนุนในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (สุพรรณรัตน์, 2548) การทำกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (อาภรณ์, 2547) แต่ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะในระยะวิกฤต พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่นำกลุ่มสนับสนุนมาแก้ปัญหาของผู้ดูแลในเรื่องการ สนับสนุนด้านอารมณ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

สำหรับหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ การสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากพยาบาลในครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาใน หอผู้ป่วย และเมื่อผู้ดูแลซักถาม ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์นั้นจะได้รับตามทักษะของพยาบาล แต่ละคน การให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์จะเป็นการทำให้แบบรายบุคคล ทำให้ต้องใช้เวลานาน บางครั้งพยาบาลต้องรีบปฏิบัติงานด้านอื่น ทำให้มีข้อจำกัดในการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ หากมีการจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์อย่างเป็นระบบ ก็สามารถลดความเครียด และช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะในระยะวิกฤต โดยใช้การทำกลุ่มสนับสนุนช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถ เผชิญกับความเครียดได้ดีและมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเมื่อพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะ ฟื้นฟูสภาพต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม การสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มที่ ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลกระทบของความเครียดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์

4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลกระทบของความเครียดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### กรอบแนวคิด

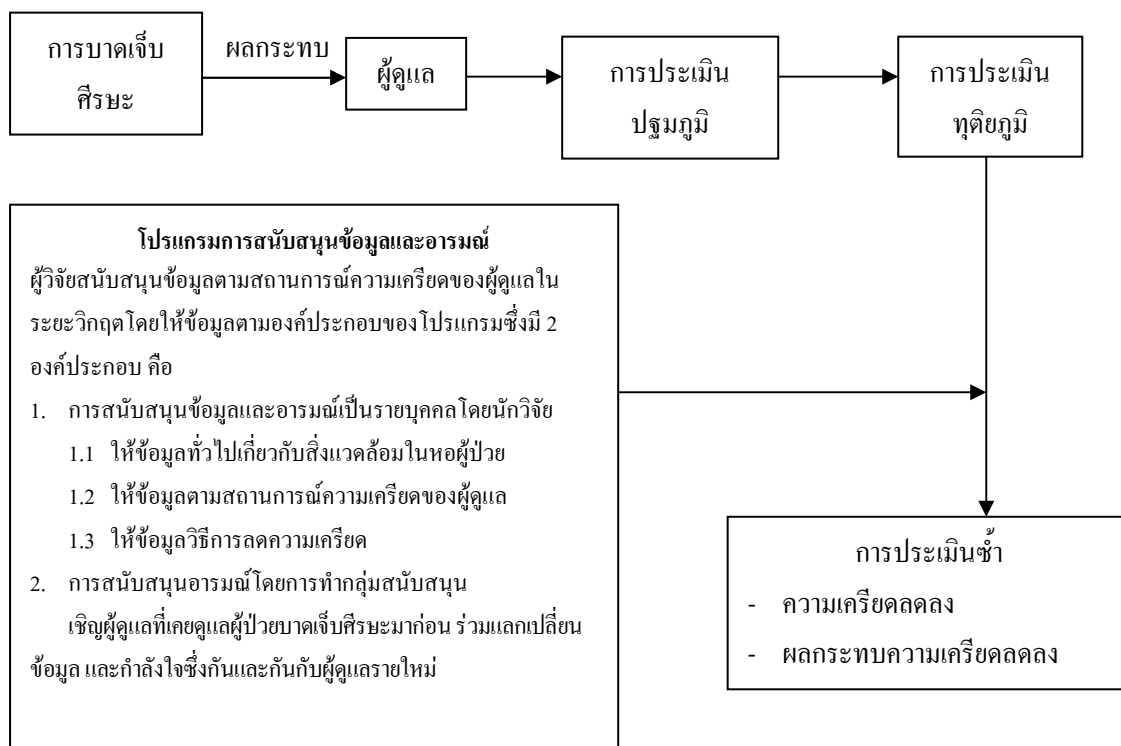
การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการควบคุมสถานการณ์นั้นอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ทำให้บุคคลรู้ว่าเหตุการณ์นี้ก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย และคุกคามต่อตนเอง การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ บุคคลจะประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ ประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่มีความสำคัญกับตนเอง มีผลในทางที่ดี และเป็นสิ่งที่คุกคามตนเองซึ่งก็คือความเครียดนั่นเอง ซึ่งการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมี 2 กระบวนการ คือ การประเมินระยะปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงในเหตุการณ์ต่อตนเอง การประเมินตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ข้อผูกพัน และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ และระยะเวลาที่เกิดขึ้นว่าเกิดแบบเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์จะมีผลต่อการประเมินตัดสินความเครียด (cognitive appraisal) ของบุคคลในการประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร ถ้าบุคคลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ บุคคลจะประเมินว่าเป็นความเครียด เมื่อบุคคลประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะต้องประเมินแนวทางในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น กระบวนการนี้คือการประเมินระยะทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น โดยบุคคลจะประเมินแหล่งประโยชน์จากสองแหล่ง คือ จากภายในตนเอง ได้แก่ความเข้มแข็งภายในของบุคคล และจากภายนอก ได้แก่ การแสวงหาความรู้ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน เป็นต้น หลังจากนั้นบุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์นั้นซ้ำอีกครั้งหลังจากแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือแล้ว (reappraisal) เมื่อวิเคราะห์การเกิดความเครียดของ



ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตามกรอบทฤษฎีของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถวิเคราะห์ได้ว่าการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินในระยะปฐมภูมิว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามแก่ชีวิตผู้ป่วย ความเครียดของผู้ดูแลจึงเกิดขึ้น จากนั้นผู้ดูแลจะเข้าสู่การประเมินในระยะทุติยภูมิเพื่อหาแหล่งประโยชน์หรือทางเลือก ให้ตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่เป็นความเครียดได้

ภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามแก่ชีวิต บุคคลจะประเมินว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ซึ่งการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ผู้ดูแลประเมินว่าเหตุการณ์นี้เป็นความเครียดที่คุกคามแก่ชีวิตผู้ป่วย คุกคามต่อความเป็นอยู่ของผู้ดูแล เมื่อรับรู้ว่าเป็นความเครียด ผู้ดูแลจะพยายามจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น ด้วยการแสวงหาข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาวิธีต่างๆ ในการแก้ปัญหา และมีการพิจารณาถึงผลดี ผลเสียของแต่ละทางเลือกเหล่านั้น ซึ่งวิธีการที่บุคคลใช้เพื่อแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีทั้งภายในและภายนอก แหล่งประโยชน์ภายใน ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา และทักษะด้านสังคม (social skill) ส่วนแหล่งประโยชน์ภายนอกที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต คือ แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือการสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาล หรือบุคคลที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน โดยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์กับผู้ดูแลรายใหม่ ทำให้ผู้ดูแลรายใหม่ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความมั่นใจได้ ในยามทุกข์ การได้รับความช่วยเหลือเรื่องสิ่งของและการบริการ จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้น จะประเมินว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดขึ้นแบบฉับพลัน เป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินในระยะปฐมภูมิว่าการบาดเจ็บศีรษะมีผลคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงประเมินว่าเป็นความเครียด ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงพยายามที่จะหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในการประเมินในระยะทุติยภูมิเพื่อช่วยให้รับรู้ได้ถูกต้องตรงกับสถานการณ์ ทำให้ลดความรุนแรงของความเครียดลงสามารถยอมรับกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินในระยะทุติยภูมิได้ เพื่อนำไปวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ใหม่ให้ถูกต้องกับความเป็นจริง สามารถรับรู้เหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องทำให้ความเครียดและผลกระทบจากความเครียดลดลง ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์หลังได้รับ โปรแกรมฯต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. คะแนนเฉลี่ยผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ
4. คะแนนเฉลี่ยผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์หลังได้รับ โปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### นิยามศัพท์

โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนโดยการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแล ซึ่งมีองค์ประกอบของโปรแกรม ดังนี้ (1) การให้ข้อมูลตามสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลและสนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การทำกลุ่มสนับสนุน ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 วัน โดยในวันที่ 1 ถึงวันที่ 2 ผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ดูแลโดยผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลพร้อมๆ กับสนับสนุนอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในวันที่ 1 ถึงวันที่ 2 โดยวันที่ 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อลดสถานการณ์ความเครียดจากสภาพการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสนับสนุนอารมณ์เพื่อลดสถานการณ์ความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลในเรื่องวิธีการลดความเครียดในผู้ดูแล และในวันที่ 3 ผู้วิจัยทำกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานและเป็นแหล่งข้อมูลที่ต้องการให้กลุ่ม เชิญผู้ดูแลที่เคยดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและเผชิญกับความเครียดได้ดีมาร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้สึก แสดงความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นรายบุคคลใน 2 วันแรก ร่วมกับการใช้กลุ่มสนับสนุนในวันที่ 3

ความเครียดของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ที่ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เข้ามากระตุ้นว่าตนเองถูกคุกคามจากสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพตนเอง และจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อจัดการเหตุการณ์ครั้งนี้ ซึ่งผู้ดูแลจะมีการเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ความเครียดที่คุกคาม โดยมีการประเมิน

ตนเองถึงระดับความเครียดที่เกิดขึ้นว่ามีมากน้อยเพียงใด ถ้าผลการประเมินพบว่าเกินกำลังกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะทำให้เกิดผลกระทบความเครียดที่มากขึ้น ในการศึกษาวิจัยจึงประเมินความเครียดของผู้ดูแลใน 2 มิติ เพื่อครอบคลุม ทั้งสถานการณ์ความเครียดและผลกระทบความเครียดโดยใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด โดยประเมินจากแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือในการประเมินความเครียดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของดาร์วีน (2549) ซึ่งแปลจากแบบวัดความเครียดของ แยน (Yan, 2000) ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดความเครียดของ ลาซารัสและ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

2. แบบประเมินผลกระทบจากความเครียดด้วยตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การประเมินการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ การแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์เมื่อผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ความเครียดที่มาคุกคามตนเองในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินระดับความเครียดด้วยตนเองของศรีนยา (2549) ที่นำมาจากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต (2542) ที่สร้างตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับผู้ดูแลโดยให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหอผู้ป่วยในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และเมื่อผู้ดูแลซักถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยตามสภาพผู้ป่วย ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์จะมีการพูดคุยกับผู้ดูแลที่ผสมผสานกับการให้ข้อมูล จะได้รับการพยาบาลตามทักษะของพยาบาลแต่ละคน โดยไม่ได้มีแบบแผนขั้นตอนที่ชัดเจน

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ช่วงเดือน เมษายน- ธันวาคม พ.ศ. 2554

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลและแนวทางสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต เพื่อลดความเครียดและผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะวิกฤตและเมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตแล้ว

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต โดยมีขอบเขตการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดการบาดเจ็บศีรษะ
2. ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะที่มีต่อผู้ดูแล
3. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
  - 3.1 แนวคิดของความเครียด
  - 3.2 สถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
  - 3.3 การประเมินและปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจการรับรู้ของบุคคล
  - 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
  - 3.5 การประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
  - 3.6 ผลกระทบของความเครียดต่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
  - 3.7 การประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
4. โปรแกรมการจัดการความเครียด
  - 4.1 การสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์
  - 4.2 การใช้กลุ่มสนับสนุน

#### แนวคิด การบาดเจ็บศีรษะ

##### ความหมาย

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำภายนอก มาทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เส้นประสาทสมองและสมอง (กุชรงค์, 2552; ไสว, 2552) และคำจำกัดความของการบาดเจ็บศีรษะที่ใช้กันในปัจจุบันมีดังนี้ (1) มีประวัติชัดเจนว่ามีการกระแทกที่ศีรษะ (2) ตรวจพบบาดแผลที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก (3) มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวแม้เพียง

ช่วงขณะหลังบาดเจ็บ สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะมีหลายสาเหตุ เช่น จากอุบัติเหตุจากรถ ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกาย การเล่นกีฬา ถูกยิงหรือได้รับแรงกระแทกอื่นๆ เป็นต้น (นครชัย, 2547)

### พยาธิ สภาพการบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บปฐมภูมิ (primary brain injury) เป็นผลโดยตรงจากแรงที่ทำให้เกิดบาดเจ็บที่บาดเจ็บที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ ส่วนการบาดเจ็บแบบทุติยภูมิ (Secondary brain injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากหลังการบาดเจ็บศีรษะ อาจเกิดจากสาเหตุภายในกะโหลกศีรษะ เช่น ก้อนเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะ หรือจากเหตุภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีอันตรายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ ก้อนเลือดภายในโพรงกะโหลกศีรษะเป็นการบาดเจ็บทุติยภูมิซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายหลัง (นครชัยและเอก, 2546) ได้แก่

1. ก้อนเลือดเหนือ dura (EDH) ทำให้กะโหลกศีรษะแตกทำให้หลอดเลือด meningeal ฉีกขาด เกิดเลือดออกได้
2. ก้อนเลือดใต้ dura (subdural hematoma) แบ่งเป็นก้อนเลือดใต้ dura แบบเฉียบพลัน (acute subdural hematoma; ASDH) เกิดจากการบาดเจ็บแบบ penetrating ทำให้เนื้อสมองและหลอดเลือดบริเวณผิวสมองฉีกขาด และก้อนเลือดใต้ dura แบบเรื้อรัง (chronic subdural hematoma; CSDH) เมื่อแสดงอาการมากกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไป ในช่วงแรกของผู้บาดเจ็บไม่แสดงอาการเพราะปริมาณเลือดไม่มากพอแต่ในช่วงหลังก้อนเลือดมีขนาดโตขึ้นและแสดงอาการออกมา
3. การมีเลือดออกในชั้นใต้อแรคนอยด์ (subarachnoid hematoma) พบในรายที่บาดเจ็บศีรษะรุนแรงและมีเลือดออกในสมองมาก
4. การขาดเลือดในสมอง (ischemic brain) เกิดจากการไหลเวียนเลือดไปสู่บริเวณนั้นๆ ของสมองลดลงทำให้ขาดกลูโคสและออกซิเจน ส่งผลให้สมองบวมและเกิดเนื้อตายในที่สุด
5. สมองบวม (brain swelling) คือ การที่สมองมีขนาดโตขึ้นจากการมีก้อนขยายเพิ่มขึ้น การมีเลือดคั่งในหลอดเลือดสมอง หรือจากภาวะสมองบวมน้ำ (brain edema) เมื่อพยาธิสภาพในการบาดเจ็บทุติยภูมิไม่ได้รับการสังเกตติดตามและแก้ไขให้ทันท่วงที ก็จะเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นและอาจเสียชีวิตได้

### ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ

การประเมินความรุนแรงที่นิยมใช้ในปัจจุบัน โดยการประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ โครมา สกอร์ เสก (Glasgow Coma Score Scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความรู้สึกตัว โดย GCS จะประเมินความสามารถของผู้ป่วย 3 ด้าน คือ การลืมตา การตอบสนองด้านการพูด การสื่อสาร และการตอบสนองด้านการเคลื่อนไหว ดังนี้ (ไสว, 2551)

การลืมตา (eye opening) การลืมตาบ่งบอกถึงภาวะที่ผู้ป่วยตื่นและบ่งบอกถึงกลไกที่ควบคุมการตื่น (arousal mechanism) ในแกนสมองว่ายังทำงานได้ ลืมตาได้เองให้ 4 คะแนน ลืมตาเมื่อเรียกให้ 3 คะแนน แสดงว่า Cerebral cortex ยังทำงาน ลืมตาเมื่อเจ็บให้ 2 คะแนน แสดงว่าสมองส่วนล่างยังทำงาน และถ้าผู้ป่วยไม่ลืมตาเลยให้ 1 คะแนน สาเหตุอาจมาจากแกนสมองถูกกด หรือสาเหตุอื่น เช่น ได้รับอุบัติเหตุบริเวณเบ้าตา การผ่าตัดที่สมองส่วนหน้า

การพูดที่ดีที่สุด (best verbal response) การพูด คือ การรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่อง บุคคล สถานที่ และเวลา เช่น ถามว่าผู้ป่วยชื่ออะไร เป็นใคร อยู่ที่ไหน ปีนี้ปีอะไรหรือตอนนี้อยู่ที่ไหน หรือเดือนอะไร โดยพยายามหลีกเลี่ยงการถามคำถามซ้ำๆ ถ้าผู้ป่วยตอบได้ถูกต้องให้ 5 คะแนน ถ้าสับสนให้ 4 คะแนน พูดได้เป็นคำๆ ให้ 3 คะแนน ส่งเสียงไม่เป็นคำพูดให้ 2 คะแนน ไม่ออกเสียงเลยให้ 1 คะแนน

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (best motor response) การตอบสนองด้านการเคลื่อนไหวเป็นส่วนประกอบที่สำคัญมากในระบบการให้คะแนน GCS โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถลืมตาได้เอง เนื่องจากตาบวมปิดจากการบาดเจ็บที่เบ้าตา หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดได้เนื่องจากคาทอช่วยหายใจ แต่สามารถทำตามคำบอกได้ เช่น ชู 2 นิ้วได้ กำมือได้ ยกแขนได้ ก็แสดงว่าระดับความรู้สึกตัวยังดี คะแนนการเคลื่อนไหวอยู่ในช่วง 1-6 คะแนน การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น แขนงอเกร็งบ่งบอกถึงการบาดเจ็บมากและสมองถูกทำลายอย่างรุนแรง การบันทึก GCS จะลงเฉพาะด้านที่ดีที่สุด

ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ แบ่งตาม Glasgow Coma Scale ได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (mild head injury) หมายถึง คะแนน GCS อยู่ในระหว่าง 13-15 คะแนน ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีหรือลืมตาเมื่อเรียก ทำตามคำสั่งได้ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อย หรือสับสนเป็นบางครั้ง
2. บาดเจ็บศีรษะปานกลาง (moderate head injury) หมายถึง คะแนน GCS อยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและสับสน หลับเป็นส่วนใหญ่ จะตื่นเมื่อปลุกหรือกระตุ้นด้วยความปวด ชักแขนขาหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด
3. บาดเจ็บศีรษะรุนแรง (severe head injury) หมายถึง คะแนน GCS อยู่ในระหว่าง 3-8 ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลงมาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดหรือชัก



แขนขาหนีเมื่อเจ็บ งอหรือเหยียดแขนแบบผิดปกติ การประเมินระดับความรู้สึกตัวนั้นต้องประเมินร่วมกับการดูขนาดและปฏิกิริยาต่อแสงของม่านตา และการประเมินสัญญาณชีพจึงจะได้ข้อมูลที่แม่นยำยิ่งขึ้น

ผลของการบาดเจ็บศีรษะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะในระดับปานกลางหรือรุนแรงนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือสูญเสียสมรรถภาพทางด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรงเป็นอัมพาต เป็นต้น การรับรู้ผิดปกติจากระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือไม่รู้สึกรู้สีกตัว มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร มีความบกพร่องด้านการรู้คิด สูญเสียการรับรู้วันเวลาและสถานที่ (loss of sense of time and space) (สงวนสิน, 2546) และมีพฤติกรรม ก้าวร้าว สับสน ซึ่งความบกพร่องและความพิการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องกลายเป็นภาระแก่ผู้ดูแลตั้งแต่ระยะแรกของการบาดเจ็บศีรษะ (รุ่งนภา, 2552) การบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

#### *ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะที่มีต่อผู้ดูแล*

การบาดเจ็บศีรษะนำผู้ป่วยไปสู่ความบกพร่องและความพิการด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้ได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเนื่องจากผลของการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

##### 1. ด้านร่างกายของผู้ดูแล

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวได้รับบาดเจ็บศีรษะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการเจ็บป่วยที่วิกฤตและเกิดขึ้นกะทันหัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในระดับสูง (Jaun, Maria, Monica, Maria, Elizabeth, Heather, & Jeffrey, 2010) เพราะต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายต่อความเครียด เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร (นิตยา, 2549; Defloor, Grypdock & Verhaeghe, 2005) และเมื่อบุคคลเผชิญความเครียดเป็นเวลานานจะมีผลกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วย (Lazarus & Folkman, 1984)

## 2. ด้านจิตใจของผู้ดูแล

การบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่วิกฤตและเจ็บพลันที่เกิดขึ้นกับครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุมีความเครียดสูง กระวนกระวายต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกกดดัน มีความทุกข์ทรมาน เกิดอาการช็อก ไม่เชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความจริง กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า (Hayashi, Kurihara, Lindsay, Mclellan, & Watanabe, 2001; Kreutzer et al., 2009) ไม่ให้ความร่วมมือ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ก้าวร้าว หงุดหงิด ตำหนิผู้อื่น ความจำหรือสมาธิเสียไป สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง กลัวกับความเจ็บปวดและไม่สุขสบายที่เกิดกับผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีความเครียดอย่างมาก (Defloor, Grypdock, & Verhaeghe, 2005; Harjinder, 2009)

## 3. ด้านบทบาทและหน้าที่

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว (Jumisko, Lexell, & Soderberg, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาติดตามในกลุ่มภรรยาผู้บาดเจ็บศีรษะรุนแรง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวร้อยละ 60 ที่ภรรยาต้องเปลี่ยนบทบาทจากการดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว มาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และเป็นหัวหน้าครอบครัวในการตัดสินใจแทนสามี ซึ่งเป็นบทบาทที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000) โดยเฉพาะในระยะวิกฤตผู้ดูแลมีความเครียดสูงจากการเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Kneafsey & Gawthorpe, 2004)

## 4. ด้านเศรษฐกิจ

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีในการวินิจฉัย เช่น การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การรักษา การผ่าตัด ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ดูแลมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย (สงวนสิน, 2546) การสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้ครอบครัวขาดรายได้ แต่รายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวทำให้เพิ่มความเครียดแก่ผู้ดูแลได้ (ไสว, 2552; Bond, Draeger, Donnelly, Mandleco & Micheal, 2003)

### ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความเครียดเป็นภาวะการตอบสนองของบุคคลที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการดำเนินชีวิต ต่อสถานการณ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่คุกคามต่อความเป็นอยู่หรือความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งการตอบสนองของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน สถานการณ์อย่างเดียวกันอาจทำให้อีกคนหนึ่งเครียดแต่อีกคนไม่เกิดความเครียดก็ได้ อาจจะแสดงออกให้เห็นทางพฤติกรรม (รัศมี และ ลักขณา, 2548) ซึ่งความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่ต้องการ ดังนั้นบุคคลต้องมีการปรับจิตใจให้เหมาะสมขึ้นกับการที่จะเผชิญกับความเครียดนั้นได้ (อาภรณ์, 2547) และรัตนา (2548) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้าความเครียด โดยขึ้นกับการคิดและตัดสินใจของบุคคลต่อสิ่งเร้า นั้น ซึ่งมีความแตกต่างกัน ระหว่างความต้องการกับแหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น

นักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ดังนี้ เช่น เซลเย่ (Selye, 1956 อ้างตาม วิจิตรา, 2551) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น (stressor) จากทั้งภายในและภายนอกร่างกายทำให้คุกคาม มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อต่อต้านสิ่งที่มาคุกคาม มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม จนร่างกายเกิดความเครียดในระดับสูง ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงความเครียดในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อกัน ซึ่งบุคคลจะเกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับประเมินด้วยสติปัญญาของบุคคล ระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ หากแหล่งประโยชน์ของบุคคลเพียงพอที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ลำบากทำให้บุคคลเครียดเล็กน้อย แต่หากบุคคลรับรู้แหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอกับสถานการณ์ที่ลำบากนั้นก็ทำให้เกิดความเครียดมาก

สรุปความเครียด หมายถึง การตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ของบุคคลที่ประเมินว่าตนเองถูกคุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่ตนใช้เผชิญกับสิ่งที่คุกคามนั้น ซึ่งสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์จะเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น

### แนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ ซึ่งจะเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ (resources) ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น และจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการควบคุมเหตุการณ์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง บุคคลรับรู้ว่าการณ์นี้ก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสียและคุกคามต่อตนเอง บุคคลจะประเมินว่าเป็นความเครียด นั่นคือ การประเมินระยะปฐมภูมิ (primary appraisal) เมื่อบุคคลประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะแสวงหาแหล่งประโยชน์ หรือทางเลือกเพื่อช่วยเหลือตนเองกับความเครียดที่เกิดขึ้นคือการประเมินระยะทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้น และมีการประเมินสถานการณ์นั้นซ้ำ (reappraisal) อีกครั้งเพื่อให้ตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่เป็นความเครียดได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

### สถานการณ์ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย วยบาดเจ็บศีรษะ

สมาชิกในครอบครัวเมื่อทราบว่ามีการบาดเจ็บศีรษะซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อนกับการบาดเจ็บครั้งนี้ทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ดูแลเครียดจากสภาพร่างกายของผู้ป่วย และความรุนแรงของการบาดเจ็บ ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่รู้สึกตัว มีอาการไม่แน่นอน และอุปสรรคทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นพบว่าสถานการณ์บางอย่างมีผลต่อการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตดังนี้

1. สถานการณ์ความเครียดจากเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตและเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เช่น การได้รับอุบัติเหตุพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ความเครียดในผู้ดูแลที่ไม่ได้เจ็บป่วยทันทีทันใดจะมีน้อยกว่าในผู้ดูแลที่เจ็บป่วยทันทีทันใด เนื่องจากมีการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการเตรียมใจรับกับเหตุการณ์ไม่ดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (อาภรณ์, 2547) ซึ่งแตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤตและเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ไม่มีการเตรียมตัวมาก่อนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงได้ (อรวรรณ, 2550; Jaun, Maria, Monica, Maria, Elizabeth, Heather et al. 2010;)



1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (benign-positive) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลจะเกิดการผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 ประเมินว่าเป็นความเครียด (stressful) คือการตัดสินใจว่าเหตุการณ์นั้น บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น การสูญเสียบุคคลที่ตนรัก การเจ็บป่วยรุนแรง

1.3.2 คุกคาม (threat) คือ การประเมินว่าจะเกิดอันตรายหรือสูญเสียที่เกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีความเจ็บป่วยของบุคคลอาจประเมินได้ทั้งเป็นอันตราย สูญเสียและคุกคามผสมกัน เช่น ผู้ป่วยถูกตัดขา นอกจากประเมินว่าอันตรายได้เกิดขึ้นกับตนเองและสูญเสียขาไปแล้ว ยังประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อการสูญเสียหน้าที่การทำงานต่อไปในอนาคต และต้องกลายเป็นภาระของผู้ดูแล เป็นต้น

1.3.3 ท้าทาย (challenge) คือการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่ควบคุมได้ หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้ตนเองมีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ในการประเมินชนิดนี้ผู้ประเมินจะตั้งคำถามว่า โอกาสที่จะสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด มีทางเลือกใดบ้างที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตามหลังชนิดปฐมภูมิแต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกันได้

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ หรือการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่เพื่อลดความเครียดลง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

### *ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินเหตุการณ์ของบุคคล*

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factor) (Lazarus & Folkman, 1984)

## 1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (severity) ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น การได้รับบาดเจ็บศีรษะบุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นไม่สามารถคาดเดาได้ (unexpectedness) ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบมาก่อน การบาดเจ็บศีรษะไม่สามารถทำนายการฟื้นหายได้แน่ชัด ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลประเมินว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน

1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (uncertainty) ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอน บุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นๆ

## 2. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่

2.1 ข้อผูกพัน (commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากก็ได้

2.2 ความเชื่อ (belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดนั้นจะออกมาในลักษณะท้าทาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจประเมินว่าคุกคามสูญเสียหรือเป็นอันตราย

วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญกับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้นๆ ซึ่งได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคลจะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ได้

2. ความเชื่อในทางที่ดี ในผลลัพธ์ที่ตามมา เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้และมีความหวัง จะช่วยเอื้อในการเผชิญความเครียดได้ดี

3. ทักษะในการแก้ปัญหา บุคคลที่รู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

4. ทักษะทางด้านสังคม (social skill) ความสามารถที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

5. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ช่วยให้บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหามากขึ้น

6. แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมนวมทั้งครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่ไว้วางใจ 3) การได้รับความช่วยเหลือเรื่องวัตถุและการบริการ ทั้ง 3 อย่างนี้ส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้

### *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ปัจจัยหรือสิ่งที่เข้ามากระตุ้นแล้วทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะดังนี้

1. อายุของผู้ป่วยและอายุของผู้ดูแล ถ้าผู้บาดเจ็บอยู่ในวัยผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุ ผู้ดูแลจะมองว่ามีความเสี่ยงตามวัย (ชนัญชิตา, 2547) แต่ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยเรียนวัยทำงาน เป็นวัยแห่งความหวัง และกำลังในการพัฒนาประเทศในอนาคตทำให้ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา พี่น้อง จะมีการรับรู้ความเครียดมากกว่าผู้ป่วยวัยสูงอายุ (สุกรี, 2549) จากการศึกษาพบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ชีวิตในอดีต จะส่งผลต่อการตอบสนองปัญหาที่แตกต่างกัน (อาภรณ์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ (2550) พบว่าเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นผ่านภาวะวิกฤตมามากจะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการไตร่ตรอง ดังนั้น เมื่อเกิดความเครียดจะสามารถพิจารณาทางเลือกที่ทำให้ความเครียดลดลงได้

2. ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารได้เป็นผลจากการบาดเจ็บที่รุนแรง และมีความพิการเกิดขึ้น (สงวนสิน, 2550) มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความเครียดจากความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอาการที่เปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนของผู้ป่วย เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ความเครียดในระดับสูง (คารารัตน์, 2549; Verhaeghe, Defloor, & Grypdock, 2005)

3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสูญเสียอวัยวะต่างๆ ในระยะแรกผู้ดูแลไม่สามารถยอมรับกับสภาพต่อการสูญเสียได้ ในระยะนี้ต้องผ่านขั้นตอนการเผชิญความเครียดมากมาย เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลจะเรียนรู้การเผชิญความเครียดและแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น (Bell, 1977)



อ้างอิง อารมณ์, 2547) และช่วงระยะเฉียบพลันของการบาดเจ็บ (acute phase injury) หรือภาวะวิกฤตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในเวลาถึง 3 วันแรกทำให้ผู้ดูแลจะมีความเครียดสูง (Kamsap, 2006)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในฐานะของสามีกับภรรยา บิดาหรือมารดากับบุตร ก่อให้เกิดความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (ดาร์รัตน์, 2549; สุดศิริ, 2541) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อให้เกิดความเข้าใจ และความสงสารที่มีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจ (altruistic motivation) ที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเยียน (2000) ความเครียดจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีความใกล้ชิดกัน ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ความเครียดสูง

5. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่าในบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง มองโลกในแง่ดี จะมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่เจ็บป่วย (อารมณ์, 2547) ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หงุดหงิด ทำให้ผู้ดูแลเครียด และส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพได้ (สุดศิริ, 2541)

6. แรงสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญในด้านเป็นกำลังใจ ปลอบใจ สัมพันธภาพอันดีจากบุคคลรอบข้างช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ขวัญ และกำลังใจดีขึ้น ทำให้บุคคลรับรู้ความเครียดลดลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984; Yan, 2000)

7. รายได้ในครอบครัว รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยในเรื่องการอำนวยความสะดวกในการจัดหาเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลที่รายได้สูงจะมีโอกาสในการหาสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย (ชนัญชิตา, 2547)

#### *การประเมิน ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะประเมินว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและคุกคามแก่ชีวิต และเป็นภาวะวิกฤตอยู่ในช่วงระยะ 1-3 วันแรก จากการมีเลือดออกเพิ่มขึ้น ทำให้มีความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure, [IICP] เซลล์สมองถูกทำลายมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและทุพพลภาพได้ (สงวนสิน, 2550) การบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน ผู้ดูแลไม่ได้มีเวลาเตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามแก่ชีวิตผู้ป่วย คุกคามต่อความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ผลจากการบาดเจ็บที่รุนแรงทำให้ไม่รู้อาการที่แน่นอนของผู้ป่วยไม่สามารถทำนายการฟื้นหายได้ในอนาคต และเกิดความพิการแก่ร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ดูแลมีความเครียดจากสภาพหอผู้ป่วย

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือผู้ป่วย การเห็นและได้ยินเสียงอุปกรณ์ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมาก (วิจิตรา, 2551) จากสถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนเป็นเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินในระยะปฐมภูมิว่าคุณค่าต่อผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด เนื่องจากผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์เหล่านี้ว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกำลัง หรือเกินความสามารถที่จะแก้ไขสถานการณ์เหล่านั้นได้ ซึ่งคุณค่า เป็นอันตราย ต่อชีวิตผู้ป่วยและคุณค่าความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ใจสั่น และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จึงพยายามที่จะหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในการประเมินระยะทุติยภูมิ เพื่อควบคุมสถานการณ์ให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดได้ หากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรับรู้ว่าคุณค่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ จะประเมินสถานการณ์นั้นใหม่ ทำให้ลดความรุนแรงของความเครียดลง และมีการประเมินซ้ำ ทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดของผู้ดูแลจึงลดลง (Lazarus & Folkman, 1984)

### *เครื่องมือการประเมินความเครียด*

ในการประเมินความเครียดของบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เข้ามากระตุ้น และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ได้มีผู้สร้างเครื่องมือและนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่างกัน

1. แบบสอบถามการประเมินความเครียด แปลเป็นภาษาไทยโดยดาร์ราร์ตัน (2549) และได้ดัดแปลงจากแบบวัดความเครียด Stress Appraisal Questionnaires (SAQ) ของเยียน (Yan, 2000) ซึ่งได้พัฒนาแบบวัดนี้โดยใช้แนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เครื่องมือประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับตั้งแต่ 1 ไม่รู้สึกเครียดเลยจนถึง 5 รู้สึกเครียดมากที่สุด ทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ .84 โดยนำไปใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 160 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งพบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในคลินิก เนื่องจากเข้าใจง่าย ใช้เวลาไม่นาน ครอบคลุมในการประเมินความเครียดในแต่ละด้าน ทำให้สามารถประเมินความเครียดได้อย่างชัดเจน เหมาะกับการใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของดาร์ราร์ตัน (2549) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสม ได้สร้างอยู่ภายใต้แนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่สามารถนำไปใช้ได้ มีค่าความเที่ยงสูง มี

ความสั้น กระชับ เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อยในการประเมิน สามารถวัดความเครียดได้อย่างครอบคลุม มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่นำไปใช้

### ผลกระทบของความเครียด

เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลมีการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) กรมสุขภาพจิต (2539) ได้กล่าวถึงผลของความเครียดว่า ความเครียดในระดับต่ำ และความเครียดในระยะเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำสิ่งต่างๆอย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกแก้ไขปัญหา แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้ร่างกายเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้

#### 1. ด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นจะมีผลต่อต่อมใต้สมอง (hypothalamus) จะส่งสัญญาณไปที่ระบบต่อมไร้ท่ออดรีนอลส่วนกลาง (adrenal medulla) เกิดการหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamines) และคอร์ติซอล (cortisol) เข้าสู่กระแสเลือดมีผลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองต่อร่างกาย จะกระตุ้นระบบหัวใจและหลอดเลือดให้ทำงานมากขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ปวดศีรษะ (Lupien, Maheu, Tu, Fiocco & Schramek, 2007) กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอทำให้เจ็บปวดจากกรดแลคติกเพิ่มขึ้นมีอาการปวดหลังได้ ส่วนประสาทพาราซิมพาเธติก เป็นการลดปฏิกิริยากระตุ้นทางกายจะทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นต้น (ศรีนยา, 2549)

#### 2. ด้านจิตใจ

เมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นสารแคททีโคลามีน (catecholamines) และคอร์ติซอล (cortisol) จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้ปิดกั้นตัวรับสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลกระทบต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) อมิกดาลา (amygdala) และสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ซึ่งสมองทั้ง 3 ส่วนนี้มีผลต่อการรับรู้ ความจำ ทำให้ขาดความสามารถรับรู้ของบุคคล กระบวนการคิด การรับรู้สิ่งใหม่ถูกปิดกั้น ทำให้ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำและสมาธิเสียไป หงุดหงิด มีความกระวนกระวาย อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า วิตกกังวล และรู้สึกเบื่ออาหาร คิดมากทำให้อนอนไม่หลับ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Harjinder, 2009; Lupien, Maheu, Tu, Fiocco & Schramek, 2007)

### การประเมินผลกระทบของความเครียด

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตรับรู้ถึงสถานการณ์ความเครียดที่มาคุกคามตนเองในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา ดังนั้นการประเมินผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

### เครื่องมือการประเมินผลกระทบของความเครียด

1. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนชาวไทยของกรมสุขภาพจิต (2542) ที่สร้างตามแนวคิดของลาซารัสและ โฟร์คแมน (1984) เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความเครียด มีการนำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด จำนวน 99 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเครียด จำนวน 350 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองมีข้อคำถามที่จำแนกและชี้ถึงความเครียดได้ 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อ คำถาม เกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกของบุคคลใน 1 เดือนที่ผ่านมา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86 ลักษณะแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2542) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อยๆ และเป็นประจำ

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนชาวไทยของกรมสุขภาพจิต (2542) ได้นำไปใช้วัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยศรีนยา (2549) เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความเครียด ได้นำไปใช้วัดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้าจำนวน 40 คน ทดสอบได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 เครื่องมือ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกของบุคคล ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่เคยมีความรู้สึกนั้นเลยจนถึง 3 มีความรู้สึกนั้นตลอดเวลา พบว่าเครื่องมือนี้มีคำถามครอบคลุมผลกระทบของความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล มีความกระชับ เข้าใจง่าย มีความเที่ยงสูง และประเมินผลกระทบของความเครียดด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างครอบคลุม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินระดับความเครียดด้วยตนเองต่อความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของศรีนยา (2549) เพราะเมื่อพิจารณาข้อคำถามในแบบประเมินนั้นพบว่า ข้อคำถามเป็นอาการ ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลกระทบ

ของความเครียด ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอใช้เครื่องมือของศรีนยา (2549) ในการประเมินผลกระทบของความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งระดับผลกระทบความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เครียดนานๆครั้ง เครียดบ่อย และเครียดเป็นประจำ

### *โปรแกรมการจัดการความเครียด*

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต นอกจากพยาบาลจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว พยาบาลควรให้การดูแลผู้ดูแลด้วย โดยการประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแล จัดลำดับความสำคัญของสถานการณ์ความเครียดเพื่อจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดก่อน และการจัดการความเครียดกับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการขาดความรู้ ขาดข้อมูล หรือขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นวิธีการจัดการความเครียด คือ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากพยาบาล และการใช้โปรแกรมเกรมกลุ่ม จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้การให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคลร่วมกับการทำกลุ่มสนับสนุนอารมณ์เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตต่อไป

### *การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์*

การสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคม ครอบครัว ในด้าน 1) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองยังมีคนที่รู้สึกวางใจได้ในยามทุกข์ และ 3) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของการบริการ ส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อความเครียดได้ดี ลดระดับความรุนแรงของความเครียดนั้นลง ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ความเครียดลดลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ในสถานการณ์มีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้ ในระยะแรกที่ทราบว่าเกิดการบาดเจ็บศีรษะกับสมาชิกในครอบครัวขึ้นผู้ดูแลจะเกิดความเครียดสูง (Aponte et al., 2010; Yan, 2000) จากรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้องกับความเป็นจริง และผู้ดูแลต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บของผู้ป่วยเป็นอย่างมากในระยะแรกของการบาดเจ็บศีรษะ (Kamsap; 2006)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหนัก พบว่า ข้อมูลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่เป็นจริง แนวทางการรักษา การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยม (Bond, Draeger, Donnelly, Mandelco, & Micheal, 2003) คำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่างๆ เหตุผลของการใช้เครื่องมือ ต้องการสื่อสารกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ต้องการคำอธิบายที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วเกินไป จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้เหตุการณ์ได้ถูกต้องตามความเป็นจริง (นิตยา, 2549; Gawthorpe & Kneafsey, 2004) ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บศีรษะ อาการปัจจุบัน การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค กิจกรรมการรักษา กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง (อรวรรณ, 2550; Defloor, Grypdock, & Verhaeghe, 2005; Kamsap, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน การรักษาพยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก สอบถามถึงความคับข้องใจต่างๆ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก การชักชวนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พบว่าความพึงพอใจสูงหลังได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .01 (อภิญา, 2550) และจากการศึกษาเรื่องการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวหลังจากเด็กได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยอายุตั้งแต่แรกเกิด -15 ปี ในผู้ดูแลจำนวน 57 ราย พบว่า ผู้ดูแลต้องการข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล รายละเอียดเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ และต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์จากพยาบาลและทีมที่ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลและทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย ควรเตรียมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์แก่ผู้ดูแลตามความต้องการของผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้น (Ann, Lennart, & Birgitta, 2008 )

การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นเทคนิคที่มีประโยชน์ ในระยะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตและจัดการกับภาวะวิกฤตนั้น (รัตนา, 2543; Kamsap, 2006) ในระยะแรกเมื่อผู้ดูแลทราบว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้าทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง แม้ว่าจะมีการศึกษาที่ผ่านมาว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลมากที่สุด แต่ความสามารถในการเข้าใจและการรับรู้ข้อมูลของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤตซึ่งเป็นภาวะที่ตึงเครียด ผู้ดูแลมีความต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นอย่างมากในระยะนี้ (คาราร์ตัน, 2549) ดังนั้นในระยะแรกควรให้การสนับสนุนอารมณ์ก่อน เพราะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อม ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้นทำให้ผู้ดูแลรับรู้ข้อมูลได้ดี (อรวรรณ, 2550) จากการศึกษากการสนับสนุนด้านอารมณ์

ที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลต้องการให้มีแพทย์ พยาบาลเข้ามาให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ป่วยวันละครั้ง มีการพูดคุยด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ยอมรับอารมณ์ของผู้ดูแล และให้ความมั่นใจว่าผู้ดูแลได้รับการดูแลที่ดีที่สุดแม้ผู้ดูแลไม่อยู่ข้างเตียง (นิตยา, 2549; Aponte et al., 2010) การแสดงความจริงใจ ความปรารถนาดีจากทีมผู้ดูแล ต้องการคำปลอบโยน กำลังใจ มีการรับฟังปัญหาและได้มีโอกาสระบายความรู้สึกกับพยาบาล รวมถึงการแนะนำที่พักผ่อนในโรงพยาบาล การให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ (Gawthorpe & Kneafsey, 2004; Kamsap, 2006)

ดังนั้นในโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์จึงเริ่มด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ผู้ดูแลก่อน โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศในการพูดคุย การแสดงท่าทียอมรับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ในการให้ข้อมูลจะให้การสนับสนุนอารมณ์ร่วมด้วย โดยใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้การสัมผัสผู้ดูแลตามความเหมาะสม และให้ความมั่นใจกับผู้ดูแลว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด แนะนำแหล่งพึ่งพาด้านจิตใจที่มีอยู่ในโรงพยาบาล (อรรธรณ, 2550; Ann, Lennart, & Birgitta, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (รัตนา, 2543) และการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีความพึงพอใจเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ทิพรัตน์และสมทรง, 2552) และการศึกษาของนิตยา (2548) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดเชื้อไอวีที่มีอาการ พบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อไอวีที่มีอาการหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ส่วนใหญ่จะให้กับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยนักวิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลไปพร้อมๆกับการสนับสนุนทางอารมณ์ จะทำการสนับสนุนเป็น 3 ครั้งใน 3 วันแรก หรือภายใน 72 ชั่วโมงแรกของผู้ดูแลที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งมีการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพร่างกายและอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน อธิบายเรื่องการบาดเจ็บศีรษะ การวินิจฉัย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ อธิบายกิจกรรมการพยาบาล อธิบายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย แนะนำลักษณะหอผู้ป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วย ข้อควรปฏิบัติในการเยี่ยม แนะนำการมีส่วน

ร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต เช่น การสัมผัส เรียกชื่อของผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อช่วยในการกระตุ้นความรู้สึกตัวของผู้ป่วย (ทิพรรัตน์ และสมทรง, 2552; อภิญา, 2550; Kamsap, 2006) ซึ่งการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคลนั้นต้องใช้เวลา และขาดการพยาบาลด้านจิตสังคมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ายากลำบากไม่เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง ส่วนในด้านพยาบาลนั้นพบว่าอาจมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือขาดทักษะในการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ดูแล และในระยะวิกฤตนั้นพยาบาลจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมากกว่าการดูแลจิตใจของผู้ดูแล ทำให้ขาดการตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมของผู้ดูแลในระยะนี้ได้ (Kamsap, 2006) ดังนั้นหากให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีข้อมูลที่จะใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการประเมินในระยะวิกฤตได้ ดังที่ลาซารัสและโฟล์คแมนกล่าวไว้ (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับกำลังใจ เห็นอกเห็นใจจากผู้ที่เคยเผชิญปัญหาเช่นเดียวกันกับตนมาก่อน ส่งผลให้ความเครียดลดลงและผลกระทบของความเครียดก็ลดลงเช่นกันจากการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี

#### *การใช้กลุ่ม สนับสนุน*

การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมด้านการได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและมีคนที่ไว้วางใจได้ในยามทุกข์ นอกจากนี้การได้รับความช่วยเหลือเรื่องสิ่งของและการบริการ ก็จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ จะช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Lazarus & Folkman, 1984)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ศึกษาถึงผลการใช้กลุ่มสนับสนุนเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มต่างๆ เช่น การศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนชาลัสซีเมียพบว่า หลังการทดลองมารดาที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม และสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อติญา, 2548) และมีการศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของบุตร (2549) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มญาติผู้ดูแลมีความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม และต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในด้านการปฏิบัติการดูแลญาติผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มมีการปฏิบัติ การดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้น



สอดคล้องกับการศึกษาของอรวรรณ (2547) พบว่าหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลลดลงและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น และการศึกษาในเรื่องผลของกลุ่มสนับสนุนต่อความเหนื่อยล้าของสตรีที่เป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีความเหนื่อยล้าลดลงและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ปานจันทร์, สุจิตรา และอำไพ; 2549) โดยลักษณะการทำกลุ่มสนับสนุนจะเป็นการนำสมาชิกที่มีปัญหาเดียวกันมารวมตัวกันพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล และให้การช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไว้วางใจผู้สนับสนุน ทำให้ระบายความรู้สึกให้กับบุคคลที่เข้าใจปัญหาเช่นเดียวกันกับตนเอง ซึ่งจากงานวิจัยดังกล่าวพบว่าใช้เป็นการทำกลุ่มในโรคเรื้อรัง ซึ่งจะใช้เวลาการทำกลุ่มตั้งแต่ 3-6 สัปดาห์ โดยจัดทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง การทำกลุ่มแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

จะเห็นได้ว่าการจัดการความเครียดโดยใช้กลุ่มสนับสนุนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคม ครอบครัว ญาติพี่น้อง พยาบาล และทีมที่ให้การดูแลในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดึงแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลมาใช้ในการช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดในระยะวิกฤตได้ การทำกลุ่มสนับสนุนโดยอาศัยบุคคลนั้นเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญ บุคคลในสังคมเป็นเครือข่ายที่พึ่งพากันและกัน มีความไว้วางใจกัน และช่วยเหลือกันทั้งด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านอารมณ์และข้อมูล ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตใจดี ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรวรรณ, 2550) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดโปรแกรมโดยใช้กลุ่มสนับสนุนจะช่วยเรื่องแลกเปลี่ยนข้อมูลและลดปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ดูแล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม การทำกลุ่มสนับสนุนจะช่วยเสริมการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ดูแลด้วย เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ดูแลภายในกลุ่มที่ประสบปัญหาล้ำคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้การมีผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ตรงมาร่วมทำกลุ่ม และเล่าประสบการณ์และการแก้ปัญหาที่ตนประสบความสำเร็จมาแล้ว จะช่วยเพิ่มกำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเครียดลดลง (บุศกร, 2549; อัดถิยา, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่มพบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะเพิ่มขึ้น ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง มีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่พยาบาลดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Ashman et al., 2002) แต่จากงานวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องการทำกลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดความเครียดให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน

ดังนั้นการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการทำกลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์ในภาวะวิกฤตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีข้อมูลในเรื่องการบาดเจ็บศีรษะได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และมีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดและผลกระทบจากความเครียดลดลงได้

### สรุปจากการทบทวนวรรณคดี

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต มีความเครียดเกิดขึ้นจากเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ผู้ดูแลไม่มีเวลาเตรียมตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สภาพร่างกายของผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรง จากความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลมีการรับรู้ไม่ถูกต้อง รับรู้เหตุการณ์รุนแรงเกินความเป็นจริง นอกจากนี้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากสถานการณ์ความเครียดดังกล่าว และจากงานวิจัยที่ผ่านมาการจัดการความเครียดในผู้ดูแลนั้น เป็นการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์เป็นรายบุคคลโดยนักวิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลไปพร้อมๆกับการสนับสนุนอารมณ์ โดยจะทำการสนับสนุนเป็น 3 ครั้งใน 3 วันแรก หรือภายใน 72 ชั่วโมงแรกของผู้ดูแลที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งมีการให้ข้อมูลในเรื่องสภาพร่างกายและอาการของผู้ป่วย อธิบายเรื่องการบาดเจ็บศีรษะ การวินิจฉัย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ อธิบายกิจกรรมการพยาบาล อธิบายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย แนะนำลักษณะห่อผู้ป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วย ข้อควรปฏิบัติในการเยี่ยม แนะนำการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต เช่น การสัมผัส เรียกชื่อของผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อช่วยในการกระตุ้นความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ในด้านพยาบาลมีการปฏิบัติงานด้านอื่นด้วย ทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ดูแลนั้นยังไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าพยาบาลไม่เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง ยังไม่มีการนำผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อนมาทำกลุ่มสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งการทำกลุ่มสนับสนุนดังกล่าวนี้ มีผลต่อการช่วยเหลือด้านจิตสังคมสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการใช้กลุ่มสนับสนุนด้านอารมณ์จากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเฉพาะในระยะวิกฤต ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการทำกลุ่มสนับสนุนให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตภายหลังการบาดเจ็บภายใน 72 ชั่วโมง เพื่อลดความเครียดและผลกระทบความเครียดที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความเครียดดังกล่าว

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (pretest - posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต

#### ประชากรและกลุ่ม 'มด' วอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง และเป็นผู้ดูแลหลักขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง

##### กลุ่ม 'มด' วอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกจากประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่รักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 29 ราย ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดกับผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีการได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง
2. ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความรุนแรงในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีระดับคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow coma score [GCS]) ระหว่าง 3-12 คะแนน
3. ผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
4. ผู้ดูแลสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่  $\alpha = .05$  และค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) ซึ่งคำนวณได้จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ งานวิจัยของ บุศกร (2549) เรื่องผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คำนวณขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ .96 (ภาคผนวก ก) เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยของบุศกร แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จึงปรับขนาดอิทธิพลให้มีขนาดเล็กลง เป็น .80 เมื่อเปิดตารางหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Cohen, 1988) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน คือกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านจำนวนผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างได้เพียงกลุ่มละ 15 คนต่อกลุ่ม และทำการตรวจสอบค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวพบว่า มีค่าเท่ากับ .85 จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คนต่อกลุ่ม แต่เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 รายในกลุ่มทดลองเสียชีวิตระหว่างการเก็บข้อมูลจึงไม่นับผู้ป่วยรายดังกล่าว จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มทดลองจำนวน 14 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว นักวิจัยให้ผู้ดูแล 15 คนแรกที่อยู่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและวิกฤตศัลยกรรมเป็นกลุ่มควบคุม และให้ผู้ดูแล 14 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองโดยจับคู่คุณสมบัติกับกลุ่มควบคุมในด้าน 1) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และ 2) อายุผู้ดูแลแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ใน ระยะวิกฤตสำหรับพยาบาล แผ่นพับแสดงภาวะเบี่ยงของหอผู้ป่วยและแผ่นพับการติดต่อสิทธิบัตรและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะ วิกฤต เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุน ทางสังคมของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) โดยใช้กลุ่มสนับสนุนร่วมกับการ ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหา คือ การให้ข้อมูลและการสนับสนุนอารมณ์ และการทำ กลุ่มสนับสนุน ดังรายละเอียดดังนี้

1.1.1 การสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ประกอบด้วย การที่ผู้วิจัยแสดงความจริงใจ แสดงความเคารพให้เห็นถึงความไว้วางใจ การแสดงความเอื้ออาทร การแสดงความปรารถนาดี การแสดง ที่ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและเชื่อใจว่าพยาบาลสามารถจะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด การสนับสนุนด้าน อารมณ์นี้จะกระทำตลอดระยะเวลาการให้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 - 2 โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดการ บาดเจ็บศีรษะ การตรวจวินิจฉัย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขณะนั้น การรักษา การฟื้นฟู กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้า เยี่ยม ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และภาวะเบี่ยงของหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ ที่ให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคลใน 2 วันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้สื่อการสอน ประกอบด้วย แผ่นพับแสดงภาวะเบี่ยงของหอผู้ป่วย และ แผ่นพับในการติดต่อสิทธิบัตรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ภาคผนวก ง)

1.1.2 การทำกลุ่มสนับสนุน โดยให้ผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะมาก่อนเป็นผู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อ ลดความเครียดให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ปัญหาที่ผู้ดูแลตั้งข้อสงสัยใน วันที่ 3 ของการเข้าโปรแกรม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มประสานงานและอำนวยความสะดวกภายใน กลุ่ม กระตุ้นการพูดคุยในการทำกลุ่มสนับสนุน เพื่อให้ผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมา ก่อนได้ตอบคำถาม และผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องภายในกลุ่ม (ภาคผนวก ง)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะประกอบด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บ

ศีรษะประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาที่ได้รับการบาดเจ็บศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ (GCS) (ภาคผนวก ค)

2.2 แบบประเมินสถานการณ์ความเครียด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของ คาราร์ตัน (2549) ซึ่งได้แปลจากแบบวัดความเครียดของ เยียน (Yan, 2000) ซึ่งเขียนได้พัฒนาพัฒนาแบบวัดนี้ โดยใช้แนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามของคาราร์ตัน (2549) ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 มีคำถาม 20 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เครียดเลย เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุดมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-100 คะแนน แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมี 7 ข้อ คำถามข้อ 1- 7 2) ด้านสภาพจิตใจมี 4 ข้อ คำถามข้อ 8-11 3) ด้านสิ่งแวดล้อมมี 6 ข้อ คำถามข้อ 12-17 และ 4) ด้านครอบครัวและเศรษฐกิจมี 3 ข้อ คำถามข้อ 18-20 (ภาคผนวก ค)

การประเมินสถานการณ์ความเครียดจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะบรรยายหรือกล่าวถึงเหตุการณ์ที่ให้ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียดในระดับมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งระดับความเครียดออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เครียดเลย	เท่ากับ	1	คะแนน
เครียดเล็กน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
เครียดปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
เครียดมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
เครียดมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน

การแปลผลคะแนนความเครียด

ค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ความเครียดว่ามีมากขึ้นกว่าคะแนนรวมที่น้อย

2.3 แบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินระดับความเครียดด้วยตนเองของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุของ ศรีนยา (2549) ซึ่งศรีนยาดัดแปลงมาจากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต (2542) ที่สร้างตามแนวคิดของลาซารัสและ โฟล์คแมน (Lazarus &

Folkman, 1984) แบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลนี้ ผ่านการตรวจสอบแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในเท่ากับ .83 แบบประเมินผลกระทบความเครียด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นบ่อยๆ และเป็นประจำ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน (ภาคผนวก ก)

การประเมินผลกระทบความเครียดจะประเมินตามความรู้สึก อาการ หรือพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต โดยข้อคำถามแต่ละข้อจะบรรยายหรือกล่าวถึงเหตุการณ์ที่ให้ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นผลกระทบความเครียดในระดับมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งระดับผลกระทบออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2540)

ไม่เคยเกิดความรู้สึกนี้เลย	คะแนนเท่ากับ	0	คะแนน
นานๆ ครั้ง 1 วันมีความรู้สึกนี้ 2-3 ครั้ง/วัน	คะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
บ่อยๆ 1 วันมีความรู้สึกมากกว่า 3 ครั้ง/วัน	คะแนนเท่ากับ	2	คะแนน
ประจำ มีความรู้สึกเกิดขึ้นทุก 15-30 นาที/วัน	คะแนนเท่ากับ	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนผลกระทบความเครียด

คะแนนรวมที่มาก หมายถึง ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบความเครียดที่มากขึ้นกว่าคะแนนรวมที่น้อย

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคล 2) การทำกลุ่มสนับสนุนในกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งแบบประเมินสถานการณ์ความเครียด และแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์และชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 1 ท่าน ตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของการใช้ภาษา และความสอดคล้องของเนื้อหากับกรอบแนวคิด ผู้ทรงคุณวุฒิมีการปรับแก้ไขในส่วนเนื้อหาของเนื้อหาการบาดเจ็บศีรษะให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการรักษาในกรณีการผ่าตัดสมองและการไม่ผ่าตัดสมอง เพิ่มเหตุผลในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเหตุผลในการปฏิบัติกรพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยนำ โปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเรื่องภาษาและความเข้าใจในเนื้อหา ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนข้อความที่ไม่ชัดเจนให้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายขึ้น ระยะเวลาของการให้ข้อมูลในวันที่ 1 จากเดิม 1-1.5 ชั่วโมง เป็น 15-30 นาที วันที่ 2 ระยะเวลาจากเดิม 30-45 นาที เป็น 15-30 นาที และปรับเวลาในการทำกลุ่มวันที่ 3 จากเดิม 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เป็น 30-45 นาที

## 2. ความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสถานการณ์ความเครียด และแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงรายด้านมีดังนี้ ด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีค่าเท่ากับ .84 ด้านจิตใจมีค่าเท่ากับ .72 ด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเท่ากับ .96 และด้านเศรษฐกิจและครอบครัวมีค่าเท่ากับ .73 ส่วนแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 และได้ตรวจสอบความสอดคล้องภายในจากชุดข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดโดยรวมเท่ากับ .92 ส่วนแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

## วิธี การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองมีขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและวิกฤตศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และการรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลหัวหน้าเวรในการแนะนำผู้วิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้



## 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 หลังจากที่หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าทีมแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทราบ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้การพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล และชี้แจงสิทธิในการยินยอมและไม่ยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือวาจาในการเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าวละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก)

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายทำการปฐมนิเทศ กลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งให้ทราบถึงขั้นตอน จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลใน 2 วันแรกและทำการสนับสนุนด้านอารมณ์ไปพร้อมๆ กับการให้ข้อมูล และในวันที่ 3 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน พูดคุยในการทำกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

### 2.2.1 การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม 15 ราย

วันที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในวันแรกที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วย (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลและแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลในวันแรกที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วย หลังจากนั้นนัดหมายผู้ดูแลในการมาเยี่ยมวันที่ 3

3. ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติของพยาบาลบนหอผู้ป่วย

วันที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล สอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล

2. ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติของพยาบาลบนหอผู้ป่วย

3. นัดหมายผู้ดูแลในการมาเยี่ยมวันที่ 3

วันที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล สอบถามความรู้สึของผู้ดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล
2. ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติของพยาบาลบนหอผู้ป่วย
3. ผู้วิจัย เก็บข้อมูลครั้งที่ 3 โดยใช้แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแล และแบบประเมินผลกระทบความเครียด รายละเอียดการดำเนินการทดลอง ดังภาพ 2

กลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัยเป็นเวลา 3 วัน โดยในวันที่ 1 ถึงวันที่ 2 ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลตามความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยจะประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ดูแลก่อน และผู้วิจัยทำการสนับสนุนด้านอารมณ์ไปพร้อมๆ กับการให้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 2 เมื่อครบ 2 วัน ผู้วิจัยนัดผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ในวันที่ 3 โดยให้มีสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-3 คนต่อกลุ่ม เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มในวันที่ 3 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลหลังการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง 14 ราย

วันที่ 1 ช่วงเช้า ผู้วิจัยสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันแรกที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วย (ใช้เวลา 15-30 นาที) มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลในบริเวณที่จัดไว้ และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล สร้างบรรยากาศพูดคุยแบบเป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสม ยอมรับและแสดงความเข้าใจ ในพฤติกรรมของผู้ดูแลและเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแล และแบบประเมินผลกระทบความเครียด

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลตามสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลเพื่อลดความเครียดจากสภาพการบาดเจ็บของผู้ป่วย ผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะและ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยเนื้อหาที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและอาการขณะนั้น อธิบายเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ การตรวจวินิจฉัย กิจกรรมการพยาบาล อธิบายอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย แนะนำลักษณะหอผู้ป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วย ข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยม

3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามและตอบข้อสงสัย

วันที่ 1 ช่วงบ่าย (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลในห้องที่นัดไว้ กล่าวทักทายสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยรับฟังปัญหาของผู้ดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล และประเมินความต้องการของผู้ดูแลพร้อมทั้งตอบข้อซักถาม

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะวิกฤต และให้ข้อมูลเรื่องการดูแลในระยะวิกฤตว่าผู้ดูแลสามารถสัมผัสผู้ป่วยสามารถเรียกชื่อ พูดคุยกับผู้ป่วยได้เพราะเป็นการกระตุ้นความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังได้ยินแต่ไม่สามารถสื่อสารได้

3. ผู้วิจัยบอกการเปลี่ยนแปลงหรืออาการปัจจุบันของผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล

4. แนะนำการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและพยาบาลแสดงให้ดู เช่น การสัมผัสผู้ป่วย เรียกชื่อ การเช็ดหน้า ตอบคำถามที่ผู้ดูแลยังสงสัย

5. ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ญาติมั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะที่ผู้ดูแลไม่อยู่เฝ้าผู้ป่วย

วันที่ 2 (ใช้เวลา 15-30 นาที/วัน) มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล พูดคุยในห้องที่เป็นสัดส่วน บอกความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล ให้ข้อมูลเรื่องวิธีการลดความเครียดของผู้ดูแล เช่น การพาญาติคนอื่นๆเข้ามาอยู่เป็นเพื่อน การปฏิบัติทางศาสนาของผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยพาผู้ดูแลแนะนำให้รู้จักกับผู้ดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ ช่างเตียงที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเหมือนกัน และให้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล่าถึงการบาดเจ็บของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดูแล

3. ผู้วิจัยตอบคำถามที่ผู้ดูแลยังสงสัย

วันที่ 3 ทำกลุ่มสนับสนุน (ใช้เวลา 30-45 นาที)

ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีประสบการณ์ตรงมาก่อนและเผชิญความเครียดได้แล้ว ร่วมกับผู้ดูแลรายใหม่ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ข้อมูลเพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแล โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานและอำนวยความสะดวก เป็นแหล่งข้อมูลที่ต้องการ แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลและแบบประเมินผลกระทบความเครียด

### การพิ ทักษ์ สติ ทธิ กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัยโดยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และแจ้งให้ทราบว่า เมื่อเข้าร่วมในโครงการทำวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา สามารถกระทำได้อย่างปลอดภัยตลอดเวลาของการทำวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม ข้อมูลที่ได้รับจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำต่างๆ เรื่องข้อมูล การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข)

ถ้ากลุ่มตัวอย่างเกิดความผิดปกติระหว่างการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ เช่น มีความเครียดมากจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและให้การพยาบาลช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

### การวิเคราะห์ ข้อมูล

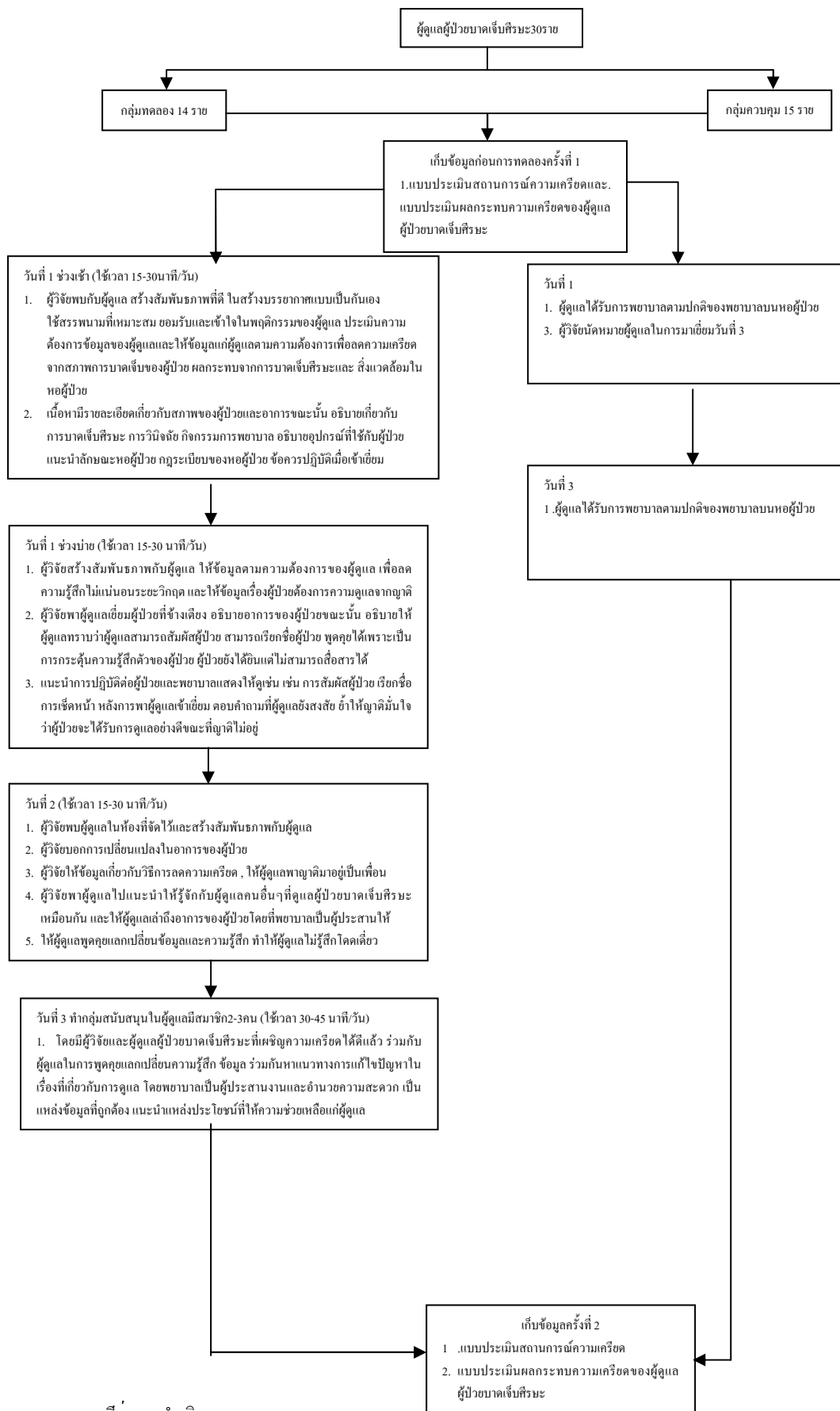
ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มา ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact-test) สถิติ Likelihood ratio หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่มีระดับการวัดเป็นอันตรภาคชั้นด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ทั้งนี้ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของชุดข้อมูลความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าการกระจายของข้อมูลทั้ง 2 ชุด เป็นแบบ โค้งปกติและความแปรปรวนของข้อมูลทั้ง 2 ชุด ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ



ภาพที่ 1 ธารดำเนินการทดลอง

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต 24-72 ชั่วโมงแรก ที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมหลังได้รับ โปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 29) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 30.67 ปี (SD = 11.48) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 34.57 ปี (SD = 16.35) ด้านสถานภาพสมรสกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสโสดและคู่ใกล้เคียงกัน ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.7-40) ในกลุ่มควบคุมและทดลองตามลำดับ) รองลงมาเป็นนักเรียนนักศึกษา (ร้อยละ 21.4-33.3 ในกลุ่มควบคุมและทดลอง

ตามลำดับ) ระยะเวลาเฉลี่ยการบาดเจ็บศีรษะตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บจนถึง 24 ชั่วโมงแรกของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.28 วัน (SD=0.47) และกลุ่มทดลอง 1.13 วัน (SD=0.35) และด้านระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแบ่งตามการประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการบาดเจ็บอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 42.8 ตามลำดับ) แต่พบว่ากลุ่มทดลอง มีการบาดเจ็บในระดับรุนแรง (ร้อยละ 57.1) จำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 33.3) และ) เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p>.05$ ) ดังตาราง 1 และตาราง 3

ตาราง 1

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป (N = 29)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 14)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1 <sup>a</sup>
ชาย	12	80.00	12	85.74	
หญิง	3	20.00	2	14.30	
สถานภาพสมรส					.80 <sup>b</sup>
โสด	7	46.70	6	42.90	
คู่	6	46.00	7	50.00	
หม้าย/หย่า	2	13.30	1	7.10	
อาชีพ					.30 <sup>a</sup>
นักเรียน/นักศึกษา	5	33.3	3	21.40	
รับราชการ	1	6.70	3	21.40	
รับจ้าง	6	40.0	5	35.70	
ไม่ได้ทำงาน	2	13.60	1	7.10	
อื่นๆ	1	6.70	2	14.30	
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ					.45 <sup>b</sup>
GCS = 9-12	10	46.70	6	42.80	
GCS = 3-8	5	33.30	8	57.10	



หมายเหตุ: <sup>a</sup>สถิติ Fisher's Exact Test, <sup>b</sup>สถิติ Likelihood ratio

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ

กลุ่มผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 42.47 ปี (SD = 14.80) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 36.50 ปี (SD = 14.47) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสร้อยละ 86.7 และร้อยละ 71.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา กลุ่มควบคุมร้อยละ 26.7 ประกอบอาชีพอื่นๆ ได้แก่ รับราชการ เจ้าของกิจการ ในขณะที่กลุ่มทดลองร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยใกล้เคียงกัน คือ เป็นมารดา พี่น้อง ภรรยาและสามีซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย และพบว่าผู้ดูแลจำนวน 2 ใน 3 ของกลุ่มควบคุมและ 3 ใน 4 ของกลุ่มทดลอง ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ และผู้ดูแลจำนวน 3 ใน 4 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว แต่ต้องรับการรับผิดชอบบุคคลอื่นในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 60 และ 64.3 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ดังตาราง 2 และตาราง 3

ตาราง 2

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป (N=29)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 14)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.22 <sup>a</sup>
ชาย	0	0	2	14.30	
หญิง	15	100	12	85.70	
สถานภาพสมรส					.60 <sup>b</sup>
โสด	1	6.70	2	14.30	
คู่	13	86.70	10	71.40	
หม้าย/หย่า	1	6.70	2	14.30	

หมายเหตุ: <sup>a</sup> สถิติ Fisher's Exact Test, <sup>b</sup> สถิติ Likelihood ratio, <sup>c</sup> สถิติ Chi-square  
ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 14)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การศึกษา					.06 <sup>b</sup>
ไม่ได้เรียน	0	0	1	7.1	
ประถมศึกษา	5	33.30	4	28.6	
มัธยมศึกษา	7	46.70	4	28.6	
ปวส.	0	0	4	28.6	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	3	20	1	7.1	
อาชีพ					.12 <sup>b</sup>
ไม่ได้ทำงาน	3	20.00	2	14.30	
ค้าขาย	3	20.00	3	21.40	
รับจ้าง	3	20.00	7	50.00	
เกษตรกรกรรม	2	13.30	2	14.30	
อื่นๆ	4	26.70	0	0	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					.52 <sup>b</sup>
ภรรยา/สามี	4	26.70	4	28.60	
มารดา	5	33.30	4	28.60	
บิดา	1	7.10	1	7.10	
บุตร	1	7.10	1	7.10	
พี่ น้อง น้ำ ป้า อา เป็นต้น	6	40.00	4	28.60	
ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่รุนแรงในครอบครัว					.68 <sup>a</sup>
ไม่มี	10	66.70	11	78.60	
มี	5	33.30	3	21.40	
ปัญหาสุขภาพ					.39 <sup>a</sup>
ไม่มี	10	66.70	12	85.70	
มี	5	33.30	2	14.30	

หมายเหตุ: <sup>a</sup> สถิติ Fisher's Exact Test, <sup>b</sup> Likelihood ratio, <sup>c</sup> สถิติ Chi-square  
ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 14)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ					1 <sup>a</sup>
ไม่มี	4	26.70	3	21.40	
มี	11	73.30	11	78.60	
ปัญหาค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ					1 <sup>a</sup>
ในรอบครัว					
ไม่มี	11	73.30	10	71.40	
มี	4	26.70	4	28.60	
การรับผิดชอบบุคคลอื่นใน					1 <sup>c</sup>
ในรอบครัว					
ไม่มี	6	40.00	5	35.70	
มี	9	60.00	9	64.30	

หมายเหตุ: <sup>a</sup> สถิติ Fisher's Exact Test, <sup>b</sup> สถิติ Likelihood ratio, <sup>c</sup> สถิติ Chi-square

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำแนกตามอายุผู้ป่วย อายุผู้ดูแลและ  
เวลาการบาดเจ็บของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 15)				กลุ่มทดลอง (n = 14)				t	p-value
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max		
อายุผู้ป่วย(ปี)	30.67	11.48	19	50	34.57	16.35	18	72	0.75	.46
อายุผู้ดูแล(ปี)	42.47	14.80	22	74	36.50	14.47	18	63	-1.09	.28
ระยะเวลาการได้รับ บาดเจ็บ(วัน)	1.29	0.47	1	2	1.13	0.35	1	2	0.99	.33

## ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1: ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล และสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย เพื่อทดสอบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### กลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายในกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมการวิจัยมีค่าเท่ากับ 60.93 (SD = 19.58) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมหลังเข้าร่วมการวิจัยมีค่าเท่ากับ 47.13 (SD = 19.57) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย ด้วยสถิติที่คู่ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = 2.70, p = .02$ )

### กลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ มีค่าเท่ากับ 61.07, (SD = 17.42) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเท่ากับ 29.64 (SD = 8.01) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = 7.19, p = .01$ ) ดังตาราง 4 ดังนั้นผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายด้านทั้งภายในกลุ่มควบคุมและทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดภายหลังได้รับโปรแกรมฯลดลงทุกด้าน ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลอง โดยพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านในกลุ่มทดลอง แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะด้านสภาพร่างกายผู้ป่วยและด้านเศรษฐกิจภายในกลุ่มควบคุม ดังรายละเอียดตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเครียดรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ( $N = 29$ )

ความเครียด	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-test	p-value
		M	SD	M	SD		
<b>ด้านสภาพร่างกาย</b>							
ควบคุม	15	25.40	6.54	20.47	8.40	2.19	.05
ทดลอง	14	25.00	6.10	14.71	5.68	5.64	.01
<b>ด้านจิตใจ</b>							
ควบคุม	15	12.13	4.87	10.47	5.44	1.24	.24
ทดลอง	14	12.28	3.50	5.50	2.80	6.03	.01
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>							
ควบคุม	15	14.07	7.76	12.00	6.13	.99	.34
ทดลอง	14	15.35	6.88	6.64	1.65	4.77	.01
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>							
ควบคุม	15	9.33	3.70	7.93	3.68	2.47	.03
ทดลอง	14	8.43	3.34	4.93	2.34	4.64	.01
<b>โดยรวม</b>							
ควบคุม	15	60.93	19.58	47.13	19.57	2.70	.02
ทดลอง	14	61.07	17.43	29.64	8.01	7.19	.01

หมายเหตุ:  $df_{\text{ทดลอง}} = 13$ ;  $df_{\text{ควบคุม}} = 14$

สมมติฐานที่ 2: ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ เพื่อทดสอบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์มีค่าเท่ากับ 60.93 (SD = 19.58) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯมีค่าเท่ากับ 61.07 (SD = 17.42) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯด้วยสถิติทีอิสระพบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมก่อนได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = .02, p = .98$ ) หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 47.13 (SD = 19.56) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯมีค่าเท่ากับ 29.64 (SD = 8.01) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯด้วยสถิติทีอิสระ พบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = -3.19, p = .01$ ) ดังตาราง 5 ดังนั้นผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนความเครียดรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ค่าคะแนนความเครียดรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองค่าคะแนนความเครียดรายด้านทุกด้านในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 5

## ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเครียดรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์โดยใช้สถิติทีอิสระ (N= 29)

ความเครียด	คะแนนความเครียด				t	p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 14)			
	M	SD	M	SD		
<b>ด้านสภาพร่างกาย</b>						
ก่อนทดลอง	25.40	6.54	25.00	6.10	-.17	.87
หลังทดลอง	20.47	8.39	14.71	5.67	-2.18	.04
<b>ด้านจิตใจ</b>						
ก่อนทดลอง	12.13	4.87	12.28	3.49	.10	.92
หลังทดลอง	10.47	5.44	5.50	2.79	-3.12	.01
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>						
ก่อนทดลอง	14.06	7.76	15.36	6.88	.473	.64
หลังทดลอง	12.00	6.13	6.64	1.64	-3.260	.01
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>						
ก่อนทดลอง	9.33	3.70	8.43	3.34	-.689	.50
หลังทดลอง	7.93	3.67	4.93	2.33	-2.646	.01
<b>โดยรวม</b>						
ก่อนทดลอง	60.93	19.58	61.07	17.42	.02	.98
หลังทดลอง	47.13	19.57	29.64	8.01	-3.19	.01

หมายเหตุ: df = 27, \* p < .05

สมมติฐานที่ 3: ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทดสอบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### กลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมการวิจัย มีค่าเท่ากับ 20.40 (SD = 11.78) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังเข้าร่วมวิจัย มีค่าเท่ากับ 16.66 (SD = 8.88) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยด้วยสถิติทีคู่ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = 1.17, p = .26$ ) ดังตาราง 6

#### กลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์มีค่าเท่ากับ 21.50 (SD = 13.18) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับโปรแกรมฯมีค่าเท่ากับ 5.85 (SD = 3.54) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = -4.67, p = .01$ ) ดังตาราง 6 ดังนั้นผลการศึกษาก็คงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย



## ตาราง 6

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลกระทบความเครียดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ( $N = 29$ )

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนผลกระทบความเครียด				t	p-value
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
		M	SD	M	SD		
กลุ่มควบคุม	15	20.40	11.78	16.66	8.88	1.17	.26
กลุ่มทดลอง	14	21.50	13.18	5.85	3.54	-4.67	.01

สมมติฐานที่ 4: ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์หลังได้รับ โปรแกรมฯต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ เพื่อทดสอบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์มีค่าเท่ากับ 20.40 (SD=11.78) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนได้รับ โปรแกรมฯ มีค่าเท่ากับ 21.50 (SD=3.18) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติทีอิสระพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = .24, p = .82$ )

หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 16.66 (SD = 8.88) และค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมฯมีค่าเท่ากับ 5.85 (SD = 3.54) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ด้วยสถิติทีอิสระ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = -4.35, p = .01$ ) ดังตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบค่าคะแนนผลกระทบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์โดยใช้สถิติทีอิสระ ( $N=29$ )

	คะแนนผลกระทบความเครียด				<i>t</i>	<i>p-value</i>
	กลุ่มควบคุม ( <i>n</i> = 15)		กลุ่มทดลอง ( <i>n</i> = 14)			
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	20.40	11.78	21.50	3.18	.24	.82
หลังทดลอง	16.66	8.88	5.85	3.54	-4.35	.01

#### อภิปรายผล

ผลการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมและผลกระทบความเครียดลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมและผลกระทบความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก็มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมหลังเข้าร่วมการวิจัยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยผลกระทบความเครียดภายในกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมวิจัยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

#### ความเครียด

ตามแนวคิดความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าไว้ว่าเมื่อมีเหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียด จะมีการประเมินในระยยะปฐมภูมิว่าเหตุการณ์นั้นมีผลคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเองทำให้บุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการศึกษารั้งนี้ที่สำคัญคือ ความกลัวต่อการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วย โดยวิเคราะห์จากการประเมินค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้บาดเจ็บศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย

ความเครียดสูงกว่าความเครียดด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีพยาธิสภาพที่รุนแรงทำให้ร่างกายสูญเสียหน้าที่ ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต ไม่สามารถทำนายผลการรักษาในอนาคตที่แน่นอนได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้น (Kneafsey & Gawthorpe, 2004; Verhaeghe, Defloor, & Grypdonck, 2006) นอกจากนี้การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอ ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดได้ ผู้ดูแลอาจมีการรับรู้ที่เกินจากข้อมูลจริง โดยผู้ดูแลประเมินว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการเห็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะตายหรือมีความพิการเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บครั้งนี้ ผู้ดูแลไม่ทราบว่าคุณต้องผ่าตัดสมองหรือไม่ หรือถ้าผ่าตัดแล้วจะเป็นอย่างไร กลัวว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างเดิมได้กังวลเรื่องระยะเวลาในการรักษานาน กลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม ปวดศีรษะหรือสติปัญญาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ตลอดจนกังวลเรื่องแผนการรักษา และกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดทรมานจากการประเมินอาการทางระบบประสาทของพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลประเมินว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้นเกิดจากการรับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยไม่ถูกต้องตามสถานการณ์ มีการรับรู้เกินความเป็นจริง หรือมีข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยไม่เพียงพอ (ศรีนยา, 2549; Aponte et., 2010; Ketchum et al., 2009) เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดความเครียดจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งปัญหาสุขภาพกายและจิตใจตามมาได้

นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยก็มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลเช่นกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา บิดา ภรรยา สามี และพี่น้อง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรักความผูกพันกันเป็นอย่างมาก (พัชราภรณ์, 2550; รุ่งนภา, 2552) และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้ (Yan, 2000)

ประสบการณ์การดูแลก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มาก่อน ถึงร้อยละ 78.9 และร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลองและควบคุมตามลำดับ จึงทำให้ขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่ทราบว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องใดบ้างที่เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ ได้แก่ การเช็ดตัว การสัมผัสและพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการฟื้นหายของโรค ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

ที่จัดรูปแบบ: แท็บหยุด: 1.25 ซม., ซ้าย + ไม้ที่ 0.63 ซม.

### ผลกระทบของความเครียด

เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีผลต่อต่อมใต้สมอง (hypothalamus) จะส่งสัญญาณไปที่ระบบต่อมไร้ท่อต่อรีนอลส่วนกลาง (adrenal medulla) เกิดการหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamines) และคอร์ติซอล (cortisol) เข้าสู่กระแสเลือดมีผลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองต่อร่างกาย จะกระตุ้นระบบหัวใจและหลอดเลือดให้ทำงานมากขึ้น เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ใจสั่น ปวดศีรษะ (Lupien, Maheu, Tu, Fiocco & Schramek, 2007) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น มือสั่น ปากสั่น และปวดกล้ามเนื้อคอ หลัง ไหล่ เป็นต้น (ศรีนยา, 2549) จากการศึกษาครั้งนี้ในการประเมินผลกระทบความเครียดครั้งแรกก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ พบว่าผลกระทบความเครียดต่อด้านร่างกายที่เกิดขึ้นบ่อยหรือเป็นประจำสามอันดับแรก ได้แก่ นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจเรื่องผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการ พบถึงร้อยละ 56.5 และร้อยละ 66.6 ในกลุ่มทดลองและควบคุมตามลำดับ มีนงงหรือเวียนศีรษะ พบร้อยละ 42.8 และร้อยละ 26.7 ในกลุ่มควบคุมและทดลองตามลำดับ และปวดหัวข้างเดียวหรือปวดขมับทั้งสองข้าง พบร้อยละ 26.7 และร้อยละ 28.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (ภาคผนวก จ)

นอกจากนี้ความเครียดยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (ศรีนยา, 2549) เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้ปิดกั้นตัวรับสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลกระทบต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ซึ่งมีผลต่ออารมณ์และการรับรู้ทำให้ขัดขวางการรับรู้ของบุคคล (Harjinder, 2009; Lupien, Maheu, Tu, Fiocco & Schramek, 2007) ความจำและสมาธิเสียไป กระวนกระวายใจ คิดมาก อารมณ์หงุดหงิด (ดารารัตน์, 2549) ดังผลการศึกษาครั้งนี้จากการประเมินผลกระทบความเครียดครั้งแรกก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นบ่อยหรือเป็นประจำสามอันดับแรกทั้งในกลุ่มควบคุมและทดลองได้แก่กระวนกระวายใจร้อยละ 53.3 และร้อยละ 35.7 ไม่มีสมาธิร้อยละ 40 และร้อยละ 35.7 รู้สึกอ่อนไหวใจร้อยละ 46.7 และร้อยละ 28.6 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ (ภาคผนวก จ)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แสดงว่า โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์สามารถทำให้ความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตลดลงได้ (ตาราง 5 ตาราง 7)

โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตพัฒนามาจากแนวคิดความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของลาซารัสและโพล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมด้านการได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและมีคนที่ไว้วางใจได้ในยามทุกข์ ช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ จะช่วยลดความเครียดและผลกระทบความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ จากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน และการได้รับการดูแลช่วยเหลือรวมทั้งการแก้ปัญหาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิการรักษา การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เข้าร่วมในโปรแกรมฯ

นอกจากนี้การจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคลใน 2 วันแรก โดยผู้วิจัยที่แสดงความจริงใจ ความเคารพให้กับผู้ดูแล และอยู่ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว สร้างบรรยากาศในการพูดคุยให้เป็นบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ในการพูดคุยเป็นรายบุคคลกับผู้ดูแล การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อข้องใจปัญหาต่างๆ และประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ดูแลก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ดูแลแต่ละราย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและเชื่อว่าพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด เกิดความไว้วางใจพยาบาล การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลนั้นสามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดและยืดหยุ่นแตกต่างระหว่างบุคคล (Berg & Danielson, 2007) ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถประเมินปัญหาที่แท้จริงและความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง (นิศยา, 2549) และผู้ดูแลกล้าที่จะพูดคุยสอบถามผู้วิจัยและแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ทำให้ความเครียดลดลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984) การสนับสนุนทางอารมณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น และมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น (Aponte et al., 2010; Gawthorpe & Kneafsey, 2004) ก็จะทำให้นำข้อมูลที่ได้ออกไปประเมินสถานการณ์นั้นใหม่อีกครั้ง (reappraisal) มีผลลดระดับความรุนแรงของความเครียดลงได้ ส่งผลให้ผลกระทบของความเครียดลดลงได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์เป็นรายบุคคลโดยนักวิจัย เป็นระยะเวลา 3 วัน มีความวิตกกังวลลดลง (รัตน, 2543; ทิพรรัตน์และสมทรง, 2552) และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) (ทิพรรัตน์และสมทรง, 2552) และมีการเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Defloor; Grypdonck & Verhaeghe, 2006) แต่การศึกษาที่ผ่านมา

ดังกล่าวไม่ได้ศึกษาถึงผลกระทบของความวิตกกังวล ซึ่งจะเป็นข้อมูลให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลต่อไปได้ แต่การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของความเครียดด้วย ทำให้ได้ข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลต่อไป

การสนับสนุนอารมณ์เป็นรายบุคคลจากผู้วิจัยนั้นอาจจะมีจุดด้อยคือผู้วิจัยอาจไม่สามารถเข้าใจถึงความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้ แต่หากผู้ดูแลได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลจากผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากผู้วิจัยจะเกิดผลดีกับผู้ดูแลมากกว่า ดังนั้นการนำผู้ดูแลที่มีประสบการณ์มาทำกลุ่มร่วมสนับสนุนอารมณ์ในการศึกษานี้มารวมแลกเปลี่ยน พูดคุย ให้กำลังใจ กับสมาชิกกลุ่มที่มีปัญหาเดียวกัน มีความต้องการและวัตถุประสงค์เดียวกัน จะช่วยในเรื่องการดูแลด้านจิตใจ ลดปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ดูแล ซึ่งกลุ่มสนับสนุนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ การใช้กลุ่มสนับสนุนนั้นทำให้บุคคลเกิดไว้วางใจผู้สนับสนุน สามารถระบายความรู้สึกให้กับคนที่เข้าใจความรู้สึกตน ทำให้ผู้ดูแลมีข้อมูลและอารมณ์ที่จะควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลมีความเครียดลดลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984; Schiff & Bargel, 2000 as cited in Kurtz's, 1997) และจากการศึกษาการทำกลุ่มในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและบาดเจ็บศีรษะนั้น พบว่าจะช่วยลดระดับความตึงเครียดของผู้ดูแลได้ และช่วยเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมด้วย ซึ่งจะมีผลต่อการลดความตึงเครียด เพิ่มการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทำให้มีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น ทำให้ลดผลกระทบจากความเครียดได้ (Becker, Dyck, Short, Stroude, & Rodgers, 2007)

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความเครียดลดลงหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง (ตาราง 4) แต่ผลกระทบความเครียดไม่ได้ลดลงหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (ตาราง 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากแพทย์และพยาบาล ตั้งแต่ห้องฉุกเฉินจนถึงหอผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ มีการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยมีการให้ข้อมูลที่ดีกับผู้ดูแล อีกทั้งโรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาทประจำอยู่ ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ แต่ลักษณะการให้ข้อมูลจะเป็นการให้ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในเรื่องแผนการรักษา การพยาบาลที่จำเป็น กฎระเบียบของหอผู้ป่วย และการติดต่อสิทธิบัตรเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งก็อาจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ได้ไม่ทั้งหมดในวันแรก เนื่องจากสภาพอารมณ์และจิตใจยังไม่พร้อมในการรับข้อมูลทุกเรื่อง ซึ่งแตกต่างจากการโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ที่กลุ่มทดลองได้รับเป็นเวลา 3 วัน อย่างเป็นขั้นตอน ตรงกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละราย ทำให้

ผู้ดูแลค่อยๆรับข้อมูลและมีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้นพร้อมที่จะรับข้อมูลได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงได้มากขึ้น ส่งผลให้ความเครียดและผลกระทบจากความเครียดลดลง

เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลได้รับกำลังใจ มีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้เป็นทางเลือกในการเผชิญความเครียด มีการรับรู้การเจ็บป่วยได้ถูกต้องกับความเป็นจริงทำให้ความเครียดลดลง สามารถควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นได้ จะมีความสมดุลทั้งทางร่างกาย ความคิดและจิตใจ สามารถลดผลกระทบในด้านลบ เช่น ความหงุดหงิด อាកารระวนกระวายใจได้นำไปสู่การผ่อนคลายอารมณ์ ทำให้สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การทำกลุ่มสนับสนุน สามารถลดความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย ส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ จากการแลกเปลี่ยนปัญหาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย และผู้ดูแล ทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลนอนหลับพักผ่อนได้ ทำให้ผลกระทบจากความเครียดลดลง (ปานจันทร์, สุจิตรา, และ อำไพ, 2549)

สรุปผลการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ทำให้ผู้ดูแลมีการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอตรงตามความเป็นจริง การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เน้นการดูแลด้านจิตสังคม ด้วยการทำกลุ่มสนับสนุนจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลผู้พยาบาลเจ็บศีรษะในระยะวิกฤตรายใหม่ ประเมินสถานการณ์และดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการประเมินสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดและผลกระทบจากความเครียดลดลง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง (pretest – posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 29 ราย ซึ่งเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน ในด้านความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย อายุผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 14 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แผ่นพับแสดงกฎระเบียบของหอผู้ป่วยและแผ่นพับการติดต่อสิทธิบัตรผ่านการตรวจคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแล ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ .93 และ .88 ตามลำดับ

กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นเวลา 3 วัน กิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การสนับสนุนอารมณ์ร่วมกับการให้ข้อมูล โดยนักวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 และวันที่ 2 และนัดหมายผู้ดูแลเพื่อทำกลุ่มสนับสนุนจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อนในวันที่ 3 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินสถานการณ์ความเครียด และแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลในวันที่ 1 และวันที่ 3 ของการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปโดยหา



ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติ Likelihood ratio สถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = -7.19, p = .01$ )

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = -3.19, p = .01$ )

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยผลกระทบความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{28} = -4.67, p = .01$ )

4. ค่าคะแนนเฉลี่ยผลกระทบความเครียดหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t_{27} = -4.35, p = .01$ )

**ข้อจำกัดในการวิจัย**

1. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับปานกลางและรุนแรงจากอุบัติเหตุผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ในการติดตามผู้ดูแลต้องใช้หน่วยงานสิทธิประโยชน์ในการตามญาติซึ่งใช้เวลามากกว่า 72 ชั่วโมง ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่าที่กำหนดไว้ คือ ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 14 ราย แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการทดสอบค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) พบว่าได้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .85

2. การนำโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ไปใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากกฎ ระเบียบ การดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ควรมีการดัดแปลง โปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานแต่ละแห่งก่อนนำไปใช้

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ที่มีการทำกลุ่มสนับสนุนจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ มาให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต เพื่อลดความเครียดด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เกิดขึ้นได้

2. ควรส่งเสริมให้มีนโยบายการจัดโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ในหอผู้ป่วย และมีการประเมินผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรมีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ให้กับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อไป

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการขยายผลในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่มีการทำกลุ่มสนับสนุนมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จนถึงระยะกลับไปอยู่ที่บ้านต่อไป

## บรรณานุกรม

- กรัณย์พิชญ์ โศทรประทุม. (2546). *การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- กาญจนา แรกพินิจ, เนตรนภา คู่พันธ์วิ, ปัทมา โลหะเจริญวนิช, ประณีต ส่งวัฒนา, และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2543). การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 13-19.
- กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ. Retrieved November 4, 2007, from <http://203.157.15.4/index.php?send=injury>
- ขวัญตา บาลทิพย์, สาลี เณลิมวรรณพงษ์, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, และศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2546). การทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ในประเทศระหว่างปี พ.ศ.2534-พ.ศ.2543. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 23(2), 1-26.
- จรรยา กฤติยารรณ. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการรับรู้ความต้องการของญาติผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จเร ผลประเสริฐ. (2549). Head Injury. ใน *ชาลัญญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์* (หน้า 801-818). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรนาถ ฉัตรวิวัฒน์. (2547). *การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เฉลียว หอมวิเศษ, ชัยวัฒน์ โภคาวัฒนา, ชัยวัฒน์ ปาลวัฒน์วิไชย, พรพรหม เมืองแมน, พรสุข หุ่นนิรันดร์, ปรีชา ศิริทองถาวร, และคณะ. (2549). *การดูแลผู้บาดเจ็บที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เอ็น พี เพรส.
- ชนัญชิตา โพธิ์ประสาท, อัจฉรา สุคนชสรรพ์, และกนกพร สุคำวัง. (2548). พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1) 105-119.

- ชญาณิช ลือวานิช. (2540). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ชนัญชิตา โพธิประสาธ. (2547). *พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- แหม่มซ้อย สุนทรประเสริฐ. (2545). *ความเครียดในงานและพฤติกรรมเผชิญภาวะความเครียดของผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ครุณี ชุณหะวัต. (2540). *การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง*. ใน สมจิตร หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และการศิลปะทางการพยาบาล* (หน้า 267-289). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินติ้ง.
- คารารัตน์ ปานดี. (2549). *ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นครชัย เพื่อนปฐม. (2541). *Head Injury*. ใน ชาญวิทย์ ดันดิพิพัฒน์ และธนิตย์ วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- นันทา เกียรติกังวาฬไกล. (2541). *ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา คชศิลา (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา จรัสแสง (2549). *แนวทางการพยาบาลในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 21(1), 77-88.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ, และสุภาภรณ์ คิ้วแพง. (2544). *ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 11-29.

- บุศกร กลิ่นอวล. (2549). ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติ  
การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปานจันทร์ อิ่มหน้า, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, และอำไพ จารุวัชรพณิชกุล. (2549). ผลของกลุ่ม  
สนับสนุนต่อความเหนื่อยล้าของสตรีที่เป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์. *พยาบาลสาร*, 2,  
119-124.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2547). *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร:  
พี.เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด.
- พจนา ปิยะปกรชัย. (2549). *การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะเครียด*. ชัยนาท.
- พัชราภรณ์ เอียดชะตา. (2550). บทบาทในการพยาบาลในการสนับสนุนผู้ดูแลที่บ้าน. *ข้อศรัตรัง  
วารสาร*, 2(4), 29-39.
- ทิพรรัตน์ พูลเพิ่ม, และสมทรง บุตรชีวัน. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล  
และอารมณ์ต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บ  
ศีรษะ. *วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4*, 11(3), 290 – 296.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง. (2548). *อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วย  
บาดเจ็บศีรษะ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รวมพร คงกำเนิด. (2543). การสร้างกลุ่มสนับสนุนทางสังคม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, และวัลลา  
ตันตโยทัย (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ* (หน้า 111-116). นครศรีธรรมราช:  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- รัตนา รongสวัสดิ์. (2548). *การประเมินความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ให้  
การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ใน โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลเครือข่าย  
ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัตนา อยู่เปล้า. (2543). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิก  
ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รุ่งนภา เทียวชะอ้า. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา  
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- รุจิระชัย เมืองแก้ว. (2544). ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความเจ็บปวด และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ลักขณา วานิชะพันธุ์, และรัตใจ เวชประสิทธิ์. (2554). สิ่งเร้าความเครียด ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยนอก ขณะรอผ่าตัดเล็ก ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส*, 3(1), 74-90.
- อุษมน วิชัยดิษฐ์. (2553). คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. เอกสารประชุมวิชาการหน่วย ศัลยกรรมประสาทประจำปี 2553 : หน่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ
- วิจิตรา กุสมภ์. (2551). บทนำการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. ใน วิจิตรา กุสมภ์ (บก.), *Critical care nursing : A holistic approach การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม* (หน้า 1-12). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- วิภาวรรณ ลีลาสำราญ. (2546). การฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง: Rehabilitation after traumatic brain injury. ใน สงวนสิน รัตนเลิศ (บรรณาธิการ), *บาดเจ็บที่ศีรษะ : การดูแลตามระบบคุณภาพ HA* (หน้า 131-140). กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.
- ศิริพจน์ มะโนดี. (2548). *การบาดเจ็บศีรษะ*. ค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2551, จาก <http://www.bcns.ac.th/HEADIN.htm>
- ศรินยา นันทะปรีดา. (2549). ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). *บาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลตามคุณภาพ HA*. กรุงเทพมหานคร: โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2550). Evidence-Based Practice in Decompressive Craniectomy in the Treatment of Traumatic Brain Injury. ใน พันเอกนายแพทย์ สิริรุจน์ สกฤตนะมรรคา (บรรณาธิการ), *ตำราประสาทศัลยศาสตร์ทันยุค 2007* (หน้า 97-110). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (หน้า. 93-122). กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิศภูสิน จำกัด.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (หน้า 95-119). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิตร์ วงศ์บรรเจิดแสง. (2548). ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุพรรณรัตน์ ชี้อิส, สมบัติ ไชยวัฒน์, และดวงฤดี ลาสุขะ. (2548). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 32(2), 58-69.
- สุมาลี ผลพิบูลย์. (2548). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญภาวะความเครียดในการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อม. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุทธินี พักวิสัย. (2545). ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุทธินี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติการตายปี 2552*. ค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2553, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf>
- สุพรรณรัตน์ ชี้อิส, สมบัติ ไชยวัฒน์, และดวงฤดี ลาสุขะ. (2548). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 32(2), 58 – 71.
- สุภรี สุวรรณจูงชะ (2549). Current views of adolescent health in Thailand. ใน สุวรรณจูงชะ เรื่อง *กาญจนเศรษฐ์ และพัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา* (บรรณาธิการ), *รู้ทันปัญหาวัยรุ่นยุคใหม่* (หน้า. 1-12). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บีคอนดี เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ไสว นรสาร. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. ค้นเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2553, จาก <http://med.mahidol.ac.th/ramaInter/dpt/NS/docEmcy2009>

- อรวรรณ แผนคง. (2547). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อดิศักดิ์ พลิตผลการพิมพ์ .(2553). *อุบัติเหตุจราจร : เหตุุนำการตายในวัยรุ่น (Traffic injuries : the leading cause of death in adolescents)* ค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2553, จาก [http://www.csip.org/csip/Expert/\\_Traffic\\_Injuries.asp](http://www.csip.org/csip/Expert/_Traffic_Injuries.asp)
- อภิญา สัตย์ธรรม, ชลิตา ชาญธีรกุล, พิมภา สุตรา, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2550). ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 30(3), 20 – 29.
- อติยา นวนหนู. (2548). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ. (2547). *ประสิทธิผลของรูปแบบสุขภาพตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล. (2541). *การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เอก เปียงแก้ว, และนครชัย เฟื่อนปฐม. (2545). *บาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic Brain Injury)*. ใน นครชัย เฟื่อนปฐม, เมธินี ไหมแพง, และก่อพงศ์ รุกขพันธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉิน* (หน้า 395 – 409). โอเอส พรินติ้งฮ้าส์ จำกัด มหาชน.
- Ann, C. F., Lennart, V. W., & Birgitta, K. (2008). Informational needs in families after their child's mild head injury. *Patient Education and Counseling*, 70: 251-255.
- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26: 114-122.
- Barnes, M. P., & Semlyen, J. K., & Summers, S. J. (1998). Aspects of Caregiver Distress After Head Injury. [Electronic version]. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 12(2), 53-59.



- Brain injury Association of America. (2007). *About traumatic brain injury*. Retrieved December 12, 2008, from <http://www.biausa.org/aboutbhi.htm>
- Bhatoe, H. (2009). Communicating with the caregiver in neurotrauma. *Indian Journal of Neurotrauma (IJNT)*, 6, 99-102.
- Bond, A. E., Draeger, C. R. L., Mandelco, B., & Donnelly, M. (2003). Need of family members of patients with severe traumatic brain injury. *Critical Care Nurse*, 23, 63-72.
- Bootchewan, S. (2007). *The relationship between transition conditions and disability in traumatic brain injury patients*. Master's thesis, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- Chan, J., Parmentor, T., & Stancliffe, R. (2007). The impact of traumatic brain injury on the mental health outcomes of individuals and their family carers. *Advance in mental health*, 8, 155-164.
- Charlotte, A. F., Wendt, L. V. & Klang, B. (2008). Informational needs in families after their child's mild head injury. *Patient Education and Counseling*, 70, 251 – 255.
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 39-50.
- Curtiss, G., Klemz, S., & Vanderploeg, R. D. (2000). Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15, 1113-1122.
- Defloor, S., Grypdonck, M., & Verhaeghe, S. (2005). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 1004-1012.
- Degeneffe, C. E. (2008). Family caregiving and traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3, 42-50.
- Elliott, J. & Richard, D. S. (1985). Meeting Family Needs Following Severe Head Injury: A Multidisciplinary Approach. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 17, 111 – 113.
- Engli, M. & Kirsivali – Farmer, K. (1993). Needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25, 78 – 85.

- Godfrey, H. P. D., Harnett, M. A., Kesi, D. A., Knight, R. G., Marsh, N. V., partridge, F. M., & Robertson, R. H. (2003). Assessing distress in caregivers of people with a traumatic brain injury (TBI): a psychometric study of head injury behavior scale. [Electronic version]. *Brain Injury*, 17(5), 427-435.
- Hanks, R. A., Rapport, L. J., & Vangel, S. (2007). Caregiving appraisal after traumatic brain injury: The effects of functional status, coping style, social support and family functioning. *Neuro Rehabilitation*, 22, 43-52.
- Hayner, K., MA, S. A., Dawn, M. K., & Kreutzer, J. S. (2001). *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16, 374-385.
- Heaney, A. C & Israel, A. B. (2002). Social networks and social support. In K. Glanz, Rimer, B. & M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education* (pp. 185-205). Sanfrancisco: The united States of America HB Printing.
- Harjinder, S. B. (2009). Communicating with the caregiver in neurotrauma. *Indian Journal of Neurotrauma*, 6, 99 – 102.
- Hayashi, K., Kurihar, M., Mclellan, D. L., & Watanabe, Y. (2001). The impact of traumatic brain injury on family members living with patients: A preminary study in Japan and UK. *Disability and Rehabilitation Journal*, 23, 370 – 378.
- Hibbard, M., et al. (2002). Paper Support in the community: Initial findings of a mentoring program for individuals with traumatic brain injury and their families. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17, 112 – 131.
- Juan, C. A., et al. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia, South America. *Brain Injury*, 24, 1017 – 1026.
- Jumisko, E., Lexell, J., & Soderberg, S. (2007). Living with moderate or severe traumatic brain injury: The meeting of family member's experiences. *Journal of Family Nursing*, 13, 353-369.
- Kamsap, S. (2006). *The development of a Clinical nursing practice guideline for informational and emotional Support in coping for families of traumatic brain injury patients in intensive Care Units*. Master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

- Ketchum, J. S., Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., Menzel, J. C., & Stejskal, T. M. (2009). A preliminary investigation of the brain injury family intervention: Impact on family members. *Brain Injury Journal, 23*, 535-547.
- Khiewchaum, R., Thosingha, O., Chayaput, P., & Utriyaprasit, K. (2011). The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Preparation of Caregivers of Patients with TBI (Traumatic Brain Injury). *J Nurs Sci, 29*(1), 18-25.
- Kneafsey, R., & Gawthorpe, D. (2004). Head injury: long - term consequences for patients and families and implications for nurses. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 601-608.
- Kolakowsky-Hayner, S. A., Miner, K. D., & Kreutzer, J. S. (2001). Long-term life quality and family needs after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 16*, 374-385.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, K. K., Seow, W. T. & Ng, I. (2006). Demographical profiles of adult severe traumatic brain injury patients : Implications for healthcare planning. *Singapore Medicine Journal, 47*, 31 – 36.
- Lupien, S. J., Maheu, F., Fiocco, A., & Schramek, T. E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition : Implication for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition, 65*(2007), 209-237
- National Center for Injury Prevention & Control. (2010). *Injury prevention & control :Traumatic brain injury*. Retrieved December 4, 2010, from <http://www.cdc.gov/TraumaticBrainInjury/index.html>
- Oddy, M., Humphrey, M. & Uttley, D. (1978). Stress upon the Relative of Head – Injury Patients. *British Journal Psychiatry, 133*, 507 – 513.
- Reilly, P. I., & Bullock, R. (2005). *Head injury : Pathophysiology and management* (2nd ed.). London: Hodder Arnold.
- Rodgers, M. L., Strode, A. D., Norell, D. M., Short, R. A., Dyck, D. G., & Becker, B. (2007). Adapting multiple-family group treatment for brain and spinal cord injury intervention development and preliminary outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 86*(6), 482-492.

- Sander, A. M. (2002). *Picking up the piece after TBI: A Guide for Family Members*: USA  
[Electronic version]. The Institute for Rehabilitation and Research's Brain Injury  
Research Center.
- Yan, Li. (2000). *Social support and stress among family members of head injured patients*. The  
thesis for master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Graduated  
School of Ching Mai University, Chiang Mai, Thailand.

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

## การคำนวณหา Effect size

การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size)

ใช้สูตรการคำนวณหา Effect (Cohen, 1988) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{pooled SD}}$$

$$\text{pooled SD} = \sqrt{\frac{SD_1^2 + SD_2^2}{2}}$$

แทนค่าในสูตร

ผลการศึกษาได้ค่า

$$\bar{X}_1 = 34.44 \quad \bar{X}_2 = 44.33$$

$$SD_1^2 = 10.13 \quad SD_2^2 = 10.55$$

แทนค่าจากสูตร

$$\begin{aligned} \text{pooled SD} &= \sqrt{\frac{(10.13)^2 + (10.55)^2}{2}} \\ &= \sqrt{\frac{102.6169 + 111.3025}{2}} \\ &= \sqrt{\frac{213.9194}{2}} \\ &= \sqrt{106.9597} \\ &= 10.34 \end{aligned}$$

$$ES = \frac{34.44 - 44.33}{10.34}$$

$$= \frac{-9.89}{10.34}$$

$$= 0.96$$

## ภาคผนวก ข

### ใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว)..... ยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต” โดยมีนางสุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้จัดทำวิจัยเรื่องนี้ และมี ผศ.ดร.วิภา แซ่เซี้ย และ รศ.ดร.ประณีต ส่องวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ผลการวิจัยเรื่องนี้จะประโยชน์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ จะแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หากข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะถูกสุ่มให้เข้าไปอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพียง 1 กลุ่ม เท่านั้น

ถ้าข้าพเจ้าถูกสุ่มอยู่ในกลุ่มทดลอง ข้าพเจ้าจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลวันที่ 1 ถึงวันที่ 2 และให้การสนับสนุนอารมณ์ไปพร้อมๆ กับการให้ข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมวิจัย ทำแบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2 จากนั้นเข้าร่วมทำกลุ่มสนับสนุนในวันที่ 3

ถ้าข้าพเจ้าถูกสุ่มอยู่ในกลุ่มควบคุม ข้าพเจ้าจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมการวิจัย ทำแบบสอบถามชุดที่ 1 และ 2

ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างแท้จริงว่า

1. ข้าพเจ้าอาจไม่ได้รับผลประโยชน์อย่างแท้จริงในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้
2. ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย และการถอนตัวในครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากโรงพยาบาล
3. ข้อมูลต่างๆที่ข้าพเจ้าได้ให้ในครั้งนี้ จะถูกนำเสนอในทางวิชาการได้โดยปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด
4. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากโรงพยาบาล

หากท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อ นางสุมามิตา สวัสดิ์ดิโนนาท ได้ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เบอร์โทรศัพท์ 081-6903191

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมวิจัย .....วันที่.....  
 ผู้วิจัย .....วันที่.....

**ภาคผนวก ค**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ส่วนที่ 1** (ตอนที่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ( ) หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ

( ) หญิง

( ) ชาย

2. อายุ ..... ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด

( ) คู่

( ) หม้าย/ หย่าร้าง

4. อาชีพ

( ) นักเรียน/ นักศึกษา ( ) รับราชการ/ พนักงานของรัฐ

( ) รับจ้าง

( ) ไม่มีอาชีพ

( ) อื่นๆ ระบุ .....

5. ระยะเวลาที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ..... วัน

6. ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ Glasgow Coma Scale ..... คะแนน

7. ข้อวินิจฉัย

8. ได้รับการผ่าตัดหรือไม่

( ) ไม่

( ) ผ่าตัด ระบุ .....



ส่วนที่ 1 (ตอนที่ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยกาเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง ( ) หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ

( ) หญิง ( ) ชาย

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่าร้าง

4. การศึกษา

( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา  
( ) ปวส./อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง  
( ) เกษตรกรรม ( ) อื่นๆ ระบุ.....

6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บิดา  
( ) มารดา ( ) บุตร ( ) อื่นๆ ระบุ.....

7. ประสบการณ์ในอดีตเคยมีเหตุการณ์หรือความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก่อนหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

8. ท่านมีปัญหาสุขภาพในปัจจุบันหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....

9. ท่านมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเช่นญาติหรือบุคคลอื่นหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มี ระบุ.....

10. ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบขณะอยู่โรงพยาบาลหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มี ระบุ.....

11. ท่านมีการรับผิดชอบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวนอกเหนือจากผู้ป่วยหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มี ระบุ.....

ส่วนที่  (ตอนที่ 1) แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ แต่ละข้อเป็นการอธิบายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ทำให้ท่านประเมินว่า รู้สึกเครียดหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บศีรษะ โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลง ในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ไม่เครียดเลย	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่เคยเกิดความเครียดนั้นเลย
เครียดเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความเครียดเพียงเล็กน้อย
เครียดปานกลาง	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความเครียดปานกลาง
เครียดมาก	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความเครียดมาก
เครียดมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุด

ตัวอย่าง

ความเครียดด้านสภาพร่างกาย ของผู้ป่วย	ไม่ทำให้เกิด ความเครียด (1)	เล็ก น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1. ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด เช่น ปวด แผลผ่าตัด หรือปวดกล้ามเนื้อ จากการได้รับอุบัติเหตุ			✓		

อธิบาย หมายความว่า ท่านเครียดจากสถานการณ์นี้ในระดับปานกลาง

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด	ไม่เครียด เลย (1)	ทำให้เกิดความเครียด			
		เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
<b>ความเครียดด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย</b>					
1. ผู้ป่วยได้รับความปวดที่รุนแรงจากบาดแผลอุบัติเหตุและแผลผ่าตัด					
2. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บรุนแรงอาจเสียชีวิตได้					
3. ผู้ป่วยมี.....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7.....					
<b>ความเครียดด้านจิตใจ</b>					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					

สถานการณ์ต่อไปนี้ทำให้ท่านเกิดความเครียด มากน้อยเพียงใด	ไม่ทำให้เกิด ความเครียด  (1)	ทำให้เกิดความเครียด			
		เล็ก น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
ความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย					
12. ....					
13. ....					
14. ....					
15.....					
16.....					
<b>4. ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจสังคม</b>					
17. ....					
18. ....					
19. ....					
20. ....					

21. ท่านมีความเครียดนอกเหนือจากที่กล่าวมาหรือไม่ ระบุ

.....  
 .....

ส่วนที่  (ตอนที่ ) แบบประเมินผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่แสดงระดับอาการ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง หรือ ใน 1 วัน มีความรู้สึกเกิดขึ้น 2 – 3 ครั้ง/วัน
เป็นบ่อยๆ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านบ่อยๆ หรือ ใน 1 วัน มีความรู้สึกเกิดขึ้นมากกว่า 3 ครั้ง/วัน
เป็นประจำ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านตลอดเวลา หรือ ใน 1 วัน มีความรู้สึกเกิดขึ้นทุกๆ 15 – 30 นาที

ตัวอย่าง

ความรู้สึกหรืออาการที่แสดงออก	ไม่เคย เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	เป็น บ่อยๆ ( <input type="checkbox"/> )	เป็น ประจำ (3)
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ			✓	

อธิบาย หมายความว่า ท่านเกิดความรู้สึกนี้เป็นบ่อย มากกว่า 3 ครั้ง/วัน

ความรู้สึก อาการ หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น	ไม่เคย เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	เป็น บ่อยๆ (2)	เป็น ตลอดเวลา (3)
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายใจ				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเปลี้ยจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง ไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. มีความรู้สึกทางเพศลดลง				

## ภาคผนวก ง

### โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์

ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์แก่ผู้ดูแลเป็นเวลา 3 วัน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในวันที่ 1 ถึงวันที่ 2 ของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และให้การสนับสนุนอารมณ์ของผู้ดูแลไปพร้อมๆ กับการให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลตามความต้องการข้อมูลด้านสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแล ผู้วิจัยจะทำการสนับสนุนอารมณ์ของผู้ดูแลโดยใช้กลุ่มสนับสนุนในวันที่ 3 ซึ่งมีผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลรายใหม่ และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแล ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน อำนวยความสะดวกให้ และเป็นแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงการแนะนำแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล

การให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนโดยการให้ข้อมูลและการสนับสนุนอารมณ์แก่ผู้ดูแล ซึ่งมีองค์ประกอบของโปรแกรม ดังนี้ (1) การให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัย (2) การทำกลุ่มสนับสนุน ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 วัน โดยในวันที่ 1 ถึงวันที่ 2 ผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยทำการให้ข้อมูลพร้อมๆ กับสนับสนุนอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นรายบุคคลในวันที่ 1 ถึงวันที่ 2 โดยวันที่ 1 ช่วงเช้าผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อลดสถานการณ์ความเครียดจากสภาพการบาดเจ็บของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะ ถึงแวดล้อมในหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ วันที่ 1 ช่วงบ่ายผู้วิจัยให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์เพื่อลดสถานการณ์ความเครียดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วย วันที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต วิธีการลดความเครียดในผู้ดูแล และในวันที่ 3 ผู้วิจัยทำกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานและเป็นแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องให้กลุ่ม เชิญผู้ดูแลที่เคยดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้สึก แสดงความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ในวันที่1-2 มีขั้นตอน ดังนี้

วันที่ 1 ช่วงเช้าเวลา 15-30 นาที ผู้วิจัยให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ในวันแรกที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลในบริเวณที่จัดไว้ แนะนำตัวเอง และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เชิญผู้ดูแลไปนั่งพูดคุยในที่ที่ไม่รบกวนายเป็นส่วนตัว สร้างบรรยากาศพูดคุยแบบเป็นกันเอง โดยใช้สรรพนามที่เหมาะสม พูดจาด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ยอมรับและแสดงความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ดูแล และเก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแล และแบบประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยประเมินความต้องการของผู้ดูแลจากแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดและจากการพูดคุยเพิ่มเติมกับผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลตามความต้องการของผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดจากสภาพการบาดเจ็บของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะ และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยเนื้อหาที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยและอาการขณะนั้น อธิบายเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ การตรวจวินิจฉัย กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล อธิบายอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย แนะนำหอผู้ป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วย ข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 3 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามและตอบข้อสงสัย (ระยะเวลาที่ใช้ 15-30 นาที)

วันที่ 1 ช่วงบ่ายเวลา 15-30 นาที ผู้วิจัยสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในครั้งที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลและเชิญผู้ดูแลพูดคุยในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ กล่าวทักทาย พูดคุยรับฟังปัญหาของผู้ดูแล ตอบข้อซักถามและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ดูแล เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะวิกฤต และผู้ป่วยต้องการความดูแลจากญาติ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยบอกการเปลี่ยนแปลงหรืออาการปัจจุบันของผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล อธิบายให้ผู้ดูแลทราบว่าผู้ดูแลสามารถสัมผัสผู้ป่วย สามารถเรียกชื่อผู้ป่วย พูดคุยได้เพราะเป็นการกระตุ้นความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังได้ยินแต่ไม่สามารถสื่อสารได้

ขั้นตอนที่ 4 แนะนำการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและพยาบาลแสดงให้ดูเช่น เช่น การสัมผัสผู้ป่วย เรียกชื่อ การเช็ดหน้า และตอบคำถามที่ผู้ดูแลยังสงสัย



ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ญาติมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะที่ผู้ดูแลไม่อยู่  
เฝ้าผู้ป่วยและนัดหมายผู้ดูแลในการพูดคุยกับผู้วิจัยในวันต่อไป

วันที่ 2 เวลา 15-30 นาที ผู้วิจัยให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ในวันที่ 3 ที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วย  
มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ กล่าวทักทาย ประเมินความ  
ต้องการของผู้ดูแลด้วยการซักถาม ผู้วิจัยบอกความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้กับ  
ผู้ดูแล ให้ข้อมูลเรื่องวิธีการลดความเครียดของผู้ดูแล เช่น การหาผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นคนใกล้ชิด  
มาอยู่เป็นเพื่อน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลแนะนำให้รู้จักกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะคนอื่นๆ ช่าง  
เตียงที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเหมือนกัน และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล่าถึงการบาดเจ็บของ  
ผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานให้และคอยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยตอบคำถามที่ผู้ดูแลยังสงสัย และซักถามภายหลังเสร็จสิ้นการให้  
ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ และนัดผู้ดูแลในการมาเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 3 เพื่อเข้าร่วมในการทำกลุ่ม  
สนับสนุนร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะคนอื่นๆ

วันที่ 3 เวลา 30-15 นาที ที่ผู้ดูแลมาเยี่ยมผู้ป่วย

ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีประสบการณ์ตรงที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมา  
ก่อน ร่วมกับผู้ดูแลในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในเรื่อง  
ที่เกี่ยวกับการดูแล โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ปและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดูแลภายในกลุ่ม และเป็น  
แหล่งข้อมูลที่ต้องการ แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการทำ  
กลุ่ม ผู้วิจัยประเมินความเครียดของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินสถานการณ์ความเครียด แบบ  
ประเมินผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลครั้งที่ 2

## แผนการให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ระหว่างการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต ระหว่างเข้าเยี่ยมผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับทราบข้อมูลที่ต้องการของผู้ป่วยในระยะวิกฤต

### เนื้อหาของข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ การพยากรณ์โรคและการรักษา
2. ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย
3. ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย
4. ข้อมูลการดูแลที่ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้
5. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วย กฎ ระเบียบของหอผู้ป่วย
6. ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิบัตร ค่ารักษา และแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ดูแล

### วิธีการให้ข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ กล่าวทักทายผู้ดูแล ประเมินความต้องการของผู้ดูแลจากแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดและด้วยการซักถามผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล สร้างบรรยากาศพูดคุยแบบเป็นกันเอง ใช้สรรพนามที่เหมาะสม น้ำเสียงนุ่มนวล สนทนากับผู้ดูแลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก และยอมรับในสิ่งที่ผู้ดูแลแสดงออกมา

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลในประเด็นที่ผู้ดูแลยังไม่มีความรู้ หรือมีความรู้ไม่เพียงพอตามโปรแกรมการให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยหลังจากการให้ข้อมูลในแต่ละวันสิ้นสุดลง

3. เมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ในแต่ละวัน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแล และให้ความมั่นใจแก่ผู้ดูแลว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ และพยาบาลอย่างดีที่สุดแม้ว่าผู้ดูแลจะไม่ได้อยู่เฝ้าผู้ป่วย และผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลในการมาเยี่ยมผู้ป่วยในวันที่ 2 และวันที่ 3 ต่อไป

## แผนการทำกลุ่มสนับสนุน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ปัญหาาร่วมกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อลดความเครียดและผลกระทบที่เกิดจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่ม

### การดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมกลุ่มในวันที่ 3 ที่ได้นัดหมายกับผู้ดูแลไว้ โดยใช้เวลาในการทำกลุ่ม 30-45 นาที ในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ มีขั้นตอนดังนี้

#### ระยะการสร้างความสัมพันธ์

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล แนะนำตนเอง ผู้วิจัยพูดเกริ่นนำให้ผู้ดูแลภายในกลุ่มแนะนำตนเอง
2. ผู้วิจัยแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีประสบการณ์ตรงที่เคยดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ดีมาก่อนให้สมาชิกกลุ่มรับทราบ

#### ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยพูดเกริ่นนำให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลมาก่อนเล่าการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อมูล และแสดงความคิดเห็นร่วมกันทำให้สมาชิกได้ทราบปัญหาของผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกับตน เข้าใจในปัญหา ได้ระบายความรู้สึก ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีประสบการณ์ตรงช่วยลดความเครียดโดยการให้กำลังใจ เข้าใจและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือสมาชิกกลุ่ม
3. ผู้วิจัยจะสรุปข้อมูลที่ได้ ปัญหาที่เกิดขึ้น และช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่คลุมเครือให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และร่วมสรุปผลที่ได้จากการทำกลุ่ม ให้ผู้ดูแลรับทราบ

#### ระยะสิ้นสุด

1. ผู้วิจัยบอกกล่าวผู้ดูแลถึงการสิ้นสุดการทำกลุ่มในครั้งนี้และกล่าวคำขอบคุณผู้ดูแลทุกท่านที่เข้าร่วมกลุ่ม

### การสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์

1. ผู้วิจัยจะประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลก่อนการให้ข้อมูล
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งคู่มือโปรแกรมการให้ข้อมูล และสนับสนุนประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 องค์ประกอบคือ การให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ โดยนักวิจัยให้ข้อมูลทั่วไป และให้ข้อมูลตามสถานการณ์ความเครียด ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้
  1. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะและปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย
  2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์และเหตุผลที่ใช้
  3. การให้ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย
  4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วย
  5. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิบัตรและค่ารักษาทางการแพทย์
  6. การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ดูแล

#### 1. ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะเป็นการได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ หนังศีรษะอาจชำ บวม หรือฉีกขาด กะโหลกศีรษะอาจร้าว หรือแตกยุบ เนื้อสมองฟกช้ำและมีการฉีกขาดของเส้นเลือดภายในกะโหลกศีรษะ มีผลทำให้มีเลือดออกใต้กะโหลกศีรษะ ในระหว่างชั้นต่างๆ ของเยื่อหุ้มสมอง หรือภายในเนื้อสมองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลง สับสน หรือ ไม่รู้สึกตัวได้จากการที่มีก้อนเลือดไปกดการทำงานของสมอง

การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ การเอ็กซเรย์กะโหลกศีรษะ เพื่อตรวจความผิดปกติของกะโหลกศีรษะถึงตำแหน่งที่แน่นอนและลักษณะของการแตกยุบของกะโหลกศีรษะ การตรวจความผิดปกติของสมองด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์จะเป็นการตรวจหาตำแหน่งและขนาดของก้อนเลือดภายในกะโหลกศีรษะได้ค่อนข้างแม่นยำ จะทำการตรวจเมื่อแรกรับ หรือผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลง และก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อประเมินความผิดปกติ

นอกจากนี้จะมีการตรวจเลือด ได้แก่ การตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพื่อ ตรวจหาก้อนเลือดในกรณีที่ผู้ป่วยเสียเลือดมากเพื่อประเมินภาวะที่ร่างกายขาดเลือดและจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน และตรวจหาค่าเกลือแร่ในเลือด

### ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย

1. ความรุนแรงของการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมของอวัยวะอื่นร่วมด้วย จะมีผลต่อปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดได้

2. อายุของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีการฟื้นฟูเป็นปกติร้อยละ 96 ในช่วงอายุ 20-24 ปีมีการฟื้นฟูที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยที่อายุน้อยร่างกายมีความแข็งแรงของการทำงานระบบต่างๆ สมบูรณ์กว่าจึงทำให้การฟื้นฟอดี

3. การได้รับการดูแลที่ทันท่วงทีจากทีมแพทย์และพยาบาลในการลดความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอเพื่อลดสมองขาดออกซิเจน เป็นต้น

4. สิ่งที่สำคัญมากนั่นก็คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลร่วมกับพยาบาลตั้งแต่ระยะวิกฤต เช่น กระตุ้นการไคยีนโดยพูดคุย เรียกชื่อผู้ป่วย บอกวันที่ เวลา การสัมผัส บีบนวด เช็ดหน้าให้ผู้ป่วย ซึ่งเสียงของผู้ดูแลผู้ป่วยจะคุ้นเคยและจำได้มากกว่าเสียงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยไม่รู้จัก จะทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองเร็วขึ้นและฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น

### 2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์

ในขณะที่ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พยาบาลควรมีการอธิบายเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

2.1 เครื่องช่วยหายใจเป็นเครื่องที่ใช้ช่วยในการหายใจของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือไม่สามารถหายใจเองได้ ขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะไม่สามารถส่งเสียงหรือพูดได้จากมีท่อทางเดินหายใจคาอยู่ หรือจากระดับความรู้สึกตัวลดลงไม่สามารถสื่อสารได้ เมื่อการหายใจของผู้ป่วยดีขึ้น แพทย์จะถอดท่อทางเดินหายใจออกและเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจแล้วจะได้รับออกซิเจนทางหน้ากากหรือสายยาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น

2.2 เครื่องปรับอัตราการไหลของน้ำเกลือ เป็นเครื่องมือที่ใช้ต่อกับสารละลายต่างๆ เพื่อควบคุมอัตราการไหลของสารละลายให้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา

2.3 เครื่องช่วยลดไข้ เป็นเครื่องมือที่ช่วยปรับระดับอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยลงในกรณีที่ผู้ป่วยมีไข้สูง ป้องกันสมองถูกทำลายจากอุณหภูมิที่สูงขึ้น

2.4 สายยางที่สอดไว้ทางจมูกเป็นสายยางที่ใส่เข้าทางจมูกปลายสายจะอยู่ที่กระเพาะอาหารเพื่อระบายเอาน้ำย่อยและลมออกมา ในระยะ 1 – 2 วันแรก หรือหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะยังไม่ได้รับอาหารเนื่องจากลำไส้ยังไม่ทำงานและเพื่อให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการอาเจียนและสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม หลังจากนั้นจะใช้เป็นทางให้อาหารสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถรับประทานอาหาร

อาหารทางปากได้ แพทย์จะพิจารณาเอาสายยางออกเมื่อผู้ป่วยสามารถเคี้ยวและกลืนอาหารทางปากได้

2.5 ท่อระบายที่ต่อออกจากตัวผู้ป่วย ในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีท่อระบายคาไว้ ได้แก่

2.5.1 ท่อระบายที่คาไว้ภายใต้กะโหลกศีรษะ เพื่อระบายเลือดหรือของเหลว โดยแพทย์จะใส่สายท่อระบายที่มีลักษณะเป็นพลาสติกใส ใส่เข้าไปภายใต้กะโหลกศีรษะ นานประมาณ 1 – 3 วัน ปลายสายด้านนอกต่อกับขวดที่ปราศจากเชื้อ ซึ่งเป็นระบบสุญญากาศ วางขวดรองรับไว้ที่ระดับศีรษะหรือต่ำกว่าศีรษะของผู้ป่วยเล็กน้อยเพื่อป้องกันขวดระบายสุญญากาศแตกและไม่ไหลย้อนกลับ

2.5.2 ท่อระบายปัสสาวะมีลักษณะเป็นสายยางใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยจะได้รับการคาท่อระบายปัสสาวะนานประมาณ 2 – 3 วัน เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะและประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบขับถ่ายปัสสาวะ หลังจากเอาท่อระบายปัสสาวะออกจะใส่ถุงรองรับปัสสาวะเพื่อไม่ให้ปัสสาวะรดที่นอน

2.6 เครื่องวัดความดันโลหิตเป็นเครื่องที่ใช้วัดความดันโลหิตของผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย

2.7 เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ จะใช้กับผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงในความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ

3. การให้ข้อมูลกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

3.1 การประเมินระดับความรู้สึกตัว หรือความผิดปกติของระบบประสาททุก 1 ชั่วโมงตามสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง การประเมินสัญญาณชีพจะประเมินอุณหภูมิ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตควบคู่กับการประเมินระดับความรู้สึกตัว

3.2 การดูแลการระบายจากกระเพาะอาหารออกทางสายยางที่สอดไว้ทางจมูกหรือปาก หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการคาสายยางโดยปลายสายยางจะอยู่ที่กระเพาะอาหาร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือไม่สามรถรับประทานอาหารได้เองทางปาก ผู้ป่วยจะได้รับอาหารผสมทางสายยางนี้ ซึ่งอาหารจะลงสู่กระเพาะโดยตรง ผู้ป่วยจะได้รับอาหารผสมทางสายยางประมาณวันที่ 2- 3 หลังผ่าตัดหรือเมื่อมีอาการคงที่ โดยจะได้รับอาหารทุก 4 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่ 06.00 น. ยกเว้นเมื่อ 02.00 น. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอาจได้รับการงดอาหารและน้ำแต่ผู้ป่วยจะได้รับสารอาหารทดแทนจากน้ำเกลือ

3.3 การดูดเสมหะ ในขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะมีเสมหะในคอ ถ้ามีเสมหะมาก ต้องดูดเสมหะเพื่อคัดเสมหะออก โดยใช้สายยางพลาสติกใสที่ต่อจากเครื่องดูดเสมหะ จะช่วยให้ทางเดินหายใจของผู้ป่วยโล่ง หายใจได้สะดวกขึ้น ก่อนและหลังการดูดเสมหะแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับออกซิเจนเพิ่มโดยการทำให้ปอดขยายตัว ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูดเสมหะผู้ป่วยจะมีอาการไอเนื่องจาก จาก หลอดลมถูกระคายเคืองจากสายยาง แต่อาการไอจะหมดไปเมื่อไม่มีเสมหะและเลิกดูดเสมหะ

3.4 การทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการทำความสะอาดร่างกายบนเตียงวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น

3.5 การให้ยา ผู้ป่วยจะได้รับยาต่าง ๆ ได้แก่ ยาแก้ ยากันชัก ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาลดสมองบวม และยาขับปัสสาวะ ซึ่งจะให้ตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

3.6 การพลิกตัว ผู้ป่วยจะได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันปอดแฟบ แผลกดทับที่อาจเกิดขึ้นได้ตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ และเพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

3.7 การป้องกันอุบัติเหตุทุกเตียงจะมีราวข้างเตียงไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยตกจากเตียงและอาจใช้ผ้าผูกยึดข้อมือของผู้ป่วยบางรายไว้ในกรณีที่มีอาการสับสนและดิ้น

3.8 การเช็ดตัวลดไข้ ผู้ป่วยจะได้รับการเช็ดตัวลดไข้เมื่อพบว่า มีไข้สูง หรืออาจช่วยลดระดับอุณหภูมิของร่างกายลงโดยใช้เครื่องลดไข้ร่วมด้วย

3.9 การช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้ได้ ออกกำลังกายบนเตียง เป็นการออกกำลังแขนและขาเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดี ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ

3.10 การกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย พยาบาลจะกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ การบอกผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อจะกระทำกิจกรรมใด ๆ กับผู้ป่วย และบอกวัน เวลา สถานที่ที่เป็นปัจจุบัน และผู้ดูแลสามารถเรียกชื่อผู้ป่วยหรือพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อช่วยกระตุ้นความรู้สึกตัวให้แก่ผู้ป่วยได้

#### 4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วย

อธิบายให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย เวลาเยี่ยม 07.00 – 19.00 น. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อน สะดวกต่อการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล ควรผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละ 2 ราย

ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ข้างเตียงได้ เช่น การเช็ดหน้า การสัมผัสมือผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องระวังการหลุดของอุปกรณ์ต่างๆ ที่ต่อออกจากตัวผู้ป่วย ในบางครั้งสมาชิกในครอบครัวไม่แน่ใจว่าสามารถปฏิบัติตัวอย่างไรกับผู้ป่วยได้บ้าง หรือไม่แน่ใจในบางกิจกรรมว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้หรือไม่ สามารถสอบถามได้จากพยาบาล

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนำสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วย ได้แก่ แปรงสีฟัน (เป็นแปรงสีฟันของเด็กซึ่งมีขนอ่อนนุ่ม และทำความสะอาดง่าย) ยาสีฟัน สบู่ แป้ง โลชั่น ยาสระผม เพื่อใช้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

#### 5. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิบัตรและค่ารักษาทางการแพทย์

5.1 แนะนำเกี่ยวกับหลักฐานต่าง ๆ ได้แก่ ใบส่งตัว บัตรสุขภาพ บัตรสังคมสงเคราะห์ ให้นำมาติดต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาลในเวลาราชการโดยเร็วที่สุดหากสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา ด้านการเงิน ให้แจ้งพยาบาลเพื่อส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

5.2 กรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ สมาชิกในครอบครัวสามารถสอบถามพยาบาลได้เกี่ยวกับ หลักฐานการติดต่อขอรับเงินทดแทนผู้ประสบภัยจากบริษัทประกันที่ทำไว้ถ้าสมาชิกในครอบครัว ต้องการใบรับรองแพทย์สามารถติดต่อผ่านทางพยาบาลได้ หรือถ้าต้องการติดต่อกับแพทย์ผู้ทำการ รักษาหรือผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อสอบถามอาการของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวสามารถติดต่อพยาบาลได้ หรือหากพบแพทย์โดยตรงก็สามารถสอบถามได้ด้วยตนเองเมื่อแพทย์มาตรวจอาการของผู้ป่วยใน แต่ละวันในช่วงเช้าและช่วงเย็นของแต่ละวัน

5.3 การให้หมายเลขโทรศัพท์ของหอผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามอาการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา



## การติดต่อสิทธิบัตร

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)		
สิทธิ 30 บาท โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	สิทธิ 30 บาท โรงพยาบาลอื่น ที่ได้รับการส่งตัวมารักษาที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	สิทธิ 30 บาท โรงพยาบาลอื่น กรณีอุบัติเหตุ/ ฉุกเฉิน
<b>เอกสารที่ต้องเตรียม</b> 1. บัตรประจำตัวประชาชน (สำเนา 3 ชุด) 2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) (สำเนา 3 ชุด) 3. บัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	<b>เอกสารที่ต้องเตรียม</b> 1. บัตรประจำตัวประชาชน (สำเนา 3 ชุด) 2. สำเนาทะเบียนบ้าน (สำเนา 3 ชุด) 3. บัตร 30 บาท (สำเนา 3 ชุด) 4. หนังสือส่งตัวหรือหนังสือรับรอง สิทธิ (สำเนา 3 ชุด)	<b>เอกสารที่ต้องเตรียม</b> 1. บัตรประจำตัวประชาชน (สำเนา 3 ชุด) 2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) (สำเนา 3 ชุด) 3. บัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
<b>ขั้นตอนการติดต่อ</b> นำบัตรประกันสุขภาพ บัตร โรงพยาบาลติดต่อเจ้าหน้าที่การเงิน	<b>ขั้นตอนการติดต่อ</b> 1. นำบัตรประจำตัวบัตรประชาชน ติดต่อห้องบัตรเพื่อทำบัตร โรงพยาบาล 2. นำเอกสารที่ต้องเตรียม พร้อม สำเนา 3 ชุด ติดต่อเจ้าหน้าที่ช่อง ตรวจสอบสิทธิ (ชั้น 1) 3. รอรับเอกสารแสดงสิทธิจากช่อง ตรวจสอบสิทธิชั้น 1 4. นำเอกสารไปติดต่อที่การเงิน ผู้ป่วยใน	<b>ขั้นตอนการติดต่อ</b> 1. นำบัตรประจำตัวบัตรประชาชน ติดต่อห้องบัตรเพื่อทำบัตร โรงพยาบาล 2. นำเอกสารที่ต้องเตรียม พร้อม สำเนา 3 ชุด 3. นำเอกสารไปติดต่อที่การเงิน ผู้ป่วยใน 4. นำเอกสารจากเจ้าหน้าที่การเงิน มาให้กับพยาบาลบนหอผู้ป่วย เพื่อ รอแพทย์ลงความเห็น

<b>บัตรประกันสังคม</b>		
<b>ผู้ป่วยประกันสังคม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์</b>	<b>ผู้ป่วยประกันสังคม โรงพยาบาลอื่น ที่ได้รับการส่งตัวมารักษาที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์</b>	<b>ผู้ป่วยประกันสังคม โรงพยาบาลอื่น กรณีอุบัติเหตุ/ ฉุกเฉิน</b>
<b>เอกสารที่ต้องเตรียม</b> 1. บัตรประจำตัวบัตรประชาชน 2. บัตรรับรองสิทธิประกันสังคม 3. บัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	<b>เอกสารที่ต้องเตรียม</b> 1. บัตรประจำตัวบัตรประชาชน (สำเนา 2 ชุด) 2. บัตรรับรองสิทธิประกันสังคม (สำเนา 2 ชุด) 3. หนังสือส่งตัวหรือหนังสือรับรอง สิทธิ(สำเนา 2 ชุด) 3. บัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	<b>เอกสารที่ต้องเตรียม</b> 1. บัตรประจำตัวบัตรประชาชน (สำเนา 2 ชุด) 2. บัตรรับรองสิทธิประกันสังคม (สำเนา 2 ชุด) 3. บัตรโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์
<b>ขั้นตอนการติดต่อ</b> 1. ในกรณีผู้ป่วยใหม่ นำบัตร ประจำตัวบัตรประชาชนติดต่อห้อง บัตร เพื่อขอทำบัตร โรงพยาบาลฯ 2. ยื่นบัตรรับรองสิทธิเพื่อตรวจสอบ สิทธิ 3. รอรับใบประกันสังคม มอ.1 4. นำใบใบประกันสังคม มอ. มาให้ พยาบาลบนหอผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ลง ความเห็น 5. เมื่อแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อย พยาบาลจะนำไปมอบให้ญาตินำไป ติดต่อการเงินผู้ป่วยในอีกครั้ง	<b>ขั้นตอนการติดต่อ</b> 1. ในกรณีผู้ป่วยใหม่ นำบัตร ประจำตัวบัตรประชาชนติดต่อห้อง บัตร เพื่อขอทำบัตร โรงพยาบาลฯ 2. ยื่นบัตรรับรองสิทธิเพื่อตรวจสอบ สิทธิ 3. รอรับใบประกันสังคม มอ.1 4. นำใบใบประกันสังคม มอ. มาให้ พยาบาลบนหอผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ลง ความเห็น 5. เมื่อแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อย พยาบาลจะนำไปมอบให้ญาตินำไป ติดต่อการเงินผู้ป่วยในอีกครั้ง	<b>ขั้นตอนการติดต่อ</b> 1. ในกรณีผู้ป่วยใหม่ นำบัตร ประจำตัวบัตรประชาชนติดต่อห้อง บัตร เพื่อขอทำบัตร โรงพยาบาลฯ 2. ยื่นบัตรรับรองสิทธิเพื่อ ตรวจสอบสิทธิ 3. รอรับใบประกันสังคม มอ.1 4. นำใบใบประกันสังคม มอ. มาให้ พยาบาลบนหอผู้ป่วยเพื่อให้แพทย์ ลงความเห็น 5. เมื่อแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อย พยาบาลจะนำไปมอบให้ญาตินำไป ติดต่อการเงินผู้ป่วยในอีกครั้ง

นักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์		
นักศึกษาสิทธิประกัน มหาวิทยาลัย	นักศึกษาสิทธิประกันบัตรทอง	นักศึกษาที่ประสบอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วยฉุกเฉิน
เอกสารที่ต้องเตรียม 1. บัตรนักศึกษา 2. บัตรโรงพยาบาล	เอกสารที่ต้องเตรียม 1. บัตรนักศึกษา 2. บัตรโรงพยาบาล 3. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ฉบับจริง	เอกสารที่ต้องเตรียม 1. บัตรนักศึกษา 2. บัตรโรงพยาบาล 3. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ฉบับจริง (หากมี)
ขั้นตอนการติดต่อ 1. ติดต่อเวชระเบียน (ห้องบัตร) พร้อมบัตรนักศึกษา, บัตร โรงพยาบาล 2. รอรับเอกสาร 3. สอบถามความเรียบร้อยของสิทธิ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	ขั้นตอนการติดต่อ 1. ติดต่อเวชระเบียน (ห้องบัตร) พร้อมบัตรนักศึกษา บัตร โรงพยาบาล 2. ติดต่อการเงิน	ขั้นตอนการติดต่อ 1. ติดต่อเวชระเบียน (ห้องบัตร) พร้อมบัตรนักศึกษา บัตร โรงพยาบาล 2. ติดต่อการเงิน

สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	
เบิกจ่ายตรง	ใบส่งตัว
เอกสารที่ต้องเตรียม 1. บัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	เอกสารที่ต้องเตรียม 1. ใบส่งตัวจากต้นสังกัด
ขั้นตอนการติดต่อ 1. ยื่นบัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2. ติดต่อการเงินเพื่อตรวจสอบสิทธิ	ขั้นตอนการติดต่อ 1. นำใบส่งตัวจากต้นสังกัดติดต่อการเงิน ผู้ป่วยใน 2. รอตรวจสอบสิทธิ

<b>ผู้ป่วยประสบภัยจากรถ (พรบ.)</b>	
<p>การใช้สิทธิเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของผู้ประสบภัยตาม พรบ. คู่คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 มีสิทธิเรียกค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นในวงเงินไม่เกิน 15,000 บาท</p> <p>1. ค่ารักษาพยาบาลที่มียอดเกิน 15,000 บาท ใช้สิทธิ 30 บาทได้</p> <p>2. หากไม่ติดต่อ พรบ. 15,000 บาทแรก ผู้ประสบภัย (ผู้ป่วย) ต้องเป็นผู้จ่ายเงินจำนวน 15,000 บาทก่อน ส่วนที่เหลือจึงใช้สิทธิ 30 บาทได้</p>	
<p><b>ขั้นตอนการติดต่อวิธีที่ 1</b></p> <p>1. มอบอำนาจให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันภัย</p>	<p><b>ขั้นตอนการติดต่อวิธีที่ 2</b> <input type="checkbox"/></p> <p>2. ชำระค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินสด แล้วนำใบเสร็จรับเงินไปตั้งเบิกจากบริษัทประกันภัย</p>
<p><b>หลักฐานที่ต้องเตรียม (ทุกเอกสารต้องถ่ายสำเนาอย่างน้อย 3 ชุด)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>บันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีของตำรวจ ต้องระบุสถานที่เกิดเหตุ ชื่อ-สกุล ของผู้ประสบภัยเป็นผู้ขับขี่ หรือผู้โดยสาร หรือบุคคลอื่น (บุคคลที่ 3) และหมายเลขทะเบียนรถที่ประสบภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยลายเซ็นจริง</li> <li>สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ของผู้ป่วย)</li> <li>สำเนาทะเบียนบ้าน (ของผู้ป่วย)</li> <li>สำเนาบัตรใบกรมธรรม์</li> <li>สำเนาทะเบียนรถ</li> <li>สำเนาใบซื้อขาย ในกรณีรถใหม่ยังไม่มียะเบียน</li> <li>สำเนาใบขับขี่</li> <li>สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีเสียชีวิต)</li> <li>ใบเสร็จรับเงิน (กรณีชำระเงินสด)</li> </ol>	
<p><b>ขั้นตอนการติดต่อ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>นำเอกสารยื่นที่การเงินผู้ป่วยในให้แก่เจ้าหน้าที่ด้าน พรบ.</li> <li>แจ้งพยาบาลทราบเรื่องการติดต่อ พรบ.</li> <li>กรณีขาดเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ พรบ. ที่หน่วยการเงินผู้ป่วยใน</li> </ol>	
<p><b>หมายเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ผู้ประสบภัยจะได้รับสิทธิค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามความสูญเสียที่แท้จริง หรือเทียบเท่าจำนวนที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินวงเงิน 15,000 บาท ในกรณีที่ยังไม่ได้พิสูจน์ผิดถูก</li> <li>ในวงเงิน 50,000 บาท สำหรับความสูญเสียที่ได้พิสูจน์ผิดถูกแล้ว</li> <li>ในวงเงิน 80,000 บาท/คน ในกรณีที่ได้รับความสูญเสียร้ายแรง เช่น ตาบอด หูหนวก จิตพิการ ทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเสียชีวิต</li> </ol>	

## ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล

### ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส

ผู้ไม่มีสิทธิบัตรสวัสดิการใดๆ

ผู้มีสิทธิบัตรแต่สิทธิไม่คุ้มครองหรือมีส่วนเกินสิทธิ

### ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยในที่ขออนุมัติขณะนอนโรงพยาบาล

#### เอกสารที่ต้องเตรียม

1. ใบส่งปรึกษางานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย บันทึกโดยแพทย์ หรือพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2. หลักฐานสิทธิบัตรต่างๆ (ถ้ามี)

#### ขั้นตอนการติดต่อ

1. เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยติดต่องานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย ที่หมายเลข 1020 หรือ 1023 หรือให้ผู้ป่วย/ญาติ ติดต่องานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย ชั้น 2 ตึกสุติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

2. งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยจะประเมินเศรษฐกิจ/สิทธิพึงมีพึงได้/เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย/เยี่ยมบ้าน

3. กรณีผู้ป่วยมีค่ารักษาพยาบาลเกิน 40,000 บาท งานสิทธิประโยชน์เสนอคณะกรรมการพิจารณาแผนการรักษาและการช่วยเหลือผู้ป่วย

### ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยในที่ขออนุมัติ ณ วันที่ออกจากโรงพยาบาล

#### เอกสารที่ต้องเตรียม

1. ใบส่งผู้ป่วยปรึกษางานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย บันทึกโดยแพทย์ หรือพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

#### ขั้นตอนการติดต่อ

1. ไปติดต่องานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย บริเวณหน้าลิฟต์ ชั้น 2 ตึกสุติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

2. งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยจะประเมินเศรษฐกิจ/สิทธิพึงมีพึงได้

3. นำเสนอผู้บริหารเพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

## ผู้ป่วยพ.ร.บ. คนพิการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### หลักฐานการติดต่อขอจดทะเบียน

#### ขอจดทะเบียนใหม่

1. ทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนา 1 ฉบับ
2. บัตรประชาชน พร้อมสำเนา 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรองความพิการของแพทย์
4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 2 รูป ถ้าไม่มีรูปถ่ายสามารถถ่ายรูปได้ที่ศูนย์บริการผู้พิการแบบ

#### เบ็ดเสร็จ

#### กรณีผู้แทน

1. นำเอกสารตามข้อ 1 – 2 มาด้วย

#### ต่อทะเบียนเมื่อครบ 5 ปี

1. สมุดเก่าที่หมดอายุ
2. รูปถ่าย 2 รูป (ถ้ามี)
3. ทะเบียนบ้าน
4. บัตรประชาชน
5. หนังสือรับรองความพิการของแพทย์

#### กรณีสมุดหาย

1. ใบแจ้งความ (สามารถแจ้งความได้ที่ศูนย์บริการผู้พิการแบบเบ็ดเสร็จ หรือสถานีตำรวจ)
2. ทะเบียนบ้าน
3. บัตรประชาชน
4. หนังสือรับรองความพิการ

#### เอกสารที่ต้องเตรียม

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท)
3. บัตรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

#### ขั้นตอนการรับบริการ

1. นำบัตรประชาชนติดต่อห้องบัตร (ช่องหมายเลข 4) เพื่อทำบัตรโรงพยาบาล
2. นำบัตรโรงพยาบาลติดต่อห้องตรวจเพื่อให้แพทย์รับรองความพิการด้านนั้นๆ
3. นำใบรับรองจากแพทย์ไปติดต่อหน่วยสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยนอก (ชั้น 2)

## ภาคผนวก จ

ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ของผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต  
ของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโปรแกรมฯ (N = 15)

ความรู้สึก อากาหร หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น	ไม่เคย เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	เป็น บ่อยๆ (2)	เป็น ตลอดเวลา (3)
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	1(6.7%)	4(26.7%)	5(33.3%)	5(33.3%)
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	4(26.7%)	6(40%)	2(13.3%)	3(20%)
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	8(53.3%)	3(20%)	3(20%)	1(6.7%)
4. มีความวุ่นวายใจ	3(20%)	5(33.3%)	3(20%)	4(26.7%)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	10(66.7%)	3(20%)	1(6.7%)	1(6.7%)
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	6(40%)	5(33.3%)	4(26.7%)	-
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	2(13.3%)	9(60%)	3(20%)	1(6.7%)
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	10(66.7%)	3(20%)	1(6.7%)	1(6.7%)
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	12(80%)	1(6.7%)	2(13.3%)	2(13.3%)
10. กระวนกระวายใจ	3(20%)	4(26.7%)	6(40%)	2(13.3%)
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	4(26.7%)	5(33.3%)	3(20%)	3(20%)
12. รู้สึกเปลี่ยนไม่มีแรงจะทำอะไร	3(20%)	9(60%)	1(6.7%)	2(13.3%)
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	4(26.7%)	8(53.3%)	1(6.7%)	2(13.3%)
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	4(26.7%)	9(60%)	1(6.7%)	1(6.7%)
15. เสียงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ	6(40%)	7(46.7%)	2(13.3%)	-
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	3(20%)	7(46.7%)	4(26.7%)	1(6.7%)
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง ไหล่	6(40%)	4(26.7%)	5(33.3%)	-
18. ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	2(13.3%)	7(46.7%)	4(26.7%)	2(13.3%)
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	6(40%)	5(33.3%)	3(20%)	1(6.7%)
20. มีความรู้สึกทางเพศลดลง	11(73.3%)	4(26.7%)	-	-

ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ของผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต  
ของกลุ่มควบคุมหลังเข้าโปรแกรมฯ (N = 15)

ความรู้สึก อาการ หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น	ไม่เคย เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	เป็น บ่อยๆ (2)	เป็น ตลอดเวลา (3)
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	1(6.7%)	4(26.7%)	8(53.3%)	2(13.3%)
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	5(33.3%)	5(33.3%)	5(33.3%)	-
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	7(46.7%)	3(20%)	5(33.3%)	-
4. มีความวุ่นวายใจ	3(20%)	5(33.3%)	7(46.7%)	-
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	14(93.3%)	1(6.7%)	-	-
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	4(26.7%)	6(40%)	5(33.3%)	-
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	3(20%)	10(66.7%)	2(13.3%)	-
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	13(86.7%)	2(13.3%)	-	-
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	14(93.3%)	1(6.7%)	-	-
10. กระวนกระวายใจ	5(33.3%)	6(40%)	4(26.7%)	-
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	9(60%)	1(6.7%)	5(33.3%)	-
12. รู้สึกเพ้อฝันไม่มีแรงจะทำอะไร	4(26.7%)	7(46.7%)	4(26.7%)	-
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	8(53.3%)	3(20%)	4(26.7%)	-
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	5(33.3%)	4(26.7%)	6(40%)	-
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	6(40%)	6(40%)	-	-
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	5(33.3%)	6(40%)	4(26.7%)	-
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง ไหล่	7(46.7%)	4(26.7%)	4(26.7%)	-
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	3(20%)	8(53.3%)	3(20%)	-
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	4(26.7%)	5(33.3%)	6(40%)	-
20. มีความรู้สึกทางเพศลดลง	12(80%)	3(20%)	-	-



ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ของผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต  
ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรมฯ (N = 14)

ความรู้สึก อากาหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น	ไม่เคย เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	เป็น บ่อยๆ (2)	เป็น ตลอดเวลา (3)
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	-	6(42.9%)	5(35.7%)	3(21.4%)
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	3(21.4%)	5(35.7%)	2(14.3%)	4(28.6%)
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	7(50%)	5(35.7%)	2(14.3%)	-
4. มีความวุ่นวายใจ	4(28.6%)	6(42.9%)	2(14.3%)	2(14.3%)
5. ไม่อยากพบปะผู้อื่น	5(35.7%)	6(42.9%)	3(21.4%)	-
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	4(28.6%)	6(42.9%)	4(28.6%)	-
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	3(21.4%)	8(57.1%)	3(21.4%)	-
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	6(42.9%)	2(14.3%)	3(21.4%)	3(21.4%)
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	8(57.1%)	2(14.3%)	4(28.6%)	-
10. กระวนกระวายใจ	3(21.4%)	6(42.9%)	1(7.1%)	4(28.6%)
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	4(28.6%)	5(35.7%)	3(21.4%)	1(7.1%)
12. รู้สึกเปลืองเงินไม่มีแรงจะทำอะไร	3(21.4%)	7(50%)	3(21.4%)	1(7.1%)
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	5(35.7%)	4(28.6%)	4(28.6%)	1(7.1%)
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	4(28.6%)	6(42.9%)	3(21.4%)	1(7.1%)
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	4(28.6%)	8(57.1%)	1(7.1%)	1(7.1%)
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	6(42.9%)	4(28.6%)	2(14.3%)	2(14.3%)
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง ไหล่	6(42.9%)	6(42.9%)	2(14.3%)	-
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	3(21.4%)	6(42.9%)	5(35.7%)	-
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	1(7.1%)	7(50%)	5(35.7%)	1(7.1%)
20. มีความรู้สึกทางเพศลดลง	7(50%)	6(42.9%)	1(7.1%)	-

ตารางแสดงจำนวน ร้อยละ ของผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต  
ของกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมฯ (N = 15)

ความรู้สึก อารมณ์ หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น	ไม่เคย เลย (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	เป็น บ่อยๆ (2)	เป็น ตลอดเวลา (3)
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	2(14.3%)	10(71.4%)	2(14.3%)	-
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	10(71.4%)	4(28.6%)	-	-
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	14(100%)	-	-	-
4. มีความวุ่นวายใจ	8(57.1%)	6(42.9%)	-	-
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	13(92.9%)	1 (7.1%)	-	-
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	7(50%)	7(50%)	-	-
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	10(71.4%)	4(28.6%)	-	-
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต	14(100%)	-	-	-
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	14(100%)	-	-	-
10. กระวนกระวายใจ	8(57.1%)	5(35.7%)	-	-
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	9(64.3%)	5(35.7%)	-	-
12. รู้สึกเฉื่อยชาไม่มีแรงจะทำอะไร	12(85.7%)	2(14.3%)	-	-
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากจะทำอะไร	12(85.7%)	2(14.3%)	-	-
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง	13(92.9%)	1(7.1%)	-	-
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	11(78.6%)	3(21.4%)	-	-
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ	10(71.4%)	4(28.6%)	-	-
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง ไหล่	8(57.1%)	6(42.9%)	-	-
18. ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	8(57.1%)	5(35.7%)	1(7.1%)	-
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ	7(50%)	7(50%)	-	-
20. มีความรู้สึกทางเพศลดลง	12(85.7%)	2(14.3%)	-	-

ภาคผนวก จ

## เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย



EC: 54-237-19-9-3

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่  
 จังหวัดสงขลา 90110

## หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง** : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต  
 (The Effect of Informational and Emotional Support Program on Stress of Caregivers in Caring for Patients with Traumatic Brain Injury in Critical Period)
- หัวหน้าโครงการ** : นางสุมาลี สวัสดิ์ดิโนนาท
- ภาคีวิจัย/คณะ** : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอนุกรรมการจริยธรรมด้านวิจัยเกี่ยวกับบริบาลผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจ และสังคมศาสตร์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2554

.....ประธานอนุกรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีระพล จันทร์ดีying)  
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย

## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ฐากร เอี้ยวสกุล      ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ      ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางภิณฉัตร นิมิตพันธ์      หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะ  
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสุมาลี สวัสดิ์ดิโนนาท		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5110421081		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2549	

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับ 4 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา