

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล

รุ่งราวรรณ บัวชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

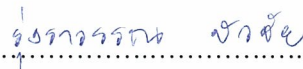
พ.ศ. 2553


ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล


วิทยานิพนธ์

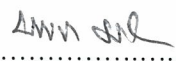
เรื่อง


ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล


.....
นางรุ่งรารวรรณ บัวชัย
ผู้วิจัย


.....
อาจารย์ศุภร วงศ์วาทัญญู,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ อารีเอื้อ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....
รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย
บาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2553

รุ่งอรุณ บัวชัย

นางรุ่งอรุณ บัวชัย

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ราพร เกศพิชญพัฒนา,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ไปราชการต่างประเทศ)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ อารีเอื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ศุภกร วงศ์วัญญู,

Ph.D. (Nursing)

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน, พ.บ.

คณบดี

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. ศุภร วงศ์ทัตญญู ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา พร้อมกันนี้ขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์ ดร. युพาพิน ศิริโพธิ์งาม และรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่สนับสนุนให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วย และญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาเข้าร่วมงานวิจัย ช่วยให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนถึงเพื่อนนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้กำลังใจและสนับสนุน การศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณวัชรินทร์ บัวชัย ที่ช่วยดูแลบุตรทั้ง 3 คนเป็นอย่างดี และคุณรัศพร ได้ช่วยญาติที่ให้ความช่วยเหลือด้านคอมพิวเตอร์ รวมถึงครอบครัวบัวชัยทั้งเด็กชายวัชรพล บัวชัย เด็กหญิงพรชญาธิ์ บัวชัย และเด็กชายอธิภูมิเพชร บัวชัย ที่เป็นกำลังใจมาโดยตลอด และคุณประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขอมอบแต่คุณอาจารย์ และครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกท่าน

รุ่งราวรรณ บัวชัย

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล

THE NEEDS AND RESPONSES TO NEEDS AS PERCEIVED BY THE FAMILY MEMBERS OF HOSPITALIZED TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

รุ่งรวรรณ บัวชัย 4837044 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ศุภร วงศ์ทัตญญ, Ph.D. (Nursing), สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะพักรักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะพักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทจำนวน 93 รายของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่แปลและดัดแปลงจากแบบสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter) ในส่วนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วย โดยแบ่งความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ตามการศึกษาของดาลี (Daley) ทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.31, S.D. = 0.38$) โดยความต้องการรายด้านที่มีความสำคัญอันดับแรกคือ ด้านข้อมูล ($\bar{X} = 3.72, S.D. = 0.36$) รองลงมาคือ ด้านการลดความวิตกกังวล ($\bar{X} = 3.67, S.D. = 0.35$) และลำดับสุดท้ายคือ ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.80, S.D. = 0.64$) การได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72, S.D. = 0.45$) โดยความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.06, S.D. = 0.58$) รองลงมาคือ ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.00, S.D. = 0.58$) และอันดับสุดท้ายคือ ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.41, S.D. = 0.56$) และพบว่า ความความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งรายด้านและโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.000

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้นยังมีความแตกต่างกัน โดยระดับความต้องการสูงกว่าระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการ ดังนั้นพยาบาลควรนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลดีต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : ความต้องการ/ การได้รับการตอบสนองความต้องการ / ผู้ดูแล / บาดเจ็บที่สมอง

THE NEEDS AND RESPONSES TO NEEDS AS PERCEIVED BY THE FAMILY MEMBERS OF HOSPITALIZED TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

RUNGRAWAN BUACHAI 4837044 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, Ph.D. (NURSING),
SUPARB AREEUE, Ph.D. (NURSING)**ABSTRACT**

The objectives of this descriptive study were to investigate and compare the needs and responses to needs of family members during hospitalization. The sample group consisted of 93 family members of traumatic brain injury patients in three Bangkok hospitals: Ramathibodi Hospital, Medical Faculty, Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital, and Nopparat Rajathane Hospital. The needs and responses to needs were assessed by using the Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) which was first developed by Molter, and was divided into six major needs by Daley. The reliability of the two measures by Cronbach's alpha coefficient were .91 and .92 respectively. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and t-test.

The findings of this study show that total scores of needs among family members were at a high level ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.38), the most important need was to obtain information ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.36), and secondly to reduce anxiety ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.35); the least important need was for support and ventilation ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.64). Total scores of response to needs among family members were at moderate levels ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.45), the most reported response to needs was the need to be helpful to the patients ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.58), the second was to be with the patients ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.58), and the least reported was support and ventilation ($\bar{X} = 2.41$, S.D. = 0.56). A comparison indicated that the needs and responses to needs were statistically different both by group of needs and overall needs ($p = .000$).

The findings of this study indicate that the needs of the family members and response to those needs as perceived by the family members are significantly different. The levels of the needs among family members were higher than the levels of response to those needs. Therefore, nurses should be encouraged to incorporate a family needs assessment in the nursing care plan corresponding to the needs of family members during hospitalization. This will support family members in encouraging the patients, which will help patients progress and recover sooner.

**KEY WORDS: NEEDS / RESPONSES TO NEEDS / FAMILY CAREGIVER /
TRAUMATIC BRAIN INJURY**

150 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
การบาดเจ็บที่สมอง	11
ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว	22
ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	43
สถานที่เก็บข้อมูล	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	55
ส่วนที่ 2 ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	60
ส่วนที่ 3 การได้รับการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง	62
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	63
บทที่ 5 การอภิปรายผล	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	77
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	79
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	81
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	104
บรรณานุกรม	122
ภาคผนวก	133
ประวัติผู้วิจัย	150

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในปี พ.ศ. 2549	44
2	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	56
3	จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	58
4	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความต้องการรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 10 อันดับแรก	61
5	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการรายชื่อ ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 10 อันดับแรก	63
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	64
7	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรายชื่อของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเรียงตามลำดับความสำคัญ และคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ	147

สารบัญรูปร่าง

รูปภาพ		หน้า
1	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	75
2	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนอง ความต้องการรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	76

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) หรือ บาดเจ็บศีรษะ (Cranio-cerebral trauma, head injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกเนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต และทำให้มีจำนวนผู้พิการจากการบาดเจ็บที่สมองเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บที่สมองจำนวน 500,000 คน เสียชีวิตประมาณ 50,000 คนต่อปี (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003) ซึ่งร้อยละ 80 เป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและต้องรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (Narayan, Michel, Ansell, et al., 2002) โดยมีการเสียชีวิตทันทีที่เกิดเหตุ ไม่ได้นำส่งโรงพยาบาลร้อยละ 16.9 และเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ขณะพักรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 5.6 (Thurman, Alverson, Dunn, Guerrero, & Sniezek, 1999) ในกลุ่มผู้รอดชีวิตพบว่ามีความพิการจากการบาดเจ็บที่สมองปีละ 80,000 ถึง 90,000 คน (Barker, 2002; Thurman, et al., 1999) สำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรมากที่สุด (วิชัย วงศ์ชนะภัย, สมบูรณ์, ชรรณเถลิงกิจ, อรทัย ศุภมงคล, วรณชอุยประเสริฐกุล และสมชาย ผลเอี่ยมเอก, 2545) ซึ่งการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรยังคงเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (Kraus & McArthur, 2006: 3; วนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, 2549) แม้ว่าจะขาดข้อมูลทางสถิติของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อัตราตาย ความพิการหลังบาดเจ็บสมองในภาพรวมของประเทศ แต่จากข้อมูลของเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัดของโรงพยาบาล 28 แห่ง ปี พ.ศ.2546 (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) พบว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทั้งหมด 153,837 ราย เสียชีวิต 9,374 ราย โดยร้อยละ 78.7 เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บที่สมองเป็นการบาดเจ็บที่อันตรายมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่สำคัญ เป็นระบบประสาทส่วนกลางซึ่ง

ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะในบางระบบที่ทำให้หน้าที่เกี่ยวกับการมีชีวิตอันได้แก่ การหายใจและการไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้ยังควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ การปรับคูลของร่างกาย การรับความรู้สึก การเรียนรู้ การจดจำ การถ่ายถอด การใช้ภาษา สติปัญญา หน้าที่อัตโนมัติต่างๆของร่างกาย ผลจากการบาดเจ็บที่สมองทำให้สมองเกิดการสูญเสียหน้าที่ส่งผลให้บุคคลมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านการรู้คิด (cognitive impairment) ความบกพร่องทางด้านร่างกาย (physical impairment) และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Namerow, 1987) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางความสามารถทางด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม (Barker, 2002) ผลที่เกิดตามมาหลังการบาดเจ็บทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10-19.6 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549; อภิชาติ วชิรพันธ์, จำเริญ วัฒนศรีสิน, กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์, สราวุธ โรจน์วัชรนนท์ และกาญจน์ ชวนแหล, 2542) ผู้ป่วยมักได้รับผลกระทบจาก “กลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บที่สมอง” (Post traumatic syndrome หรือ Post concussion syndrome) มีปัญหาทางร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ มีใบหน้าอัมพาตครึ่งซีก (Facial nerve paralysis, facial palsy) มีปัญหาการได้ยิน (hearing loss) มีความสามารถในการมองเห็นลดลงจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับประสาทตาคู่ที่ 2 (Optic nerve injury) มีอาการชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง (Post traumatic epilepsy) (ฉวีวรรณ วรรณทนนะ, 2546; สมทรง บุตรชิวัน, 2550; อาภาพรณ นามอาษา, 2545) ซึ่งผลที่เกิดตามหลังจากการบาดเจ็บเหล่านี้ มีผลกระทบต่อความสามารถในการกลับไปทำงานหรือการเรียน (Naalt, Zomeren, Sluier, & Mindehoud, 1999; สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Koskinen, 1998)

ผลจากการบาดเจ็บสมองไม่เพียงกระทบกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวด้วย (Fawcett, 1975; McClowry, 1992) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอนหลับ เปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารและชนิดอาหาร การทำกิจกรรม บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในครอบครัว (Halm, Titler, Kleiber, et al., 1993; Horn & Tesh, 2000) ส่วนผลกระทบในระยะยาว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000) มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว (Koskinen, 1998) โดยเฉพาะความพิการหรือความบกพร่องที่หลงเหลือ (Acorn & Roberts, 1992; นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544) ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูที่ยาวนานและมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระทางการเงิน (Kosciulex, 1997) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวมาก่อนจะ

ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความท้อแท้สิ้นหวังและก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น (Acom & Roberts, 1992)

ความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้นในทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะใน ระยะแรกหรือระยะเฉียบพลันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีใครคาดคิดมาก่อน ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิต (Horn & Tesh, 2000) เป็นภาวะวิกฤต (Situational crisis) ที่มีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Acom, 1995; Doherty, Plowfield, Ware, & West, 1999; Kosciulex, 1997) ผู้ป่วยมักจะมีภาวะวิกฤตทางระบบประสาท (neurological crisis) ที่ต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด (Plowfield, 1999) ส่วนสมาชิกในครอบครัวมี โอกาสที่จะเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์และจิตใจได้ (นิตยา จรัสแสง, 2547) เพราะต้องเผชิญกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพภายหลังจากการบาดเจ็บหรือการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง ผล สืบเนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งมีอันตรายที่อาจก่อให้เกิดความพิการ หรือสูญเสียชีวิตได้ อีกทั้งการไม่มีเวลาเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ทำให้มีผลกระทบต่อ จิตใจของสมาชิกในครอบครัวอย่างรุนแรง (กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546; สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2535) ย่อมก่อให้เกิดความเครียด (Youngblut, Brooten, & kuluz, 2005; นริรัตน์ นิลขำ, 2548) และ ความวิตกกังวล (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999; อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538).

นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับผลสืบเนื่องจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาล อันได้แก่ ความไม่คุ้นเคยในเรื่องของสถานที่ สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์การแพทย์ กฎระเบียบ การสื่อสารของบุคลากรการแพทย์ สภาพอากาศ ผู้ป่วยและอาการแสดงของผู้ป่วยโดยเฉพาะพฤติกรรมรับรู้และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Youngblut, et al., 2005) เช่น การไม่รู้สึกรู้สึกลับสนุ่นวายเอะอะโวยวายก้าวร้าว เป็นต้น ตลอดจน จนถึงกิจกรรมการรักษาต่างๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผูกยึด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหา เศรษฐกิจที่ตามมา (Doherty, et al., 1999) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และการดำเนิน ชีวิตประจำวัน สมาชิกในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจะอยู่ในภาวะเคืองคว้าง (Hovering) (Jamerson, Scheibmeier, Bott, Crighton, Hinton, & Kuckelman, 1996) ไม่สามารถควบคุม สถานการณ์ได้และอาจเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดหวัง และหมดพลังอำนาจ (Hickey, 1996) มักไม่สามารถจัดการและหาแหล่งประ โยชน์ที่ต้องการในการเผชิญปัญหาได้ อาจพบ พฤติกรรมตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (Halm, et al., 1993) ระยะนี้พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวในเชิงลบ (maladaptation) ถึง 12% (กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) และก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิต (life

crisis) ถึง 70% (Horn & Tesh, 2000) หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือจัดการก็จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางจิตใจ สมาชิกในครอบครัวก็จะไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ที่เคยเป็นอยู่ในภาวะปกติสมดุลและไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยได้ (อารีย์ บุญบรรวรรตกุล, 2538) จึงต้องการความช่วยเหลือและเกิดความต้องการเพื่อกองไว้ซึ่งภาวะสมดุลของสมาชิกในครอบครัว

การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวเพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล และป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ มีวิธีการช่วยเหลือโดยต้องทราบความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และให้การพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถ้าหากความต้องการได้รับการตอบสนองได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงและเพียงพอ จะมีผลทำให้ช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความพึงพอใจ (Aimin, 1999; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006; คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540; นาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2540; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สมคิด ปานประเสริฐ, 2547; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) การได้รับการตอบสนองความต้องการมีผลให้ความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ (สัมพันธ์ หิญาธีระนันท์, 2541) สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548; อรุณรัตน์ โยชินวัฒนบำรุง, 2548) และช่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ (นิตยา จรัสแสง, 2547) สามารถคงความสมดุลในการดำรงชีวิตโดยรวมได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เป็นกำลังใจและเป็นแรงสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้ (Halm, 1992) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การดูแลและใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลการศึกษาค้นคว้าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความหลากหลาย ความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการยังไม่สอดคล้องกัน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรวรรตกุล, 2538) การรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความแตกต่างกัน (Bijttebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001; Forrester, Murphy, Price, & Monaghan, 1990; Kosco & Warren, 2000; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; Norris & Grove, 1986; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Gryphonck, 2005; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) นอกจากนี้การบาดเจ็บที่สมองมีความรุนแรงต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่พักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นกลุ่มเสี่ยง (high risk) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บศีรษะทุติยภูมิ (secondary brain injury) ได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการแตกต่างจากความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมอง (Engli & Farmer, 1993; Mathis, 1984) โดยที่ในระยะเฉียบพลันของการบาดเจ็บที่สมองนั้นผู้ป่วยพักรักษาทั้งในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไป (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) ซึ่งหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะอุปกรณ์ สภาพแวดล้อม และเวลาเยี่ยม ซึ่งมีผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว (อารีย์ บุญบรรทัด นกุล, 2538; Youngblut, et al., 2005) แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงในหอผู้ป่วยหนัก และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยภาวะวิกฤตบาดเจ็บที่สมองและกลุ่มผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมอง สำหรับการศึกษาในหอผู้ป่วยทั่วไปนั้นมีน้อยและยังขาดการศึกษาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด การที่จะนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เหมาะสม ถึงแม้จะมีผลการวิจัยในต่างประเทศมาเปรียบเทียบหรือประยุกต์ใช้ อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างจากครอบครัวไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปในกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทุกระดับความรุนแรง ทั้งการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย การบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลาง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ตลอดจนนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้อาศัยแนวคิดระบบครอบครัว (Fawcett, 1975) และแนวคิดการประเมินความต้องการของดาลี (Daley, 1984) โดยครอบครัวเป็นระบบเปิดที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร พลังงาน และแหล่งประโยชน์ กับสิ่งแวดล้อม และมีข้อมูลย้อนกลับ หลังจากมีการแลกเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อมแล้ว สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีตำแหน่งและบทบาทที่ต้องกระทำ เพื่อคงภาวะสมดุลของระบบครอบครัวไว้ และทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ต่อไปได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บที่สมอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆได้รับผลกระทบนี้ด้วย โดยสมาชิกในครอบครัวจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ทำให้

ขาดความสมดุล จึงเกิดความต้องการต่างๆมากมาย โดยความต้องการที่เกิดขึ้นแบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านการลดความวิตกกังวล ด้านข้อมูล ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก และด้านส่วนบุคคล ซึ่งถ้าหากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและต้องการความช่วยเหลือ แต่ถ้าความต้องการได้รับการตอบสนองที่เพียงพอและมีความสอดคล้องกันจะมีผลช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลและความเครียดลดลง และสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น อันเป็นผลลัพธ์ของการรักษาสมดุลของสมาชิกในครอบครัวทำให้ระบบครอบครัวเข้าสู่ภาวะสมดุล สามารถทำหน้าที่ให้กำลังใจช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนการฟื้นฟูของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป
2. เพื่อศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป

คำถามในการวิจัย

1. ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปเป็นอย่างไร
2. การได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปเป็นอย่างไร
3. ความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกันหรือไม่ และอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกที่พักรักษาในโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยทั่วไปซึ่งรับผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองไว้ในความดูแลในโรงพยาบาลของรัฐบาล 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

นิยามตัวแปร

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง ความประสงค์ของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันในระยะแรกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทั่วไป ในการได้รับทราบข้อมูล การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ประเมินโดยใช้แบบสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของ (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) (Molter, 1979) ฉบับที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยของอารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) ซึ่งมีข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามถึงการมีความสำคัญหรือไม่มีความสำคัญ ค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความสำคัญสูง แสดงว่า มีความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยจัดหมวดหมู่ความต้องการตามแนวคิดของดาลี (Daley) เป็น 6 ด้านดังนี้

1. ความต้องการลดความวิตกกังวล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่จะได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับความสมดุลของจิตใจ เกิดความสบายใจ สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดตามมาหลังการบาดเจ็บที่สมองและสามารถปรับตัวได้ ได้แก่ ต้องการรู้สึกมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และไว้วางใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยเมื่อญาติไม่ได้อยู่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ต้องการให้โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้านและรับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ต้องการทราบแผนการรักษาและการทำงานโยธา นอกจากนี้ยังต้องการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก

2. ความต้องการข้อมูล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเกี่ยวกับการได้รับข่าวสาร คำอธิบาย ชี้แจงเหตุผลและให้คำแนะนำด้วยภาษาที่ง่ายต่อการ

เข้าใจ ถูกต้องชัดเจน และตรงตามความเป็นจริง ในเรื่องอาการของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาล ที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล ประเภทของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล ต้องการทราบว่าจะถามข้อมูลเรื่องใด กับเจ้าหน้าที่คนใด ต้องการพูดคุยกับแพทย์ทุกวันและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง นอกจากนี้ยังต้องการโทรศัพท์สอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ และให้โทรศัพท์ไปแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในการที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ฝ้าดูสภาพอาการ โดยการเข้าไปเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ๆภายในหอผู้ป่วย หรือรออยู่ที่ที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกเวลา เข้าไปดูผู้ป่วยได้บ่อยๆ ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา เปลี่ยนแปลงเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น และมีที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย

4. ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพภายในขอบเขตที่ได้รับอนุญาต และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย

5. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสมจากบุคลากรในทีมสุขภาพหรือบุคคลอื่นๆที่ไม่ใช่บุคลากรในทีมสุขภาพ ในเรื่องของการมีคนอยู่เป็นเพื่อน ใกล้ๆคอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือเมื่อเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ต้องการมีผู้รับฟังการระบายความรู้สึกวิตกกังวลและมีโอกาสแสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่เช่นการร้องไห้ ต้องการได้พูดคุยกับพยาบาลคนเดิมทุกวัน ต้องการได้พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกผิดของตนเองและอันตรายที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย ต้องการได้รับการอนุญาตให้พระมาเยี่ยมผู้ป่วยหรือทำพิธีกรรมตามความเชื่อและรับทราบว่า จะทำพิธีกรรมทางศาสนาอะไรได้บ้างขณะอยู่โรงพยาบาล และต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

6. ความต้องการส่วนบุคคล หมายถึง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในการที่จะได้รับการช่วยเหลือปัญหาต่างๆและได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลจากบุคลากรในทีมสุขภาพและโรงพยาบาล โดยเฉพาะความต้องการพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และคงความสามารถในการทำหน้าที่ในครอบครัว ความต้องการเหล่านั้น ได้แก่ ได้อยู่คนเดียวบ้างบางเวลา มีโทรศัพท์ใกล้ที่พักรอเยี่ยม มีอาหารดีๆ

ชายในโรงพยาบาล มีห้องน้ำอยู่ใกล้ๆที่พักรอเยี่ยม มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม มีสถานที่อยู่ตามลำพังขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล มีคนให้ความช่วยเหลือปัญหาการเงิน ได้รับการบอกเล่าหรือแนะนำถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาต่างๆเกิดขึ้น ได้รับการบอกเล่าแนะนำถึงบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือปัญหาครอบครัว และต้องการมีคนสนใจสุขภาพของญาติบ้าง

การได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในเรื่องการได้รับการช่วยเหลือโดยการตอบสนองตามความประสงค์ในด้านข้อมูล ด้านการลดความวิตกกังวล ด้านการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก และด้านส่วนบุคคล ทั้งจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทั่วไปหรือจากบุคคลอื่นๆ ประเมินโดยใช้แบบสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) (Molter, 1979) ฉบับที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยของอารีย์ บุญบวรรัตนกุล (2538) ซึ่งมีข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามถึงการได้รับหรือไม่ได้รับการตอบสนอง ถ้าค่าเฉลี่ยคะแนนมาก แสดงว่า ได้รับการตอบสนองมาก

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ มารดา บิดา บุตร พี่ หรือน้อง ซึ่งมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย รวมถึงตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากผลของความเจ็บป่วย ซึ่งมาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมองในระยะแรกพักรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป และเปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมองในระยะแรกพักรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่สมอง

- 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง
- 1.2 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่สมองและชนิดของการบาดเจ็บที่สมอง
- 1.3 ระดับความรุนแรงและผลของการบาดเจ็บที่สมอง
- 1.4 การรักษาการบาดเจ็บที่สมอง
- 1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อผู้ป่วย

2. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว

- 2.1 แนวความคิดเกี่ยวกับครอบครัว
- 2.2 ผลกระทบระยะเฉียบพลันต่อสมาชิกในครอบครัว
- 2.3 ผลกระทบระยะยาวต่อสมาชิกในครอบครัว

3. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

- 3.1 ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
- 3.2 การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

บาดเจ็บที่สมอง

1. บาดเจ็บที่สมอง

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่สมอง

บาดเจ็บที่สมองบางตำราเรียกการบาดเจ็บเฉพาะต่อสมองว่า Traumatic Brain Injury หรือ บางตำรามักเรียกรวมๆเป็น บาดเจ็บศีรษะ (head injury, Craniocerebral trauma) (Hickey & Cook, 2003) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บที่สมองไว้ดังนี้

Barker (2002) กล่าวว่า การบาดเจ็บสมอง คือ การบาดเจ็บที่เป็นผลให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม

Hickey (1997) ให้ความหมายของ บาดเจ็บสมองว่า หมายถึง เป็นผลกระทบจากการบาดเจ็บหรือจากการที่ศีรษะถูกกระทบโดยฉับพลันทันที ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวก่อให้เกิดการทำลายสมอง 2 แบบ คือ สมองช้ำ (contusion) ซึ่งจะให้มีเลือดออก (hemorrhage) ซึ่มหรือคั่งในสมองและเกิดการบาดเจ็บทั่วๆ ไปต่อเนื้อสมองส่วนสีขาว (diffused white matter injury) มีการยืดอย่างรุนแรงหรือฉีกขาดของแอกซอน (axon)

Hickey & Cook (2003) ให้ความหมายของบาดเจ็บศีรษะ (Head injury, Craniocerebral trauma) ว่าเป็นการบาดเจ็บ ซึ่งไม่ได้เกิดจากความเสื่อมตามวัยหรือไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดแต่มีแรงกระทำจากภายนอกทำให้มีการบาดเจ็บต่อ หนังศีรษะ กะโหลก ฐานกะโหลก สมองและประสาทสมอง หลังได้รับบาดเจ็บอาจหมดสติหรือไม่หมดสติก็ได้ ผลจากการบาดเจ็บทำให้การทำหน้าที่ทั้งทางร่างกาย ความรู้คิดและเซาว์ปัญญาบกพร่อง ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหลังบาดเจ็บหรืออาจเป็นความพิการอย่างถาวร

Jennet & Teasdale (1981) ได้อธิบายลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองว่า มีลักษณะดังนี้คือ มีประวัติถูกกระทบกระแทกที่ศีรษะ สมองมีการชอกช้ำ เลือดออก ฉีกขาด และมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหลังจากได้รับบาดเจ็บ

สรุปได้ว่าบาดเจ็บที่ศีรษะหรือบาดเจ็บที่สมองเกิดจากการได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากกระทบศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลก และสมอง ซึ่งผลจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม (Testani-Dufour, Chappel-Aiken, & Gueldner, 1992; Namerow, 1987) ผลจากการบาดเจ็บทำให้เกิดพยาธิสภาพตามมาภายหลังการบาดเจ็บ

1.2 พยาธิสภาพและชนิดของการบาดเจ็บที่สมอง

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่สมอง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่สมองอธิบายตามลักษณะที่เกิดเป็น 2 ระยะ (จเร ผลประเสริฐ, 2541) ดังนี้คือ

1.2.1 การบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (primary brain injury) จะเกิดขึ้นทันทีที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้เกิดการฟกช้ำต่อเนื้อสมอง เกิดการฉีกขาดหรือเลือดออก อาจแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น อาจเป็นชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเกิดร่วมกันก็ได้ คือ การบาดเจ็บสมองเฉพาะที่ (local brain damage) หมายถึง การบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บอาจเกิดจากการถลอกหรือการชอกช้ำ อาการอาจพบเพียงมีเลือดออกเล็กน้อยใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นเพีย (pia mater) หรือเลือดออกอาจรุนแรงขยายเข้าไปกดเนื้อสมองทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมองโดยรอบ และเนื้อสมองบวมได้ ชนิดที่สอง คือ การบาดเจ็บที่ขั้วสมอง (polar brain damage) เกิดจากแรงซึ่งทำให้เนื้อสมองเกิดการเคลื่อนที่ภายในกะโหลกศีรษะ เมื่อเกิดการเคลื่อนที่แล้วหยุดลงทันทีทันใด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจเกิดได้ในหลายตำแหน่งของสมอง ชนิดสุดท้าย คือ การบาดเจ็บแบบกระจาย (diffused brain damage) เกิดจากการเสียดสีทำให้เกิดการฉีกขาดของแอกซอน (axon) จำนวนมาก อาจพบหรือไม่พบว่ามีการทำลายเฉพาะที่ ผู้ป่วยอยู่ในระยะหมดสติชนิดลึก (deeply comatose state) ตอบสนองต่อการกระตุ้นการเจ็บปวดและพบมีการเหยียดแขนขาในลักษณะที่ผิดปกติ และผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (vegetative state) การบาดเจ็บแบบกระจายนี้พบได้บ่อยประมาณ 40% ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีอาการไม่รู้สึกรู้ตัว (coma)

1.2.2 การบาดเจ็บศีรษะทุติยภูมิ (secondary brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายหลังจากการบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ เช่น การเกิดก้อนเลือดในภายใต้กะโหลกศีรษะ สมองบวม สมองขาดเลือด (จเร ผลประเสริฐ, 2541) นอกจากนี้บางสภาวะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บในระยะที่ 2 ได้อีก เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง ความดันโลหิตต่ำ (Hudak, gallo, & Morton, 1998) ความดันโลหิตสูง (Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) การเคลื่อนที่ของเนื้อสมองภายในกะโหลกศีรษะ (brain herniation) (Chipps, Clanin, & Campbell, 1992) ปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะส่งผลให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (Thelan, et al., 1998) ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง อาจฟื้นสภาพได้ภายหลังจากการบาดเจ็บในระยะแรก แต่อาจเกิดอาการทรุดหนักลง หรือเสียชีวิตได้ในกรณีที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเกิดภาวะการบาดเจ็บในระยะที่ 2 ตามมา ถ้าสามารถให้การวินิจฉัยและรักษาได้ทันที่อาจป้องกันการเกิดการบาดเจ็บในระยะที่ 2 ได้ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

ชนิดของการบาดเจ็บที่สมอง การบาดเจ็บที่สมองแบ่งได้หลายชนิดได้แก่

การแตกของกะโหลกศีรษะ (skull fractures) อาจเป็นได้ทั้งแบบแตกเป็นเส้นหรือแตกร้าว (linear) แตกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อย (comminuted) หรือแตกยุบ (depressed) อาจส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา (dura mater) การแตกของฐานกะโหลก (basal skull fracture) ส่วนใหญ่มักเกิดจากการแตกแบบเป็นเส้น และมักพบว่ามีอาการฉีกขาดของเยื่อชั้นดิวรา เนื่องจากผิวหนังในของฐานกะโหลกจะคม ขรุขระ และแข็ง เมื่อเกิดการกระแทกจึงทำให้เยื่อชั้นดิวราหรือเนื้อสมองบริเวณนั้นเกิดการฉีกขาดได้ การแตกของฐานกะโหลกในบริเวณแอ่งกะโหลกหน้า (anterior fossa) จะตรวจพบอาการเขียวช้ำรอบดวงตา (raccoon's sign หรือ periorbital ecchymosis) น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังรั่วออกมาทางจมูก (rhinorrhea) ประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลูกตาถูกทำลาย ส่วนการแตกของฐานกะโหลกในบริเวณแอ่งกะโหลกส่วนกลาง (middle fossa) จะพบอาการเขียวช้ำบริเวณเหนือกระดูกมาสตอยด์ (mastoid bone) (Battle's sign) เกิดการทำลายของประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณหน้า ประสาทการได้ยินและการทรงตัว และพบมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังรั่วออกมาจากหู (otorrhea) (Walleck & Mooney, 1994)

สมองกระทบกระเทือน (Cerebral Concussion) เป็นการบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย เป็นสภาวะที่สมองไม่มีพยาธิสภาพให้เห็นด้วยตาเปล่า (จร ผลประเสริฐ, 2541) อาจมีเพียงอาการสับสนและหลงลืม (confusion and amnesia) หรือหมดสติเป็นระยะเวลาสั้นๆตั้งแต่เป็นวินาทีถึงหนึ่งชั่วโมง เมื่อฟื้นแล้วตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ จำเหตุการณ์ไม่ได้ หรือเหนื่อยล้า อาการเหล่านี้อาจคงอยู่เป็นเวลานานเรียกว่า post concussion syndrome สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติหมดสติตั้งแต่ 5 นาทีขึ้นไป ควรจะเข้าไปโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Thelan, et al., 1998)

สมองช้ำ (Cerebral contusion) เป็นสภาวะที่สมองมีการชอกช้ำ บวม และมีเลือดออกเป็นจุดๆ อาจพบแห่งเดียวหรือหลายแห่ง และมีขนาดต่างๆกัน เป็นการบาดเจ็บของสมองที่รุนแรงสามารถพบได้ในตำแหน่งที่ถูกกระแทกโดยตรง (coup) หรืออาจพบได้อีกในบริเวณสมองด้านตรงข้าม (contrecoup) เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวนៃของเนื้อสมองที่อยู่ภายใน อาการที่แสดงออกมามีขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดการชอกช้ำ ซึ่งการชอกช้ำของเนื้อสมองอาจเป็นเพียงจุดเล็กๆ แต่อาจเกิดอาการมากขึ้นได้ภายใน 2-3 วันต่อมา เนื่องจากมีการบวมหรือมีเลือดออกกลายเป็นก้อนเลือด ทำให้มีการกดเบียดเนื้อสมอง (mass effect) ส่งผลให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ (Thelan, et al., 1998) และอาจทำให้เกิดมีการเคลื่อนที่ของเนื้อสมองภายในกะโหลกศีรษะ (brain herniation) และมีการกดบริเวณก้านสมอง (brainstem compression) ตามมา

ก้อนเลือด (hematoma) เกิดจากการบาดเจ็บ แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ ก้อนเลือดที่ออกภายในกะโหลกศีรษะเหนือชั้น dura (epidural hematoma) ก้อนเลือดที่ออกใต้ชั้น dura (subdural hematoma, SDH) และก้อนเลือดที่ออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) ก้อนเลือดเหนือชั้น dura มักพบเกิดจากการแตกของกะโหลกร่วมกับการฉีกขาดของหลอดเลือด middle meningeal artery ทำให้เกิดอาการแสดงที่เฉพาะคือ ผู้ป่วยหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่งหลังบาดเจ็บศีรษะ ต่อมาฟื้นคืนสติเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน แล้วจึงค่อยๆ ซึมลงจนหมดสติอีก ม่านตาข้างเดียวกับสมองที่ได้รับบาดเจ็บขยายโต และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง (Thelan, et al., 1998) ก้อนเลือดที่ออกใต้ชั้น dura นั้นเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำบริดจิง (bridging veins) ที่อยู่ระหว่างเนื้อสมองและเยื่อ dura ซึ่งแบ่งตามระยะเวลาของอาการและอาการแสดงได้เป็น 3 ชนิด คือ ระยะเฉียบพลัน (acute SDH) จะแสดงอาการภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการบาดเจ็บ ชนิดที่ 2 เป็นชนิดกึ่งเฉียบพลัน (subacute SDH) จะพบอาการแสดงภายใน 2 วันถึง 2 สัปดาห์หลังได้รับการบาดเจ็บ และสุดท้ายเป็นชนิดเรื้อรัง (chronic SDH) จะแสดงอาการประมาณ 2 สัปดาห์หรือมากกว่าภายหลังจากบาดเจ็บ ก้อนเลือดที่ออกใต้ชั้น dura ชนิดเรื้อรังมักพบในผู้สูงอายุหรือผู้ใหญ่ตอนปลายที่มีประวัติดื่มสุรามานาน หรือได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ส่วนก้อนเลือดที่ออกในเนื้อสมอง มักเกิดขึ้นเมื่อมีการแตกของกะโหลกศีรษะ ถูกยิงหรือถูกแทงด้วยของมีคม หรือเกิดจากการเคลื่อนไหวของเนื้อสมองจากแรงกระแทก การบาดเจ็บชนิดนี้จะขยายตัวออกได้เป็นบริเวณกว้างเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิต การวินิจฉัยได้เร็วและผ่าตัดทันจะช่วยผู้ป่วยให้หายเป็นปกติได้แต่ถ้าวินิจฉัยและรักษาช้าจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถให้พูดคุยและให้ประวัติตัวเองได้ในระยะแรกแต่อาจเสียชีวิตได้ถ้ารักษาไม่ทัน บางครั้งจึงเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า “talk and die หรือ talk and deteriorate” (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546)

1.3 ระดับความรุนแรงและผลของการบาดเจ็บที่สมอง

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง สามารถประเมินได้หลายวิธี แต่วิธีที่สะดวกสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็วและเป็นที่ยอมรับใช้กันโดยทั่วไป คือ แบบประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) โดย Teasdale & Jennett (Teasdale & Jennett, 1974) เป็นแบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยประเมินจากพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การลืมตา (eye opening) การพูด (verbal response) การเคลื่อนไหว (motor response) แบบประเมินนี้มีคะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน ซึ่งจะบอกได้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองและผลของการบาดเจ็บที่สมองดังนี้

การบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย (Minor or mild traumatic brain injury) มีค่า Glasgow Coma Scale (GCS) 13 -15 คะแนน พบได้บ่อยที่สุดคือ ร้อยละ 80 ของการบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด (จาตุรงค์ เทพาคูดี และนครชัย เฟื่อนปฐม, 2542; Narayan, et al., 2002) ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เอง หรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อย หรือสับสนเป็นบางครั้ง การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย มีช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัว (loss of conscious, LOC) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที และมีระยะเวลาของการหลงลืม (post-traumatic amnesia, PTA) น้อยกว่า 24 ชั่วโมง อาจมีการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมด้วยซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 5 และมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดร้อยละ 3 (นครชัย เฟื่อนปฐม, 2546: 437-439) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีอาการหลังการบาดเจ็บสมอง (Post-traumatic syndrome หรือ Post-concussion syndrome) พบได้มากกว่าร้อยละ 50 อาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดศีรษะ (headach) มึนงง (dizziness) (ชนภรณ์ เปรมสัย, 2546) หงุดหงิด (irritability) เมื่อยล้า (fatigue) วิตกกังวล (anxiety) นอนไม่หลับ (insomnia) สูญเสียสมาธิและความจำ (loss of concentration and memory) และไวต่อเสียง (noise sensitivity) (Evans, 2006: 97) ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อตรวจทางระบบประสาทจะปกติแต่ทดสอบทางจิตประสาทวิทยา (neuropsychological test) จะมีปัญหาในเรื่องสมาธิ ความจำ และการตัดสินใจ เมื่อศึกษาติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 213 คน พบว่าสามารถกลับเข้าทำงาน (return to work) ได้ตามปกติที่ระยะ 1, 6, 12, 24 เดือน มีร้อยละ 25, 63, 80, 83 ตามลำดับ (Dikmen, Temkin, Machamer, et al., 1994 cite in Evans, 2006: 115) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Koskinen, 1998)

การบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลาง (Moderate traumatic brain injury) มีค่า Glasgow Coma Scale (GCS) 9 - 12 คะแนน พบได้ 10 % ของการบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด (จาตุรงค์ เทพาคูดี และนครชัย เฟื่อนปฐม, 2542; Narayan, et al., 2002) ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่ง หรือตอบคำถามง่ายๆ ได้ถูกต้องโดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลง อาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด มีช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัว (LOC) มากกว่า 30 นาที แต่ น้อยกว่า 24 ชั่วโมง และมีระยะเวลาของการหลงลืม (PTA) ตั้งแต่ 1 วัน แต่ไม่เกิน 7 วัน อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย

การบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง (Severe traumatic brain injury) มีค่า Glasgow Coma Scale (GCS) 3 -8 คะแนน พบได้น้อยที่สุด คิดเป็น 10% ของการบาดเจ็บศีรษะทั้งหมด (จาตุรงค์ เทพาคูดี และนครชัย เฟื่อนปฐม, 2542; Narayan, et al., 2002) ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความ

เจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติหรือไม่เคลื่อนไหวเลย มีช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัว (LOC) มากกว่า 24 ชั่วโมง และมีระยะเวลาของการหลงลืม (PTA)มากกว่า 7 วันขึ้นไป การบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงมักพบมีการชอกช้ำลักษณะของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดภายใต้กะโหลกศีรษะ หรือในสมองร่วมด้วย เมื่อศึกษาติดตามในผู้บาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและระดับรุนแรงจำนวน 186 คน พบว่า มีเพียงร้อยละ 27 ที่สามารถกลับไปทำงานได้ใน 1 ถึง 2 ปีต่อมา ร้อยละ 34 สามารถกลับไปทำงานได้ใน 3 ปีต่อมา และ ร้อยละ 39 กลายเป็นผู้ไม่มีงานทำใน 3 ปีต่อมา (Kreutzer, Marwitz, Walker, et al., 2003)

ในประเทศไทยจากการศึกษาของสุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) พบว่าในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 418 ราย มีการบาดเจ็บระดับรุนแรงร้อยละ 63.4 บาดเจ็บระดับปานกลางร้อยละ 22.6 และบาดเจ็บระดับเล็กน้อยร้อยละ 14.1 มีการเสียชีวิตที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 66 ราย (15.8%) และเสียชีวิตที่ระยะเวลา 6 เดือน 113 ราย (27%) นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ไม่มีการตอบสนองใดๆเลยยกเว้นสัญญาณชีพ (vegetative state) มีจำนวน 38 ราย (9.1%) กลุ่มที่มีความพิการอย่างรุนแรง (severe disability) รู้สึกตัวแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (dependent) มีจำนวน 33 ราย (7.9%) กลุ่มที่มีความพิการระดับปานกลาง (moderate disability) สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่มีปัญหาในการเข้าสังคม การเคลื่อนไหวในการทำงานละเอียด (fine movement) และการทรงตัว (balance) มีจำนวน 33 ราย (7.9%) และมีการฟื้นสภาพสู่ปกติ (good recovery) สามารถประกอบอาชีพและเข้าสู่สังคมได้ตามปกติ โดยอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อยแต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต จำนวน 248 ราย (59.3%)

1.4 การรักษาการบาดเจ็บที่สมอง

แนวทางในการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้น แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง

1.4.1 Outpatient treatment ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไม่รุนแรง มีค่า GCS 15 คะแนน ตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทใดๆ และไม่มีปัจจัยเสี่ยง เป็นกลุ่มที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล แต่ต้องให้คำแนะนำในการสังเกตอาการทางระบบประสาทและอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลอีก

1.4.2 Admission for observation and treatment ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและระดับรุนแรงทุกราย รวมถึงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (high risk) ที่มีอาการและอาการแสดงหรือสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2551)

- ปรากฏอาการแสดงของ focal neurological deficit
- มีอาการชักหลังได้รับบาดเจ็บ (post traumatic seizure)
- มีกะโหลกศีรษะแตกกร้าว (skull fractures) หรือมีบาดแผลชนิดที่ทะลุเข้าสู่สมอง (intracranial penetrating wounds)
- ความรู้สึกตัวไม่ดีเต็มที่เหมือนปกติ (not fully alert) หรือ ในรายที่มีนินมาจากอาการคัมสุรา หรือเครื่องคัมมินเมาหรือยาที่มีผลต่อความรู้สึกตัว หรือในเด็กซึ่งไม่สามารถประเมินภาวะความรู้สึกตัวได้ดีเต็มที่เหมือนผู้ใหญ่
- มีการแตกหักของฐานกะโหลกศีรษะ (basal skull fractures) และ/หรือ มีการรั่วของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (cerebrospinal fluid CSF leak or fistula)
- มีการหมดสติไปนานกว่า 10 นาที
- ผู้ป่วยที่ขาดผู้เฝ้าดูแลสังเกตอาการหลังได้รับบาดเจ็บต่อที่บ้านได้ หรือ ถ้าให้กลับบ้านแล้วไม่สามารถกลับมาโรงพยาบาลได้สะดวกเมื่อถึงคราวจำเป็น กรณีดังกล่าวให้รับไว้รักษาโรงพยาบาล อาการหรืออาการแสดงอื่นๆ ซึ่งอาจจะบ่งชี้ถึงการที่มีความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง หรือ สงสัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ดังต่อไปนี้ (นครชัย เพื่อนปฐม, 2546; 440) ได้แก่ 1) ประวัติการสูญเสียความรู้สึกตัวหลังบาดเจ็บ 2) อาการหลงลืมทั้งก่อนและหลังการเกิดอุบัติเหตุ (retrograde หรือ posttraumatic amnesia) 3) Mental status ที่ผิดปกติและตรวจพบมี disorientation ต่อเวลา สถานที่ และการรู้จักบุคคล 4) อายุน้อยกว่า 2 ปี หรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 5) มีอาการปวดศีรษะแบบทั่วไปและเป็นมากขึ้น 6) มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และ 7) ปัจจัยอื่นๆ เช่น สภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ดินยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ เคยได้รับการผ่าตัดสมองมาก่อน มีประวัติเป็นโรคลมชักมาก่อนเกิดการบาดเจ็บ และตรวจร่างกายพบร่องรอยของการได้รับบาดเจ็บบริเวณตั้งแต่เหนือกระดูกไหปลาร้า (clavicles) ขึ้นไป

การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้น ถ้ามีการบาดเจ็บต่อสมองเพียงอย่างเดียว การรักษาแบบประคับประคอง และป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำทุติยภูมิ ได้แก่ การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดแฟบ ภาวะการติดเชื้อ การมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ภาวะทุพโภชนาการ การชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง เป็นต้น ซึ่งมีทั้งการรักษาโดยการให้ยาและกายภาพบำบัด แต่ถ้าตรวจพบว่ามีเลือดออกในโพรงสมองร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีการกดเบียดเนื้อสมอง (mass effect) จะต้องรีบผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยเร็ว (จเร ผลประเสริฐ, 2541) จากการศึกษาของ สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 418 รายที่พักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า

ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์ (investigation) ด้วยการตรวจสอบด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography scan, CT) เมื่อแรกรับ 356 ราย (85.2%) และพบความผิดปกติ 351 ราย (84%) ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่สมอง 82 ราย (19.6%) ส่วนอีก 335 ราย (80.4%) ได้รับการรักษาเฉพาะทางยาเป็นหลักโดยไม่ได้รับการผ่าตัดที่สมอง และพบว่าการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในการรักษาภาวะวิกฤตมีเพียง 91 ราย (21.8%) และที่เหลือส่วนใหญ่ 327 ราย (78.2%) ต้องรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุรวม

1.5 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อผู้ป่วย

การได้รับบาดเจ็บที่สมองก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรง และมีอันตรายทำให้เสียชีวิตได้ การบาดเจ็บที่สมองมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้านของชีวิต ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาวดังนี้

1.5.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันต่อผู้ป่วยการบาดเจ็บที่สมอง ในระยะเฉียบพลัน (acute phase) หรือระยะวิกฤตจะคุกคามต่อชีวิต เป็นระยะที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะนี้มีการดำเนินโรคต่อเนื่อง ไม่สามารถคาดการณ์สิ้นสุดของกลไกการบาดเจ็บที่สมองได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมักเกิดมีอาการผิดปกติ ทางระบบประสาทภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังเกิดเหตุ บางรายอาจนานถึง 3 วัน การศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่พูดได้ก่อน coma (Talk and Deteriorated) จำนวน 32 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่อาการเลวลงจน coma มักเกิดขึ้นภายในเวลา 15 ชั่วโมงแรกหลังเกิดการบาดเจ็บ แต่อาจพบช่วงเวลานี้นานถึง 44 ชั่วโมงได้ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) การเปลี่ยนแปลงที่เลวลงเนื่องจากการบาดเจ็บระยะแรกต่อเนื่องเข้าสู่การบาดเจ็บระยะที่สอง เช่น การเกิดมีก้อนเลือดใต้กะโหลกศีรษะ สมองขาดเลือดและขาดออกซิเจน สมองบวม การยื่นย้อยของสมอง และความดันสูงในโพรงกะโหลกศีรษะ (จเร ผลประเสริฐ, 2541) เป็นต้น อาจรักษาโดยยาหรือการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดพบได้ประมาณร้อยละ 10-19.6 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549; อภิชาติ วชิรพันธ์ และคณะ, 2542) ซึ่งถ้าหากสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขทันท่วงที อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ โดยมีการเสียชีวิตในระยะเฉียบพลันที่พักรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 5.6 (Thurman, et al., 1999) จากการศึกษาของสุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) พบว่าในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 418 ราย มีการเสียชีวิตที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 66 ราย (15.8%) และเสียชีวิตที่ระยะเวลา 6 เดือน 113 ราย (27%) สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันมีดังต่อไปนี้

1.5.1.1 ผลกระทบทางการรับรู้และระดับความรู้สึกตัว

เกิดจากการทำลายต่อสมองและ หรือก้านสมอง (Brain stem) ทำให้ประสาทสมองในระบบ Reticular activating ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความรู้สึกตัว การตื่นตัว มีการทำงานลดลง ไม่สามารถรับ และส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (cerebral cortex) ได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆกันตั้งแต่มีการตอบสนองอย่างมีจุดมุ่งหมายและเหมาะสม (purposeful appropriate) ถึงไม่มีการตอบสนอง (no response) จากการศึกษาของสุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) พบว่าในจำนวนผู้บาดเจ็บที่สมอง 418 รายที่ระยะเวลา 2 สัปดาห์พบว่ากลุ่มที่ไม่มีมีการตอบสนองใดๆเลยยกเว้นสัญญาณชีพ (vegetative state) มีจำนวน 38 ราย (9.1%) นอกจากนี้ยังมีปัญหาสำคัญทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตัวเอง ต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ (Kosciulek, 1997) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดแฟบ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง และภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งผลการศึกษาของสุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) พบว่าผู้บาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นร้อยละ 63.8 ซึ่งผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ปอดอักเสบที่ ได้รับยาปฏิชีวนะ (Pneumonia with antibiotic) ร้อยละ 20.6%, ชัก (Seizure) ร้อยละ 3.8, เลือดออกในกระเพาะอาหาร (GI bleeding) ร้อยละ 3.1%, แผลติดเชื้อ (Wound infection) ร้อยละ 2.6% และลักษณะทางคลินิกอื่นๆที่ให้อาปฏิชีวนะ (Others condition with antibiotics) ร้อยละ 56.9%

1.5.1.2 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่สมอง

เป็นสาเหตุของการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องหยุดทำงานระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพใช้เวลายาวนาน จากการศึกษาของสุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) พบว่าระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 2 สัปดาห์มีร้อยละ 79.2 และนานเกิน 2 สัปดาห์มีร้อยละ 20.8 ส่วนค่ารักษาพบว่าส่วนใหญ่สองในสาม (68.4%) มีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท ร้อยละ 14.1 มีค่าใช้จ่ายเกิน 50,000 บาท และ ร้อยละ 5.3 มีค่าใช้จ่ายเกิน 100,000 บาท

1.5.2 ผลกระทบระยะยาวต่อผู้ป่วยการบาดเจ็บที่สมอง เมื่อผ่านพ้นระยะ

วิกฤติหรือเฉียบพลัน สิ่งที่มาอาจมีปัญหาเรื้อรังที่หลงเหลืออยู่ อันเนื่องมาจากเซลล์สมองส่วนที่ถูกทำลายและเสื่อมหน้าที่ อวัยวะภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บจะเสื่อมหน้าที่ตามไปด้วย ปัญหาเหล่านั้นประกอบด้วย ปัญหาทางร่างกาย ได้แก่ ความพิการบกพร่อง และปัญหาทาง

จิตใจและสังคม (Psychosocial sequelae) เช่น การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ (change of personality) การเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญาความสามารถ (Intellectual changes) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Affective changes) เป็นต้น จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ วรรณทนะ (2548) พบว่าภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำนวน 110 คน มีปัญหาด้านร่างกายโดยมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง มีการสูญเสียการได้ยิน และมีใบหน้าเป็นอัมพาตพบร้อยละ 40.5, 18, 11.7, 4.5 และ 4.5 ตามลำดับ มีปัญหาด้านความจำร้อยละ 39.6 ปัญหาด้านอารมณ์ร้อยละ 38.7 ปัญหาด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 20.7 และสุกรรณต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่รอดชีวิตจำนวน 305 รายในระยะ 6 เดือนหลังการบาดเจ็บที่สมอง พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาความสามารถในการกลับไปทำงานหรือการเรียน (Return to work or study) ร้อยละ 30.1 มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Emotion or behavior change) ร้อยละ 24.6 มีความบกพร่องด้านความทรงจำ (Memory or cognition) ร้อยละ 21.8 มีความผิดปกติด้านการทรงตัวหรือเดินเซ (Ataxia) ร้อยละ 6.7 มีอาการปวดศีรษะหรือวิงเวียน (Headache, dizziness or vertigo) ร้อยละ 4.5

สำหรับผลกระทบระยะยาวที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้น ผลกระทบอาจจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ระดับของความพิการ เป็นต้น จากการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง (2544) ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและครอบครัว ที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี จำนวน 140 คู่ พบว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยด้านชีวิตประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ขึ้นอยู่กับระดับความพิการ สำหรับผลกระทบในระยะยาวมีดังนี้

1.5.2.1 ด้านชีวิตประจำวัน จากการมีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้มีผลกระทบต่อความสามารถในการรู้คิด การตัดสินใจ หรือแม้แต่การกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างจงใจหรือมีเป้าหมาย ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันเหมือนที่เคยทำก่อนได้รับบาดเจ็บที่สมอง มีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นซึ่งต้องการการช่วยเหลือต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว

1.5.2.2 ด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ ผลการบาดเจ็บที่สมองทำให้การเปลี่ยนแปลงของระดับสติปัญญาความสามารถ (Intellectual changes) เป็นผลโดยตรงของการทำลายของเนื้อสมอง มักเป็นอาการแสดงที่เห็นชัดเจนที่สุดหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายหลัง closed head injury ความผิดปกติของสติปัญญามักจะเป็นทุกด้าน (global) มีผลต่อ

cognitive function ทั่วไป ผู้ป่วยจะมีความสามารถด้านต่างๆเสื่อมลง เช่น การคำนวณ การใช้ภาษา สมาธิ ความคิดแบบนามธรรม การใช้เหตุผล ความจำ และการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง และเกิดการว่างงาน จากการศึกษาของแสงนวล เชี่ยวประสิทธิ์ (2546) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 90 คน พบว่าร้อยละ 65 ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เนื่องจากมีปัญหาของภาวะสุขภาพ ทำให้มีผลกระทบต่อรายได้ ร้อยละ 54 ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถกลับไปทำงานได้แก่ อายุ ระยะเวลาการหมดสติ และแบบประเมินความพิการใน 1 ปี แรกหลังได้รับอุบัติเหตุ (Kreutzer, Marwitz, Walker, et al., 2003) ผลกระทบจากการว่างงาน ทำให้ขาดรายได้ ประกอบกับการจ่ายค่ารักษาฟื้นฟูที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา

1.5.2.3 ด้านสังคม ผลจากการเจ็บป่วยทำให้มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ (change of personality) ได้แก่ การสูญเสียการควบคุมอารมณ์ อาจมีพฤติกรรมแสดงออกต่อสังคมไม่เหมาะสม จากการศึกษาของฉวีวรรณ วรรณชนะ (2548) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 110 คน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงกลับไปเป็นเด็ก (child behavior) ร้อยละ 4.5 มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บ (verbal aggressive) ร้อยละ 1.8 และพฤติกรรมช้าลง (being slow) ร้อยละ 14.1 มีปัญหาทางอารมณ์ ร้อยละ 38.7 มีปัญหาความพิการบกพร่องทางร่างกายเช่น การอ่อนแรงและเป็นอัมพาต พบร้อยละ 40.5 และมีปัญหาด้านการสื่อสารร้อยละ 50.5 ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกับกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง หรือในบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เลย ทำให้ขาดการติดต่อกับสังคม (loss of social contact) ทำให้รู้สึกเหงา ขาดที่พึ่ง สิ้นหวังและซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาของอาภาพรณ นามอาษา (2547) พบว่าในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 110 คน ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง มีปัญหาในการเข้าสังคมร้อยละ 33.6

1.5.2.4 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาทในครอบครัว ผลจากการบาดเจ็บที่สมองจากการมีความพิการหรือมีรอยโรคที่หลงเหลือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของครอบครัว (Curtiss, et al., 2000) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว บทบาทแม้บางบทบาทจะคงอยู่แต่ผู้ที่ดำรงบทบาทนั้นไม่อาจทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ เช่น บทบาทบิดา มารดา สามี หรือ ภรรยา เป็นต้น นำมาสู่ปัญหาการหย่าร้างในเวลาต่อมา นอกจากนี้ในบางครั้งสมาชิกในครอบครัวคนอื่นยังต้องทำหน้าที่แทนสมาชิกที่เจ็บป่วย ถ้าหากเป็นหน้าที่ที่สำคัญจะทำให้เกิดความเครียดได้มาก

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้งหมดที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นกลุ่มเสี่ยง (high risk) ต้องได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมีก้อนเลือดในสมองและ secondary brain damage ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งพบได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ บางรายอาจนานถึง 3 วัน โดยพบว่าในระยะวิกฤตมีการพักรักษาทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยทั่วไป โดยพักรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตในระยะวิกฤตมีเพียงร้อยละ 21.8 เนื่องจากมีข้อจำกัด และร้อยละ 78.2 พักรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) การบาดเจ็บที่สมองมีอันตราย ทำให้เสียชีวิตได้ในระยะเฉียบพลันขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ผลที่เกิดตามหลังการบาดเจ็บที่สมองไม่สามารถคาดเดา มีความไม่แน่นอน มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างรุนแรงตั้งแต่การบาดเจ็บระดับเล็กน้อย บาดเจ็บระดับปานกลาง บาดเจ็บระดับรุนแรง ความพิการบกพร่องที่เกิดขึ้น อาจเป็นชั่วคราวหรือถาวร ซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูที่ยาวนาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ในระยะยาวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Koskinen, 1998)

2. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด ประกอบด้วย บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยการสมรส มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือการยอมรับตามกฎหมาย (Hickey, 1993) โดยทั่วไปบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวมักอาศัยอยู่ในบ้านเรือนเดียวกัน สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบต่อกันตามสถานภาพของคนในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่ให้การอบรมเลี้ยงดูบุคคลตั้งแต่ปฐมวัย มีการให้การเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความผูกพันกัน และความรู้สึกร่วมกัน (รุจา ภูไพบูรณ์, 2541) ซึ่งแสดงออกโดยการเอาใจใส่ ดูแลทุกข์สุขกันและกัน อย่างสม่ำเสมอ ครอบครัวจะมีการดำเนินชีวิตร่วมกันอย่างมีจุดหมาย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถดำรงอยู่ได้ด้วยการพึ่งพาตนเอง พร้อมทั้งจะเกื้อกูลสังคมและคนรอบข้าง ปรับตัวอย่างสร้างสรรค์ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สามารถเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคร่วมกันไปได้ด้วยดี

ประเภทของครอบครัว

ครอบครัวอาจแบ่งได้หลายรูปแบบและหลายลักษณะ ที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544)

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน
2. คู่สมรสที่ไม่มีบุตร (Childless couples) ประกอบด้วย สามีและภรรยา
3. ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (One-parent single-parent family) ประกอบด้วยลูกและพ่อ หรือแม่เพียงคนเดียว ซึ่งต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูลูกตามลำพัง ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสอีกฝ่ายเสียชีวิต หย่าร้าง หรือแม่ที่เลี้ยงดูลูกนั้นเป็นแม่ที่ไม่ได้แต่งงานกัน เป็นต้น
4. ครอบครัวบุญธรรม (Adoptive family)
5. ครอบครัวที่มีการแต่งงานใหม่ (Reconstituted family) ประกอบด้วยหญิง ชายที่มาอยู่ร่วมกัน โดยฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายเป็นหม้าย หรือมีการหย่าร้างมาก่อน
6. ครอบครัวขยาย (Extended family) ประกอบด้วย พ่อ แม่ บุตร ปู่ย่า ตายาย และหรือพี่น้อง หรือครอบครัวที่มีสมาชิก 3 ชั่วอายุหรือมากกว่า (Generations) อยู่ในบ้านเดียวกัน

ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตเป็นครอบครัวอบอุ่น อันได้แก่พ่อแม่ลูกอยู่ร่วมกันและดูแลอย่างใกล้ชิด สมาชิกครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างครอบครัวขยาย คือมีทั้งปู่ ย่า ตา ยาย จนถึงรุ่นหลาน ในบ้านหลังเดียวกันหรืออยู่ในบริเวณเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสประกอบศาสนกิจร่วมกัน และทำกิจกรรมร่วมกัน (พิทยา จารุพูนผล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญ เสริมศักดิ์, ประยูร ฟองสถิตย์กุล และคณะ, 2551) ครอบครัวไทยในอดีตเป็นครอบครัวขยาย แต่ปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นกว่าสมัยก่อน แต่เนื่องจากสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวไทยจึงมีวิวัฒนาการเข้ากับสิ่งแวดล้อม แต่ยังมีสิ่งที่แสดงถึงเอกลักษณ์และลักษณะของสังคมไทย คือความผูกพันในระบบเครือญาติ มีค่านิยมในการเคารพนับถือญาติผู้ใหญ่ รวมถึงญาติอันเกิดจากการสมรสด้วย (รุจา ภูไพบูรณ์, 2541) มักจะยกย่องให้ฝ่ายชายเป็นใหญ่กว่าฝ่ายหญิง มีความผูกพันกันทางสายโลหิต เด็กหรือลูกจะเป็นจุดศูนย์รวมความสนใจของครอบครัว และมีฐานะเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวในชนบท ซึ่งแตกต่างจากครอบครัวทางซีกโลกตะวันตก ที่เป็นครอบครัว ขนาดเล็กหรือครอบครัวเดี่ยว มักอยู่อย่างลำพังโดยไม่มีเครือญาติอยู่ด้วย มีชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ และเป็นสังคมที่มีการแข่งขันสูง จากการสำรวจข้อมูลร้อยละของครัวเรือนที่มีความอบอุ่น มีการเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน แสดงซึ่งความรัก และสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน (ความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.)) ของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ.2549 ผลการสำรวจ พบว่ามีครอบครัวไทยผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีความอบอุ่นคิดเป็นร้อยละ 98.67 (8,668,965 ครอบครัว) ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 1.33 (116,838 ครอบครัว) (ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบทกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย อ้างถึงในพิทยา จารุพูนผล และคณะ, 2551)

พิทยา และคณะ (2551) ได้ศึกษาวิเคราะห์สัมพันธภาพในครอบครัวโดยใช้ 5 องค์ประกอบ คือ ความรัก ยอมรับ การสื่อสาร การมีส่วนร่วมของสมาชิก และ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ในประชากรทั้งหมด 10,240 ตัวอย่าง จากกรุงเทพมหานครและ 5 ภาคของประเทศไทย พบว่าครอบครัวไทยมีการแสดงออกถึงความรักใคร่เอาใจใส่ระหว่างกัน การยอมรับเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การสื่อสารอย่างมีคุณภาพระหว่างกัน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาขัดแย้งด้วยเหตุผล ไม่ใช้ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี พบเพียงองค์ประกอบในเรื่อง บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ระดับปานกลาง โดยในด้านการแสดงออกถึงความรักใคร่เอาใจใส่ระหว่างกัน พบว่าสมาชิกในครอบครัวห่วงใยและใส่ใจซึ่งกันและกันอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 49.3) ในด้านการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 52.6) ในด้านการแสดงออกถึงความรักและความเอื้ออาทรอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.4) และระดับดี (ร้อยละ 37.5) ในด้านรักใคร่ปรองดองกันของครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.1) และในด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในครอบครัว อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 23.5) และควรปรับปรุง (ร้อยละ 42.9)

ครอบครัวมีหน้าที่ดูแลบุคคลทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน โดยได้รับบาดเจ็บที่สมอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว ผลกระทบที่เกิดต่อผู้ป่วยนั้นจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรง และในเรื่องอื่นๆที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องปรับตัวกับเหตุการณ์และผลที่เกิดตามหลังการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้นำไปสู่ความเครียด และก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางจิตใจ อาจเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ สมาชิกในครอบครัวอาจมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดโดยใช้วิธีแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะต่อต้านต่อความเครียดนั้นแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นกลไกที่ใช้ในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (coping strategies) เพื่อทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ จากการศึกษาของพิทยา และคณะ (2551) พบว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย จะมีการไปรักษากับหมอพระหรือใช้ยาสมุนไพรโดยเฉลี่ยทั้งประเทศไทยพบได้ ร้อยละ 26.1 โดยพบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 33.1) และยังพบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยยังมีความเชื่อในเรื่องการรักษาโดยหาหมอพระหรือรับประทานยาสมุนไพรสูงกว่าภาคอื่นๆ

วงรัตน์ ไสสุข (2544) ศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 85 คน พบว่าด้านความเชื่อและศรัทธาในศาสนา ญาติมีความต้องการไหว้พระ/ขอพร/อ้อนวอนพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วย

กลุ่มครองผู้ป่วยไม่ให้อาหารและทุกข์ทรมาน ร้อยละ 90.6 และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทุกครั้งร้อยละ 89.4 และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (เช่น ทำบุญ ใส่บาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ ทำนมาช) ญาติมีความต้องการมาร้อยละ 80 และมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทุกครั้งร้อยละ 60 สำหรับด้านความเชื่อในสิ่งอื่นที่อยู่นอกเหนือความนึกคิดในศาสนา พบว่าญาติมีความต้องการตั้งจิตอธิษฐาน/ภาวนา/ขอพรจากสิ่งสูงสุดที่นับถือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในเร็ววัน หรือมีทางรักษาให้หายได้และให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถฟื้นฟูสุขภาพหรือภาวะวิกฤตครั้งนี้ด้วยดี มีความต้องการร้อยละ 94.1 มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทุกครั้งร้อยละ 89.4

ชนกพร จิตปัญญา (2545) ศึกษาการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตในบริบทของสังคมไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 205 คน พบว่า วิธีเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ป่วยระยะวิกฤตใช้มาก ได้แก่ การมีความหวังหรือหวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้น การทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ การควบคุมตนเอง การรวบรวมสมาธิ และการทำใจให้ยอมรับ โดยการมีความหวังหรือหวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นเป็นวิธีเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด

กรณีย์พิชญ์ โศทรประทุม (2546) ศึกษาการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวที่สมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 100 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีการปรับตัวที่ดีได้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งปัญหาต่างๆที่ตามมาในระยะ 72 ชั่วโมงแรกขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งครอบครัวมีการปรับตัวในเชิงบวก (Bonadaptation) ได้ร้อยละ 88 โดยในการศึกษานี้พบว่า ลักษณะของครอบครัวแต่ละครอบครัวมีความคล้ายคลึงกัน มีขนบธรรมเนียมประเพณี แบบแผนชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ การให้ความเคารพนับถือผู้อาวุโส ความเอื้ออาทร ทำให้ครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น แน่นแฟ้น ซึ่งก็มีผลให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยกัน ส่งผลให้ครอบครัวมีการปรับตัวที่ดี

อาจกล่าวได้ว่าครอบครัวและบริบททางสังคม มีอิทธิพลต่อ ความเชื่อ วิธีชีวิตการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ วิธีการเผชิญความเครียด และการปรับตัวของครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องพยาบาลต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะในสังคมไทย เป็นสังคมที่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ผูกพันกับศาสนา และมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงและนำมาประเมินความต้องการ ตลอดจนมีการวางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวขณะพักรักษา

ในโรงพยาบาลต่อไป เพื่อจะช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญความเครียดที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวและสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ทำให้มีผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วยได้

2.2 ผลกระทบระยะเฉียบพลันต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและมีอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สมาชิกในครอบครัวจะอยู่ในภาวะเคืองกว้าง (Hovering) (Jamerson, et al., 1996) สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนการเกิดพยาธิสภาพภายหลังจากการบาดเจ็บหรือการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง ผลสืบเนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งมีอันตรายที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิตได้ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัวอย่างรุนแรง (กรัณย์พิชญ์ โครตประทุม, 2546; สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2535) ย่อมก่อให้เกิดความเครียด (นริรัตน์ นิลขำ, 2548; Youngblut, et al., 2005) และความวิตกกังวล (อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538; Tracy, et al., 1999)

ยังบัลท์ และคณะ (Youngblut, et al., 2005) ศึกษาความเครียดและความวิตกกังวลของบิดา มารดา ที่เกิดขึ้นในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่บุตรก่อนวัยเรียนได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก (Pediatric Intensive Care Unit: PICU) และหน่วยทั่วไป (General Care Unit: GCU) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา 182 คน และบิดา 64 คน ใช้เครื่องมือ The Parental Concerns Scale ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 4 ด้านคือ 1) ความกังวลเกี่ยวกับประสบการณ์ของบุตร 2) ความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุตร 3) เกี่ยวกับการเลี้ยงดู 4) เกี่ยวกับการเงิน และเครื่องมือ Parental Stressors Scale ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 7 ด้านคือ 1) ลักษณะ (appearance) ของบุตร 2) สถานที่ และ เสียงของหอผู้ป่วย 3) หัตถการการรักษาที่กระทำต่อบุตร 4) พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร 5) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ 6) การติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่ 7) การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดา มารดา ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความเครียดมากกว่าบิดาในด้านพฤติกรรม การตอบสนองและอารมณ์ของบุตร การติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่ และด้านสถานที่และเสียงของหอผู้ป่วย มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษเด็กมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปในด้านเกี่ยวกับอนาคตของบุตร มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษเด็กมีความเครียดมากกว่ามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปในด้านลักษณะ (appearance) ของบุตร สถานที่และเสียงของหอผู้ป่วย และการติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่ และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดและความวิตกกังวล คือ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียดสำหรับมารดาได้

จะเห็นได้ว่าสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับผลสืบเนื่องจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (Chan & Twin, 2007) ครอบครัวต้องมีการปรับตัวเกิดขึ้น โดยสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนต้องรับบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น บางครั้งต้องหยุดกระทำบทบาทความรับผิดชอบ เช่น งานที่ทำอยู่เป็นประจำ มีการหยุดงาน เพื่อมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ และการรับประทานอาหาร (Halm, et al., 1993; Horn & Tesh, 2000) เกิดมีอาการเหนื่อยล้า (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต สงวัฒนา และสุคติศรี หิรัญขุนหะ, 2549) บางครั้งอาจพบพฤติกรรมการตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (Halm, et al., 1993) เป็นต้น

จากการศึกษาของฮอร์นและเทซ (Horn & Tesh, 2000) ในญาติผู้ป่วยจำนวน 50 ราย ที่อยู่ในบริเวณห้องรอเยี่ยมของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม/อุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและทรวงอก พบว่าขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ญาติผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอนหลับ โดยนอนที่บ้านร้อยละ 56 นอนที่โรงแรมร้อยละ 24 ห้องรอเยี่ยมร้อยละ 10 ซึ่งพบมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอนหลับที่หลากหลาย โดยพบมากที่สุดคือ การนอนหลับไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพในการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารเข้าปริมาณมากร้อยละ 42 และส่วนมีผู้อื่นรับประทานได้น้อย โดยรับประทานอาหารกลางวันร้อยละ 44 อาหารเย็นร้อยละ 48 รวมทั้งอาหารว่างร้อยละ 44% นอกจากนี้ร้อยละ 30 มีการเปลี่ยนแปลงอาหารที่รับประทาน โดยรับประทานขนมปัง อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ อาหารจานด่วน ผลไม้และไอศกรีมเพิ่มขึ้น ไม่รับประทานอาหารหลักและผัก จำนวนครึ่งหนึ่งมีความอยากอาหารลดลงและจำนวนมากพบว่ากระเพาะอาหารทำงานมากกว่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมต่างๆ โดยกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้นนั้น คือ มีการรอคอยและใช้ความคิด (78%) การสวดมนต์และการนั่งสมาธิ (66%) การพูดคุยกับเพื่อน (58%) และการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย (58%) ส่วนกิจกรรมที่ลดน้อยลง คือ การดูรายการโทรทัศน์ (64%) การออกกำลังกาย (26%) และการเดินเล่น (26%) นอกจากนี้ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ (56%) ยังมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ มีจำนวน 11 รายที่ครอบครัวและเพื่อนช่วยเหลือในความรับผิดชอบที่บ้านรวมทั้งการดูแลบุตร มีการออกจากงานหรือทำงานได้น้อยลง มีการรับภาระในครอบครัว รู้สึกมีความรับผิดชอบอย่างหนักหรือมีการตัดสินใจที่ยากลำบาก ทำให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยมาก (58%) หมดแรง (26%) การเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเครียดและภาวะวิกฤต โดยพบว่าทำให้เกิดภาวะวิกฤตเล็กน้อยจำนวน 8 ราย เกิดภาวะวิกฤตปานกลางจำนวน 13 ราย เกิดภาวะวิกฤตอย่างมากจำนวน 14 ราย และไม่เกิดภาวะวิกฤตเพียง 15 ราย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวมาแล้ว มีผลกระทบต่อครอบครัว มักทำให้สมาชิกในครอบครัวมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น โดยพิทยากรณ์ และคณะ (พิทยากรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่องวัฒนา และสุคติริ หิรัญขุนหะ, 2549) ได้ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม และศัลยกรรมประสาท จำนวน 120 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้แก่ หดแรงแรง คิดอะไรไม่ออก ไม่สบายใจ ง่วงนอน ร่างกายอ่อนแอลง และ หลงลืม ซึ่งมีระดับอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2 วิธีหลัก คือจัดการโดยใช้ยา และจัดการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ หาเวลาในการผ่อนคลายอารมณ์ นอนหลับพักผ่อน ยืดเส้นยืดสาย ทำตัวให้สดชื่น สร้างกำลังใจ นวด และรับประทานอาหารมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การจัดการตามสถานการณ์หรือตามอาการที่เกิด และใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน ภายในหอผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าผลจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันของสมาชิกในครอบครัว มีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วย โดยกรันด์พิซญ์โคตรประทุม (2546) ได้ศึกษาการปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 100 ครอบครัว พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงมีผลกระทบด้านจิตใจมากที่สุด ร้อยละ 97 จากความรู้สึกเป็นห่วงและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย มีข้อแท้และกังวล รองลงมาคือการเงิน ร้อยละ 59 ไม่มีค่าใช้จ่ายขณะพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และการงาน ร้อยละ 44 ตามลำดับ ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกขณะพักรักษาในโรงพยาบาลมีครอบครัวที่ปรับตัวได้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งปัญหาต่างๆที่ตามมา หรือมีการปรับตัวในเชิงบวก (Bonadaptation) ร้อยละ 88 โดยระดับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวยังดี สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับบทบาทหน้าที่ต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รักษาระดับความสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคมไว้ได้ พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น และยังไม่สามารถปรับตัวได้ (Maladaptation) ร้อยละ 12

สรุปได้ว่าผลกระทบการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวในระยะเฉียบพลันมีทั้งผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดวิกฤตในชีวิต ครอบครัวมักจะมุ่งความสนใจที่ผู้ป่วยมากกว่าตัวเอง มักพบได้ว่าความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายและอารมณ์ได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ได้ตามที่ร่างกายต้องการ เป็นต้น เกิดอาการเหนื่อยล้า สมาชิกในครอบครัวมักเกิดความเครียด โดยมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น สภาพอาการของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคและการรักษาสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วย กฎระเบียบและบุคลากรของโรงพยาบาล ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ทำให้

สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่าในระยะเฉียบพลันของการเจ็บป่วย มีสมาชิกในครอบครัวยังปรับตัวไม่ได้ อาจทำให้ครอบครัวไม่สามารถเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และมีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยได้ พยาบาลควรให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล ถ้าหากไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอจะทำให้มีผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวด้วย อีกทั้งความรุนแรงของโรคเองที่ทำให้เกิดความพิการ โดยระดับความพิการจะทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาวต่อไป

2.3 ผลกระทบระยะยาวต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวนั้นเป็นผลกระทบต่อเนื่องจากผลของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ โดยส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยมีการสูญเสียในเรื่องความทรงจำ สมรรถภาพทางกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงสถานะอารมณ์ความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้มีความจำกัดในการทำหน้าที่ต่างๆ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือและการพึ่งพาผู้อื่น สมาชิกในครอบครัวในฐานะที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พักพิงของผู้ป่วยจึงรับผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงต้องร่วมให้การช่วยเหลือฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อไปอยู่กลับบ้าน ซึ่งทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549) อีกทั้งในระยะยาวมักจะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกเป็นภาระเกิดขึ้นและนำไปสู่ความเครียดได้ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังต้องเผชิญกับปัญหาที่ตามมาในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้นและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Koskinen, 1998) ผลกระทบที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาของนิภาวรรณ และสุภาภรณ์ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544) พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว ได้แก่ ระดับความพิการของผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วย ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวในระยะยาวมีดังนี้

2.3.1 ด้านชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่รอดชีวิต มักต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในหลายๆ เรื่องของชีวิต อันเนื่องมาจากความจำกัดด้านร่างกายและสติปัญญา โดยเฉพาะการเคลื่อนไหว และการเดินทาง โดยสมาชิกในครอบครัวที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น รวมถึงเรื่องกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เป็นต้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาสำหรับตัวเองน้อยลง ตลอดจนเวลาในการพักผ่อนก็น้อยลงด้วย (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) เกิดความเหนื่อยล้า (กัญญารัตน์

ฝั่งบรรหาร, 2539) มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา โดยสรุปแล้ว ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองทำให้รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในเรื่องหน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคม ความมีอิสระหรือการใช้เวลาความเป็นส่วนตัว รวมถึงเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.3.2 ด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่สมองมีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่หลงเหลือความพิการไม่สามารถกลับไปทำงานได้ (Kreutzer, et al., 2003) ทำให้ขาดรายได้ แต่มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา และการฟื้นฟูที่ยาวนาน (Jacobs, 1988; McMordie, 1988) และมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม (Kreutzer, Marwitz, & Kepler, 1992) เป็นปัญหาตามมาที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

2.3.3 ด้านสังคม ผลจากการเจ็บป่วยบาดเจ็บที่สมองทำให้กระทบต่อบทบาททางสังคมด้วย (Kozloff, 1987) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพิ่ม ทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม ขาดการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมทางสังคมก็ลดลง (Kreutzer, Kolakowsky-Hayner, Demm, & Meade, 2002)

2.3.4 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบทบาทในครอบครัว ผลจากการบาดเจ็บที่สมองจากการมีความพิการหรือมีรอยโรคที่หลงเหลือ ผู้ป่วยไม่อาจทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ เช่น บทบาทบิดา มารดาสามี หรือ ภรรยา เป็นต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของครอบครัว (Curtiss, et al., 2000) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว ในบางครั้งสมาชิกในครอบครัวคนอื่นยังต้องทำหน้าที่แทนสมาชิกที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นการรับบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ถ้าหากเป็นหน้าที่ที่สำคัญจะทำให้เกิดความเครียดได้มาก การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บที่สมองผลกระทบต่อคู่สมรสมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งมักเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน และนำมาซึ่งการหย่าร้างในเวลาต่อมา สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กจึงไม่ได้รับความอบอุ่นหรืออบรมสั่งสอนอย่างเต็มที่ อันจะนำไปสู่ปัญหาภายในครอบครัวในอนาคต

2.3.5 ผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ สิ่งหลงเหลือจากการบาดเจ็บที่สมอง มักทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพของผู้ป่วยเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของภาวะตึงเครียดของครอบครัวและเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัวมากกว่าปัญหาทางร่างกายที่หลงเหลืออยู่ สมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์จากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ (Livingston,

Brooks, & Bond, 1985a) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย พฤติกรรม และการแยกตัวออกจากสังคม (Marsh, Kersel, Havill, & Sleight, 1998) ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองต่อตัวผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดตามมาในด้านสังคมและเศรษฐกิจ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ในสภาพที่มีความท้อแท้ สิ้นหวัง หดงอ ค่ำใจ ซึมเศร้า หรือมองโลกในแง่ร้ายจนเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตและอยู่อย่างไม่มีคุณภาพชีวิต (Livington, Brooks, & Bond, 1985b)

สรุปว่าผลที่เกิดตามมาหลังการบาดเจ็บ มีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียด ความวิตกกังวล รวมถึงมีความต้องการเกิดขึ้น ถ้าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้สมาชิกในครอบครัวยังคงมีความเครียด เกิดความไม่สมดุลของอารมณ์และจิตใจ ส่งผลต่อความสมดุลของครอบครัวด้วย อาจพบพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเครียดทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวด้านลบ อาจมีผลกระทบต่อกรเจ็บป่วยและการฟื้นฟูของผู้ป่วย ถ้าหากสมาชิกในครอบครัวไม่มีความวิตกกังวลและความเครียดมากเกินไป จะมีประโยชน์ในการดูแลและการฟื้นฟูของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล และช่วยให้ปรับตัวได้ดีขึ้น โดยการประเมินความต้องการและให้การตอบสนองความต้องการที่เพียงพอและตรงกับความต้องการที่แท้จริง

3. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติของบุคคลทุกคน เป็นกระบวนการที่มีอยู่ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนตายทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป ความต้องการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล หากบุคคลไม่สามารถสนองตอบความต้องการของตนได้ ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเครียดและไม่เป็นสุข (สุชา จันท์เอม, 2538) ศาสตร์หลายสาขาจึงได้สนใจศึกษาถึงความต้องการของมนุษย์รวมถึงศาสตร์ทางการแพทย์ พยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญ และความเข้าใจว่าบุคคลคือองค์รวมทั้งหมด ซึ่งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ไม่สามารถแยกออกจากกันได้เด็ดขาด

ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์นั้น มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้แบ่งเป็นความต้องการตามลำดับดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นมาก เป็นความต้องการเพื่อดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร น้ำ การขับถ่าย เป็นต้น เป็นความต้องการที่เกิดก่อนความต้องการในระดับอื่น
2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (Safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นใจ ความเท่าเทียมกัน ความสม่ำเสมอ ความไว้วางใจเชื่อถือได้ ความเป็นอิสระจากความกลัว ตลอดจนความต้องการความปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่างๆ
3. ความต้องการความรักและรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging needs and love needs) ได้แก่ ความรัก ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นเพื่อนและความมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน
4. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Esteem needs) ได้แก่ ความต้องการตระหนักในคุณค่า ความสามารถของตนเอง ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น ได้รับการทักทาย ความเป็นอิสระ และได้รับการยกย่องนับถือว่ามีค่าจากครอบครัว เพื่อน และสังคม
5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จด้วยความสามารถแห่งตน (Needs for self-actualization or self-fulfillment) ซึ่งเป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ อันได้แก่ ความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง รู้จักตนเอง และได้ทำงานที่ตนเองพอใจ

เมื่อมนุษย์มีความเจ็บป่วยก็มีความต้องการเช่นเดียวกัน เครเกิล และคณะ (Kreagel, Mousseau, Goldsonith, & Arara, 1974) ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์เมื่อมีความเจ็บป่วยว่ามีความต้องการ 3 ด้าน คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เช่น ต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน เป็นต้น
2. ความต้องการด้านจิตใจและสังคม (Socio-Psychological needs) เช่น ต้องการการกระตุ้นระบบประสาท การสัมผัส ความสำเร็จ ความมั่นคงปลอดภัย ความรู้กระจ่างเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ การเห็นคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี ความสนใจ และความเอาใจใส่จากผู้อื่น เป็นต้น
3. ความต้องการทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental needs) เช่น ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความยืดหยุ่นได้ การประเมินค่าทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ลูเวอร์รีน และบาร์บารา (Luverene & Barbara, 1988) กล่าวไว้เกี่ยวกับความต้องการและสิทธิของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลดังนี้

1. มีความต้องการที่จะรับทราบข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผลประโยชน์ต่างๆ เกี่ยวกับที่เขาได้รับ
2. ต้องการความปลอดภัย และการบริการที่มีคุณภาพ

3. มีสิทธิที่จะเลือกรักษาพยาบาล และได้รับคำแนะนำการให้การดูแลสุขภาพอนามัย
4. มีสิทธิที่จะประเมินการให้บริการที่ได้รับซึ่งเป็นประโยชน์ในการปรับปรุง

คุณภาพของการบริการ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการจะเห็นได้ว่าความต้องการของมนุษย์นั้นประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ และเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยจะมีความต้องการเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวซึ่งอยู่ในสถานการณ์เดียวกับผู้ป่วยก็มีความต้องการเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความต้องการจากหลายด้านอันได้แก่ ด้านความเจ็บป่วยและการรักษา บุคลากรของโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล รวมถึงด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยความต้องการที่เกิดขึ้นอาจแสดงออกทางการบอกลำเอียงหรือทางพฤติกรรมในรูปแบบของความห่วงใย ความวิตกกังวล เป็นต้น หรือบางครั้งอาจซ่อนเร้น พยายามจึงต้องรู้จักสังเกตเข้าใจ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

3.1 ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล นอกเหนือจากการให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องคำนึงถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวด้วย ดังนั้นในการที่จะให้การพยาบาลที่ตอบสนองและสนับสนุนความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถคงบทบาทและหน้าที่ของตนไว้ได้นั้น ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้ พยาบาลควรจะทราบความต้องการและมีความเข้าใจในความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการประเมินความต้องการจะเป็นขั้นตอนแรก ที่จะทำให้พยาบาลทราบถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ดาลี (Daley, 1984) ได้การศึกษาเชิงสำรวจโดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายใน 72 ชั่วโมง จำนวน 40 ราย โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 46 ข้อ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการกำลังใจและการได้ระบายความรู้สึก ความต้องการข้อมูล ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคล พบว่า สิ่งที่ญาติต้องการมาก คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูล ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของมอลเตอร์ และรอดเจอร์ คือ ญาติต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ต้องการมีความหวัง และพบว่าบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติ

ได้มากที่สุดคือ แพทย์ ทั้งนี้คาดได้ว่าอุปสรรคที่ว่าอาจเป็นเพราะความต้องการของญาติส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค การรักษาและการวินิจฉัย ซึ่งมักจะเป็นแพทย์ที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านี้

ฟรีเชลส์ (Freichels, 1991) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต จำนวน 25 คน ในเวลา 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และประเมินความต้องการซ้ำเมื่อครบเวลา 7-10 วันหลังพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้แบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และแบ่งความต้องการออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความต้องการได้รับความมั่นใจ 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ความต้องการการสนับสนุน และ 5) ความต้องการความสะดวก พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการได้รับความมั่นใจ และด้านข้อมูลมากแต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งจะพบว่า ความต้องการแต่ละข้อจะมีความสำคัญลดลงยกเว้นการมีพระมาเยี่ยมมีความสำคัญเพิ่มขึ้นในระยะที่ 2

เดวิส-มาติน (Davis-Martin, 1994) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต จำนวน 26 คน เมื่อครบเวลา 2 สัปดาห์หรือมากกว่า ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยใช้แบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) พบว่ามีความต้องการคล้ายกับความต้องการในระยะ 36-48 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าความต้องการ 5 ข้อแรกที่มีความสำคัญต่อญาติมากที่สุด ได้แก่ ความต้องการมีความหวัง ความรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วย คำตอบที่ตรงไปตรงมา ทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดย บอนด์และคณะ (Bond, et al., 2003) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง พบว่า ในช่วงวันที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักสมาชิกในครอบครัวจะมีความต้องการด้านต่างๆดังนี้ ในวันที่ 1 ต้องการทราบและเข้าใจ (need to know) ในวันที่ 2 มีความต้องการได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ (need for consistent information) ในวันที่ 3-6 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล (need for involvement in care) และในวันที่ 7-22 ต้องการพบกับสิ่งที่มีแต่ความเหมาะสม (need to make sense of experience)

นอกจากจะมีการวิจัยถึงความต้องการของญาติแล้ว ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการของญาติระหว่างญาติ แพทย์ และพยาบาล โดยบิจท์บีเออร์ และคณะ (Bijttbier, et al., 2001) ศึกษาการรับรู้ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยศึกษาจากญาติผู้ป่วยจำนวน 200 ราย แพทย์จำนวน 38 ราย และพยาบาลจำนวน 143 ราย โดยใช้แบบสำรวจความต้องการของสมาชิก

ในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มจัดให้ระดับความสำคัญของความต้องการคล้ายกันคือให้ความสำคัญความต้องการด้านข้อมูล (Information) มากที่สุด และให้ความสำคัญน้อยด้านการได้รับความสุขสบาย (Comfort) และด้านการได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความต้องการของญาติระหว่างแพทย์ พยาบาลและญาติ พบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาลรับรู้ความต้องการของญาติต่ำกว่าญาติในด้านข้อมูล (Information) และการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Proximity) ส่วนแพทย์รับรู้ความต้องการของญาติต่ำกว่าญาติในด้านการได้รับความมั่นใจ (Assurance)

เมนดอนกา และ วาร์เรน (Mendonca & Warren, 1998) ศึกษาการรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 52 ราย โดยใช้แบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) และแบบประเมินการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวให้ระดับความสำคัญของความต้องการด้านการได้รับความมั่นใจมีความสำคัญมากที่สุด ด้านความสะดวกสบายมีความสำคัญน้อยที่สุด โดยความต้องการที่มีความสำคัญ 10 อันดับแรกได้รับการตอบสนองความต้องการเพียง 4 ข้อ ได้แก่ การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้ง ทราบเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วย ทราบเกี่ยวกับข้อมูลการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และทราบเหตุผลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ส่วนความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองได้แก่ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและความสะดวกสบาย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบของแองกลีและฟาร์เมอร์ (Engli & Farmer, 1993) พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบของมาทิส (Mathis, 1984) นั่นคือ พบความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันแตกต่างจากความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน มีความต้องการ 5 อันดับแรกคือ ความต้องการทราบการพยากรณ์โรค ต้องการได้รับคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริง ต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ได้รับโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของหน้าที่ในโรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ส่วนในกลุ่มญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองอย่างเฉียบพลัน มีความต้องการ 5 อันดับแรกคือ ต้องการทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างไรบ้าง มีใครสักคนที่จะรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ของญาติ ได้รับคำอธิบายที่เข้าใจง่าย ได้รับโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับอาการดีเลวของผู้ป่วย

สำหรับในประเทศไทยนั้น อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 90 คน โดยตัดแปลงจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤติของมอลเตอร์ (Molter, 1979) นำมาใช้และพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันในการให้ลำดับความสำคัญของความต้องการ โดยความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือความต้องการลดความวิตกกังวล และความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ส่วนความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ ความต้องการด้านกำลังใจและมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก และพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการ

จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธ์, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, สมพร ศิริเต็มกุล และวิไลวรรณ ณ สุวรรณ (2541) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 99 ราย ใช้เครื่องมือตัดแปลงจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤติของมอลเตอร์ (Molter, 1979) พบว่าความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือความต้องการส่วนบุคคล ญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนัก มีความต้องการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และญาติที่เป็นบิดา-มารดา สามิ-ภรรยา หรือบุตร ก็มีความต้องการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ บุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือพยาบาล รองลงมาคือแพทย์

นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) ศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน พบว่า ความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่น้อยที่สุด คือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ส่วนความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุดคือ พยาบาล

อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ (2541) ซึ่งศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน ตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวและการรับรู้ของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บสมองเฉียบพลัน ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 123 รายและพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 107 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) แบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุดในเรื่องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล และความต้องการในอันดับสุดท้ายคือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก นอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว แตกต่างกับการรับรู้ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสมาชิกในครอบครัวรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวสูงกว่าพยาบาล และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุดคือ พยาบาล

นิตยา จรัสแสง (2547) ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาแนวทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือญาติในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง 6 ราย เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วย ในขั้นตอนที่การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนพบว่า ญาติผู้ป่วยมีความต้องการแตกต่างกันในแต่ละระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยในระยะ 1 ถึง 3 วันแรกรวมทั้งระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่งที่ญาติต้องการมากที่สุด คือ ต้องการข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย ผลการตรวจเอ็กซเรย์รวมทั้งการผ่าตัดและแผนการรักษาที่ได้รับ ในระยะนี้ญาติต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องการเวรมาดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ต้องการได้รับความมั่นใจจากแพทย์และพยาบาลว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ในขณะที่ความต้องการของญาติในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ หรือดีขึ้นแพทย์มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยญาติจะมีความต้องการด้านประทับประคองจิตใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย โอกาสการฟื้นหาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิบัตรต่างๆ ในกรณีที่ยังไม่เรียบร้อย ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการที่ญาติสามารถขอความช่วยเหลือได้ ขั้นตอนการรับกลับบ้าน ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ญาติผู้ป่วยได้รับไม่ตรงกัน โดยพบว่าระยะแรกญาติต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการให้พยาบาลมาดูแลผู้ป่วยบ่อยๆ ต้องการได้รับกำลังใจจากพยาบาล รวมทั้งต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในขณะที่พยาบาลให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

กฎระเบียบของโรงพยาบาล การเยี่ยม สัมภาษณ์ต่างๆ รวมทั้งการนำหลักฐานมาติดต่อกับ ส่วนการ
ประทับประคองด้านจิตใจทำค่อนข้างน้อย

สรุปได้ว่าการประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวเป็นการเริ่มต้นสร้าง
สัมพันธภาพ ความเชื่อถือว่าไว้วางใจจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และจะนำไปสู่การดูแลที่
เหมาะสมแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต จึงจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างรวดเร็วและ
ถูกต้องตรงตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะภายใน 72 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะวิกฤต (crisis period) (Freichels, 1991) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา
พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของเจ็บป่วย (Tracy, et al.,
1999) และใน 24 ชั่วโมงแรกพบว่า เป็นช่วงที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีสมาธิในการตอบคำถาม
(Lee & Lau, 2003) จึงควรหลีกเลี่ยงการประเมินความต้องการในระยะ 72 ชั่วโมงแรก และควรมีการ
ติดตามประเมินความต้องการเป็นระยะ เนื่องจากในผู้ป่วยบางรายมีระยะเฉียบพลัน (acute phase) ที่
มีระยะเวลานาน (Freichels, 1991) โดยสามารถใช้เครื่องมือตัดแปลงมาจากแบบสำรวจความ
ต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ใช้ประเมินความ
ต้องการของสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ในระยะ 3 วันแรกที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลจนถึง 14
วันหรือมากกว่า 14 วัน (Davis-Martin, 1994) สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วย
ทั่วไป แต่สำหรับการแบ่งความต้องการเป็นรายด้านยังมีความหลากหลาย ในการศึกษาที่เลือกการ
แบ่งความต้องการตามดาเลย์ (Daley, 1984) เนื่องจากครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ
จากการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลมีการรับรู้เรื่องความ
ต้องการของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างจากความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัว
พยาบาลจึงให้การตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของตน ซึ่งไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริง
ของสมาชิกในครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวเองก็รับรู้ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการ
น้อย (อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล, 2541) โดยเฉพาะในระยะวิกฤตนั้น พยาบาลมักจะมุ่งเน้นในการ
ดูแลผู้ป่วยมากกว่าการให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวมีความ
ต้องการที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมทั้งจากพยาบาลและแพทย์ ดังนั้น
พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและให้
การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริง เพื่อลดความเครียด และความวิตกกังวล ช่วยให้
สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น เพื่อคงบทบาทหน้าที่และ
ความสามารถในการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ต่อไป

3.2 การตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

เมื่อบุคคลมีความต้องการเกิดขึ้นบุคคลย่อมต้องการการตอบสนอง จึงพยายามหาทางสนองความต้องการของตนเพื่อที่จะคืนสู่สภาพสมดุลงเดิม หากบุคคลไม่สามารถสนองตอบความต้องการของตนได้ ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเครียดและไม่เป็นสุข (สุชา จันทร์เอม, 2538) บุคคลเกิดความคับข้องใจ ไม่พอใจ เกิดความวิตกกังวล ทำให้ขาดความอดทนต่อสิ่งต่างๆ แต่ถ้าหากความต้องการได้รับการตอบสนอง จะทำให้ชีวิตมีความสุข และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงต้องตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละบุคคลอย่างครอบคลุมโดยคำนึงถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และความต้องการด้านสุขภาพเมื่อเกิดเจ็บป่วย ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในลักษณะต่างๆซึ่งสามารถช่วยเหลือและเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัว

ไอมิน (Aimin, 1999) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล

ชินและคณะ (Chien, et al., 2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลพื้นฐานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลพื้นฐานเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

คณินิต บุรีเทศน์ (2540) ศึกษาผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรมการจัดการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย 4 ด้าน คือ การให้ข้อมูล ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านกำลังใจ และระบายความรู้สึก พบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัตนา อยู่เปล่า (2543) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

บาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมโยงอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมโยงอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมโยงอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูล สนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล และการสนับสนุนความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ประกอบด้วย การสอนและการปฐมนิเทศก่อนการเยี่ยม และให้การพยาบาลแบบสนับสนุนความต้องการ 5 ด้านคือ ด้านการได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านการได้รับความมั่นใจ ด้านการได้รับความสุขสบาย ด้านการได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก และด้านการให้แหล่งประโยชน์ ให้การสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเข้าเยี่ยมในการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต มีการปรับตัวภายหลังการทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สรุปได้ว่าผลดีของการได้รับการตอบสนองความต้องการ ช่วยให้ลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดความพึงพอใจ (Aimin, 1999; Chien, et al., 2006; คณิงนิต บุรีเทศน์, 2540; นาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2540; รัตนา อยู่เปล้า, 2543; สมคิด ปานประเสริฐ, 2547; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) มีผลให้ความสามารถรับรู้ดีขึ้น สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ (สัมพันธ์ หิณญิระนันท์, 2541) สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548; อรุณรัตน์ โยชินวัฒนบำรุง, 2548) และผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (นิตยา จรัสแสง, 2547) สามารถคงความสมดุลในการดำรงชีวิตโดยรวมได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้มแข็ง และความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกำลังใจและเป็นแรงสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้ (Halm, 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผลของการได้รับการตอบสนองความต้องการ ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความวิตกกังวลลดลงและสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวมีความหลากหลาย อีกทั้งความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้รับยังไม่ตรงกัน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538) การรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของพยาบาล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความแตกต่างกัน (Bijttebier, et al, 2001; Forrester, et al., 1990; Kosco & Warren, 2000; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; Norris & Grove, 1986; Verhaeghe, et al., 2005; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองจะมีความแตกต่างจากความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมอง (Engli & Farmer, 1993; Mathis, 1984) โดยที่ในระยะเฉียบพลันของการบาดเจ็บที่สมองนั้นผู้ป่วยพักรักษาทั้งในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไป (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) ซึ่งหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอุปกรณ์ สภาพแวดล้อม และเวลาเยี่ยม ซึ่งมีผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว (Youngblut, et al., 2005; อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538) แต่การศึกษาที่ผ่านมาในส่วนใหญ่มักการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงในหอผู้ป่วยหนัก และส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองและไม่มีการบาดเจ็บที่สมองรวมกัน ส่วนการศึกษาในหอผู้ป่วยทั่วไปนั้นมีน้อยและยังขาดการศึกษาความต้องการที่แยกเฉพาะเจาะจงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด การที่จะนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เหมาะสม ถึงแม้จะมีผลการวิจัย

ในต่างประเทศมาเปรียบเทียบหรือประยุกต์ใช้ อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างจากครอบครัวไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปในกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทุกระดับความรุนแรง ทั้งการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย การบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลาง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ตลอดจนนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป ให้สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจ นำไปสู่การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลรามธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล) และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มาเยี่ยมผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลรามธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล) และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยมีวิธีการดังนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้คือ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตามลักษณะที่กำหนด ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่พักรักษา ณ โรงพยาบาลทั้งสามแห่ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ปี พ.ศ. 2549 จากโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง

จำนวน 1173 ราย

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่สูงสุดที่ผู้วิจัยยอมรับได้ กำหนด $e = 0.10$

ประมาณการขนาดของประชากรทั้งหมด (N) จำนวนจากสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในรอบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2549) ทั้งโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลรามาริบัติ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล) เท่ากับ 1173 ราย ดังตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในปี พ.ศ. 2549

สถานที่	จำนวน (ราย)
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	465
โรงพยาบาลรามาริบัติ	135
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	573
รวม	1173

$$\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง } n = \frac{1173}{1 + 1173 (0.1)^2} = 93 \text{ ราย}$$

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 93 ราย และนำไปคิดคำนวณสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาลได้ดังนี้ คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 37 ราย โรงพยาบาลรามาริบัติ 11 ราย และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล) 45 ราย

2. การสุ่มเลือกโรงพยาบาลและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักการการสุ่มเลือกตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร โดยจำแนกโรงพยาบาลเป็น 5 กลุ่มตามสังกัด คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ออกมา 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ออกมา 3 กลุ่ม โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลรามาริบัติ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล) โดยมีการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรแต่ละโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกสมาชิกในครอบครัว 1 รายต่อผู้ป่วย 1 รายที่พักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลรามาริบัติ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เกิดจากอุบัติเหตุได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

คุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัว

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่อายุมากกว่า 60 ปี ต้องได้คะแนนการทดสอบด้วยวิธีทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางครอบครัวกับผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา มารดา บิดา บุตร พี่หรือน้อง เป็นบุคคลซึ่งอาศัยอยู่ด้วยกัน มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย รวมถึงการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากผลของความเจ็บป่วย กรณีที่มีญาติมาพร้อมกันหลายคน จะเลือกคู่สมรส มารดา บิดา บุตร พี่หรือน้อง เรียงตามลำดับ
3. มาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ครั้งในระยะเวลา 3 วัน แต่ไม่เกิน 4 วัน เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาในช่วงระยะเวลาเริ่มแรกของเหตุการณ์
4. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด และสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจดี
5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สถานที่เก็บข้อมูล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
โรงพยาบาลรามาริบัติ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (โรงพยาบาล
วชิรพยาบาล)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือคัดกรองที่ใช้คัดกรองกลุ่ม
ตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คือแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และเครื่องมือวิจัยที่ใช้เก็บ
รวบรวมข้อมูล 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) (ภาคผนวก ก) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรอง
สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพื่อทดสอบความสามารถในการ
รับรู้ที่เป็นปกติและคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแบบทดสอบนี้พัฒนาขึ้นโดย
ไอแซคส์ และ อักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973) แบบทดสอบแบ่ง
ออกเป็น 4 หมวด โดยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองบอกชื่อของสี สัตว์ ผลไม้ และ
จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ มีเกณฑ์การให้คะแนนโดยให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละ
คำตอบ หากตอบชื่อซ้ำกันจะให้เพียง 1 คะแนน คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวดเท่ากับ 10 คะแนน
คะแนนรวมที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-40 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็น
ผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ที่เป็นปกติที่เป็นปกติ (normal mental status)

คุณภาพเครื่องมือ

ไอแซคส์และเคนนี่ (Isaacs Kennie, 1973) ได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่ไปใช้ในการ
คัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อมจำนวน 189 ราย ในกลุ่มอายุ 65-74 ปี, 75-84 ปี และอายุ
ตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 35, 89 และ 65 รายตามลำดับ พบว่า มีความสอดคล้องอย่างมากกับการ
วินิจฉัยทางคลินิก โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน จำนวน 146 รายไม่มี
ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจำนวน 22 รายที่มีคะแนนรวมต่ำกว่า 25 คะแนน มีอาการสมองเสื่อม 20
ราย ดิสุราและมีอาการพูดเพ้อเจ้อ 1 ราย และอีก 1 ราย เป็นอัมพาตทางด้านซ้าย ส่วนผู้สูงอายุ
จำนวน 21 รายที่มีคะแนนรวมระหว่าง 15-24 คะแนน มีผู้สมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีอาการ
หวาดระแวง วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า หรือมีพยาธิสภาพทางร่างกาย เช่น หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

ต่อมาเฮย์ (Hays, 1984) ได้นำแบบทดสอบไปใช้ในผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนรวมมากกว่า 30 คะแนน มีสุขภาพด้านจิตใจเป็นที่พึงพอใจ และผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า 30 คะแนนพบว่ามีปัญหาสุขภาพอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนมากจะได้คะแนนมากในทุกหมวด แต่ผู้ที่ได้คะแนนน้อยจะได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นกัน แสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพของสมองได้จริง นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้เวลาทำแบบทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดยอรุณี นาคะพงศ์ (2539) ได้นำไปทดสอบผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 131 ราย พบว่าใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 2-5 นาที สุมนา แสนมาโนช (2541) นำไปใช้ทดสอบผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 40 ราย ใช้เวลาทำแบบทดสอบประมาณ 3 นาที และสุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม (2546) นำไปใช้ทดสอบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 54 ราย ใช้เวลาทำแบบทดสอบประมาณ 2-4 นาที

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ก) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลขอสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง การผ่าตัดทางสมอง ลักษณะของผู้ป่วย สาเหตุการบาดเจ็บ ค่ารักษาพยาบาล และสถานภาพในครอบครัว

3. แบบสอบถามความต้องการและการได้รับตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ใช้แบบสอบถามความต้องการของญาติและการตอบสนองความต้องการที่ญาติได้รับของ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) (Molter, 1979) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยจำนวน 45 ข้อ แบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้าน ตามการศึกษาของดาลี (Daley, 1984) ดังนี้

1. ความต้องการลดความวิตกกังวล 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 16
2. ความต้องการข้อมูล 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 42

3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 19, 21, 22, 23, 24
4. ความต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 25, 26
5. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 20, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36
6. ความต้องการส่วนบุคคล 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสอบถามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ญาติที่สมองประกอบด้วย 45 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|---------------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่มีความสำคัญ |
| 2 คะแนน | หมายถึง | มีความสำคัญเล็กน้อย |
| 3 คะแนน | หมายถึง | มีความสำคัญพอควร |
| 4 คะแนน | หมายถึง | มีความสำคัญมาก |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ค่าเฉลี่ยของความต้องการแต่ละข้อมีค่าเป็นไปไ้ระหว่าง 1-4 ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวข้อใดมีค่าเฉลี่ยของระดับความสำคัญสูง แสดงว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการในข้อนั้นนั้นมาก ถ้าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวข้อใดมีค่าเฉลี่ยของระดับความสำคัญต่ำ แสดงว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการในข้อนั้นน้อย ผู้วิจัย แบ่งระดับความต้องการ ตามการแบ่งระดับของ Best (Best, 1977 อ้างในนริรัตน์ นิลขำ, 2548) ด้วยการนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดของข้อความ จากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง จะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ ซึ่งในการวิจัยนี้แบ่งความต้องการเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระดับของความต้องการ
3.28 - 4.00	ต้องการมาก
2.52 - 3.27	ต้องการปานกลาง
1.76 - 2.51	ต้องการน้อย
1.00 - 1.75	ต้องการน้อยที่สุด

3.2 แบบสอบถามการได้รับตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ใช้แบบสอบถามความต้องการของญาติและการตอบสนองความต้องการที่ญาติได้รับของอารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) (Molter, 1979) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยจำนวน 45 ข้อ แบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้านตามการศึกษาของดาเลย์ (Daley, 1984) เช่นเดียวกับแบบสอบถามความต้องการขอสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับคะแนนมี 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

4 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการตอบสนองมาก
3 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการตอบสนองปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	ได้รับการตอบสนองน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ได้รับการตอบสนอง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ค่าเฉลี่ยของการได้รับตอบสนองความต้องการแต่ละข้อมีค่าเป็นไปไ้ระหว่าง 1-4 โดยถ้าคะแนนเฉลี่ยในข้อใดมาก แสดงว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการในข้อนั้นมาก คะแนนเฉลี่ยในข้อใดน้อย แสดงว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการในข้อนั้นน้อย ผู้วิจัยแบ่งระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการ ตามการแบ่งระดับของ Best (Best, 1977 อ้างในนริรัตน์ นิลขำ, 2548) ด้วยการนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดของข้อความ จากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง จะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ ซึ่งในการวิจัยนี้แบ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	ระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการ
3.28 - 4.00	ได้รับมาก
2.52 - 3.27	ได้รับปานกลาง
1.76 - 2.51	ได้รับน้อย
1.00 - 1.75	ได้รับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แบบสอบถามความต้องการของญาติและการตอบสนองความต้องการที่ญาติได้รับของอารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) (Molter, 1979) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีการ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้มาแล้ว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .91 และ .92 ตามลำดับ จากการศึกษาที่ผ่านมามีรายงานว่าเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (CCFNI) (Molter, 1979) เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและคุณภาพทั้งความตรงและความเที่ยง (Leske, 1991) มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .88 - .98 (Leske, 1991) เริ่มพัฒนาครั้งแรกโดยมอลเตอร์ (Molter, 1979) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งทฤษฎีภาวะวิกฤตและทฤษฎีความต้องการ และการสำรวจประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิกจากนักศึกษาปริญญาโท 23 คน ได้ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาของแบบสอบถามจากพยาบาลที่ทำงานในหน่วยบำบัดพิเศษ 2 คน และพยาบาลที่มีญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 1 คน (Molter, 1979) และหลังจากนั้นมีการนำเครื่องมือนี้ใช้ในอีกหลายงานวิจัยและตรวจสอบพบมีความตรงทางด้านเนื้อหา (Daley, 1984; Leske, 1986) ต่อมาเลสค์ (Leske, 1991) ได้นำเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์มาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ความตรงทางด้านโครงสร้าง (construct validity) และหาความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มสมาชิกในครอบครัว 677 ราย พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยง โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาโดยรวม (coefficient alpha) มีค่าเท่ากับ .92 เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ประเมินความต้องการในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันกับงานวิจัยของอารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) และมีการปรับปรุงข้อคำถามเพียงสามข้อจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) สำหรับประเทศไทยจาก พบว่ามี การนำแบบสอบถามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวซึ่งแปลและดัดแปลงจากเครื่องมือสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) (Molter, 1979) มาใช้หลายงานวิจัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .87 - .94 (จุฑามาศ ปัญจะวิสุทท์, สุภาภรณ์ ค้างแพง, สมพร ศิริเต็มกุล, และวิไลวรรณ ณ สุวรรณ, 2541; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; วิมลรัตน์ ภู่วรรณพานิช, 2535; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนามุขิ, 2532) ส่วนแบบสอบถามในส่วนของการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวนั้น พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .89 - .92 (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงและตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ของเครื่องมือ จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของกลุ่มตัวอย่างใน 20 รายการของการเก็บข้อมูลจริงมีค่าเท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ซ้ำอีกครั้งหลังเก็บข้อมูลครบ 93 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของทั้ง 3 โรงพยาบาล (ภาคผนวก ง) โดยผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย ทำการพิทักษ์สิทธิ ผู้ร่วมวิจัยก่อนเก็บข้อมูล ดังนี้

1. คำนึงถึงเวลาอันเหมาะสมในการเข้าขอความร่วมมือในการร่วมวิจัย และประเมินความพร้อมก่อนเข้าแนะนำตัวแก่ผู้ร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย การปกปิดความลับและความรับผิดชอบของผู้วิจัย ตลอดจนที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการวิจัยในภายหลัง

3. ชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและการพยาบาลแต่อย่างใด รวมทั้งสิทธิที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาในขณะที่เก็บข้อมูลโดยไม่มีข้อผูกมัดใดๆรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม สามารถทบทวนการตัดสินใจการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และมีสิทธิขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องรอให้การดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องบอกเหตุผลโดยการกระทำ (ภาคผนวก ข)

4. ผู้ร่วมวิจัยมีอิสระในการลงนามยินยอมตอบรับเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Inform consent form) (ภาคผนวก ค) โดยไม่มีการบังคับ

5. ชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยทราบว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาวิจัยในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

6. ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยเกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์และจิตใจขณะเก็บข้อมูล โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมเช่น ร้องไห้ กระสับกระส่าย เนื้อตัวสั่น หน้าซีด ร้องตะโกน พูดติดต่อกัน โดยไม่สนใจคำถาม สอบถามข้อมูลเดิมซ้ำๆ ไม่สามารถตัดสินใจได้ เป็นต้น ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย เตรียมให้การช่วยเหลือโดยการยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยระบายความรู้สึกอย่างอิสระ รับฟังด้วยความตั้งใจรวมทั้งให้ความมั่นใจในการปกปิดข้อมูลที่ได้รับฟังว่าเป็นความลับ ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยมีภาวะวิกฤติทางด้านอารมณ์และจิตใจมากเกินความช่วยเหลือของผู้วิจัย ผู้วิจัย

ยุติการเก็บข้อมูลและจะติดต่oprสานงานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย กำหนดคุณสมบัติและหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัยดังนี้ คือ มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอย่างน้อย 6 เดือน และทำงานในแหล่งเก็บข้อมูล โดยมีหน้าที่ ประสานงานกับหัวหน้าของสถานที่เก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูล และตรวจสอบข้อมูล

2. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสอบถามรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล

3. ฝึกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ราย ในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามภายใต้การแนะนำของผู้วิจัย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างน้อย 5 ราย หรือจนแน่ใจว่า ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในการใช้แบบสอบถามตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้อง

4. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล

5. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

6. ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

7. ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัวพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและขอความร่วมมือให้เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายให้เข้าใจถึงความ เป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและรายละเอียดของการ

วิจัยพอสังเขป รวมทั้งขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม และทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล

8. เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่เตรียมไว้ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสงบเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยมีสมาธิ และขออนุญาตจดบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้ร่วมวิจัยเลือกตอบคำถามทีละข้อ แล้วบันทึกคำตอบของผู้ร่วมวิจัยลงในแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

9. หลังการเก็บข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตผู้ร่วมวิจัยในส่วนของบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการวินิจฉัย รวมทั้งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในกรณีที่ไม่สามารถบันทึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการสอบถามจากพยาบาลหรือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

10. ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลจากแบบสอบถามที่เสร็จเรียบร้อยแล้ว หากพบว่า ข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือไม่ครบถ้วน จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียน เมื่อได้ข้อมูลจากแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กำหนดรหัสข้อมูล และจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
 - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละ
 - 2.2 ข้อมูลของคะแนนความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ด้วยสถิติ paired t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มาเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ผลการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 4 ส่วนด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ส่วนที่ 2 ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ส่วนที่ 3 การได้รับตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.2 โดยอายุเฉลี่ย 40.44 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 -40 ปี (ร้อยละ 39) สถานะภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 77.4 ซึ่งมีบทบาทความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (ร้อยละ 43.0) รองลงมา มีความสัมพันธ์เป็นพี่-น้อง (ร้อยละ 20.4) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 96.8 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 34.4) และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.4) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	25.8
หญิง	69	74.2
อายุ (ปี) (Range 19-71, \bar{X} =40.44, S.D.=12.18)		
18-25	11	11.8
26-40	39	41.9
41-60	36	38.7
>60	7	7.5
สถานภาพสมรส		
โสด	18	19.2
สมรส	72	77.4
หม้าย	3	3.2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	90	96.8
คริสต์	1	1.1
อิสลาม	2	2.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	32	34.4
มัธยมศึกษา	28	30.1
ประกาศนียบัตร วิชาชีพชั้นสูง	7	7.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	21	22.6
อื่นๆ	5	5.4
อาชีพ		
งานบ้าน	21	22.6
รับราชการ	13	14.0
เกษตรกรกรรม	3	3.2
รับจ้าง	45	48.4
ค้าขาย	9	9.7
อื่นๆ	2	2.2
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา – มารดา	18	19.4
สามี – ภรรยา	40	43.0
บุตร	16	17.2
พี่ - น้อง	19	20.4

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 26–40 ปี (ร้อยละ 33.3) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.6) เป็นการบาดเจ็บที่สมองชนิดที่ไม่สามารถระบุพยาธิสภาพได้ (other and unspecified intracranial hemorrhage) รองลงมาเป็นการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีก้อนเลือด (hematoma) (ร้อยละ 21.5) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองพบว่าเป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยร้อยละ 78.5 รองลงมาเป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงร้อยละ 14 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 8.6 และมีผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพียงร้อยละ 16.1 โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองส่วนมากเกิดจากอุบัติเหตุการจราจรจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 74.5) โดยมีการสวมหมวกนิรภัยในการใช้รถจักรยานยนต์ร้อยละ 38.6 และไม่สวมหมวกนิรภัยมากถึงร้อยละ 61.4 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 92.5) ส่วนใหญ่สถานภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 58.1) รองลงมาเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 41.9) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	72
หญิง	26	28
อายุ (ปี) (Range18-95, \bar{X} =40.78,S.D. =18.65)		
18-25	22	23.7
26-40	31	33.3
41-60	23	24.7
>60	17	18
การวินิจฉัยโรค		
Skull fractures	7	7.5
Concussion	4	4.3
Contusion	3	3.2
Hematoma	19	20.4
Skull fractures with Contusion	4	4.3
Skull fractures with Hematoma	8	8.6
Contusion with Hematoma	14	15.1
Other and unspecified intracranial hemorrhage	34	36.6
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง		
ระดับเล็กน้อย	73	78.5
ระดับปานกลาง	7	7.5
ระดับรุนแรง	13	14

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การผ่าตัดทางสมอง		
ได้รับการผ่าตัด	8	8.6
ไม่ได้รับการผ่าตัด	85	91.4
ลักษณะของผู้ป่วย		
ใส่เครื่องช่วยหายใจ	15	16.1
ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	78	83.9
สาเหตุการบาดเจ็บ		
รถจักรยานยนต์ (สวมหมวกนิรภัย)	17	18.3
รถจักรยานยนต์ (ไม่สวมหมวกนิรภัย)	27	29.0
รถยนต์	5	5.4
รถจักรยาน/ เดิน	10	10.8
พลัดตกหกล้ม	22	23.7
ถูกทำร้ายร่างกาย	9	9.7
อื่นๆ	3	3.2
ค่ารักษาพยาบาล		
เบิกได้	86	92.5
จ่ายเอง	3	3.2
อื่น ๆ	4	4.3
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	39	41.9
สมาชิกในครอบครัว	54	58.1

ส่วนที่ 2 ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ความต้องการรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองใน ระยะ 72 - 96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า ความต้องการรายด้านที่ กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ด้านข้อมูล ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.36) รองลงมาคือด้านการลดความวิตกกังวล ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.35) และ ลำดับสุดท้ายคือด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.64) ดังแสดงรายละเอียด ในตาราง 6

ส่วนความต้องการรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในระยะ 72 - 96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป ที่สมาชิกในครอบครัวให้ ความสำคัญ 5 อันดับแรกคือ ต้องการมีความหวัง ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.25) ต้องการได้รับคำตอบ จากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.35) ต้องการได้คุยกับแพทย์ทุกวัน ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.43) ต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยม ผู้ป่วยได้ ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.45) ต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออก จากโรงพยาบาลไปชั่วคราว ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.42) ต้องการได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการ กีบหน้าของผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.50) และต้องการทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างไร ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.54) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 10 อันดับแรก (N=93)

ความต้องการรายข้อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ลำดับที่
ต้องการมีความหวัง (เช่น หวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ)	3.94	0.25	1
ต้องการคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง	3.89	0.35	2
ต้องการคุยกับแพทย์ทุกวัน	3.83	0.43	3
ต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้	3.83	0.45	3
ต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว	3.81	0.42	4
ต้องการได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการสืบหน้าของผู้ป่วย	3.81	0.50	4
ต้องการทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างไร	3.80	0.54	5
ต้องการได้พูดคุยเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนัก	3.77	0.53	6
ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย	3.76	0.50	7
ต้องการทราบการทำนายโรคผู้ป่วย	3.74	0.66	8
ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย	3.74	0.55	8
ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด	3.73	0.51	9
ต้องการทราบถึงเหตุผลของสิ่งที่กระทำต่อผู้ป่วย	3.73	0.51	9
ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง	3.71	0.64	10

ส่วนที่ 3 การได้รับการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง

ตาราง 6 แสดงผลการวิเคราะห์การได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72 - 96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า ความต้องการรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.58) รองลงมาคือ ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.58) และอันดับสุดท้ายคือ ความต้องการด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.41$, S.D. = 0.56)

ส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการรายข้อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า ความต้องการรายข้อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ได้รับการตอบสนอง 5 อันดับแรกคือ ความต้องการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 0.52) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.56) ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.60) ความต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.71) และความต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.90) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการรายข้อของกรุปตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 10 อันดับแรก (N=93)

การได้รับการตอบสนองความต้องการรายข้อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ลำดับที่
ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา	3.65	0.52	1
ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย	3.53	0.56	2
ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย	3.48	0.60	3
ต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง	3.41	0.71	4
ต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล	3.33	0.90	5
ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด	3.31	0.74	6
ต้องการเข้าไปดูผู้ป่วยได้บ่อย ๆ	3.27	0.81	7
ต้องการมีความหวัง (เช่นหวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ)	3.24	0.70	8
ต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อย ขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว	3.20	0.80	9
ต้องการให้มีห้องน้ำอยู่ใกล้ ๆ ที่พักรอเยี่ยม	3.16	0.90	10

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมองพักรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการด้านข้อมูล ด้านการลดความวิตกกังวล ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความต้องการอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านส่วนบุคคล และด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการทุกด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการ

ตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาตามการเรียงลำดับความสำคัญและการได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรายด้านที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมากที่สุดอันดับ 1 คือ ด้านข้อมูลนั้น และความต้องการด้านข้อมูลได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นอันดับที่ 4

โดยสรุปพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการสูงกว่าคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งรายด้านและโดยรวม โดยคะแนนเฉลี่ยความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ด้วย paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (N=93)

รายด้าน	ความต้องการ		ได้รับการตอบสนอง		t	P value
	\bar{X}_1	SD ₁	\bar{X}_2	SD ₂		
ด้านข้อมูล	3.72	0.36	2.85	0.61	12.73	.000
ด้านการลดความวิตกกังวล	3.67	0.35	2.87	0.53	14.05	.000
ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย	3.51	0.57	3.06	0.58	6.33	.000
ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย	3.36	0.57	3.00	0.58	4.71	.000
ด้านส่วนบุคคล	2.96	0.57	2.53	0.53	5.91	.000
ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก	2.80	0.64	2.41	0.56	6.09	.000
โดยรวม	3.31	0.38	2.72	0.45	11.11	.000

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย จะครอบคลุมในประเด็นของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และการเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตามลำดับดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 93 คน โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีอายุเฉลี่ย 40.44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.2) สถานะภาพของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 77.4) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 34.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.8) และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิทยาภรณ์ และคณะ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2549) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีอายุเฉลี่ย 39.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ และมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 85, 83.3, 65.8, 87.5 และ 37.5ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มีบทบาทความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา ร้อยละ 43.0 รองลงมา มีความสัมพันธ์เป็นพี่-น้อง (ร้อยละ 20.4)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72) มีอายุอยู่ในช่วง 26-40 ปี (ร้อยละ 33.4) มีอายุเฉลี่ย 40.78 ปี ซึ่งระดับความรุนแรงทางคลินิก (Clinical severity) ของการบาดเจ็บที่สมองโดยใช้ค่าผลรวมตารางกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale; GCS) ณ วันแรกที่เข้ารับการรักษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย (GCS = 13-15) (ร้อยละ 78.5) อันดับต่อมาเป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง (GCS = 3-8) (ร้อยละ 14) ซึ่ง

สอดคล้องกับงานวิจัยของพิทยาภรณ์ และคณะ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และ สุธศิริ หิรัญชุนหะ, 2549) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.2) มีอายุเฉลี่ย 34.9 ปี และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย จากการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่สมองชนิดที่ไม่สามารถระบุพยาธิสภาพได้ (other and unspecified intracranial hemorrhage) (ร้อยละ 37.6) ทั้งนี้เนื่องมาจากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นการวินิจฉัยโดยอาศัยลักษณะอาการทางคลินิก (Clinical evidence) ส่วนการวินิจฉัยเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่สมองและระบบประสาท โดยภาพรังสีวินิจฉัยระบบประสาท (Diagnostic Neuroimaging) เช่น การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (Computerized tomography; CT Scan) ไม่ได้มีการส่งตรวจทุกราย โดยจะส่งตรวจหากความผิดปกติจากการสืบค้น (investigation) ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเท่านั้น (นครชัย เฟื่อนปฐม, 2546) ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองชนิดที่ไม่สามารถระบุพยาธิสภาพได้ (other and unspecified intracranial hemorrhage) นี้มีทั้งที่ได้รับการตรวจและไม่ได้รับการตรวจคอมพิวเตอร์สมอง ซึ่งบางรายมีผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมองไม่พบพยาธิสภาพที่สมอง ในงานวิจัยนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีก้อนเลือดสูงถึงร้อยละ 44.1 โดยพบว่าการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีกะโหลกศีรษะแตกร่วมกับมีก้อนเลือด (skull fracture with hematoma) มีถึงร้อยละ 8.6 ส่วนการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีสมองช้ำร่วมกับมีก้อนเลือด (contusion with hematoma) พบร้อยละ 15.1 และมีก้อนเลือดอย่างเดียว (hematoma) ร้อยละ 20.4 ทั้งนี้ภายหลังการบาดเจ็บที่สมองมีความเสี่ยงที่จะเกิดก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะเฉียบพลัน (acute phase) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีกะโหลกศีรษะแตกมีความเสี่ยงที่จะเกิดก้อนเลือดได้สูงถึงเกือบ 200 เท่าของผู้บาดเจ็บที่ไม่มีกะโหลกศีรษะแตก (นครชัย เฟื่อนปฐม, 2546: 439)

สำหรับการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เกิดพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บที่สมองจนต้องนำไปผ่าตัดรักษาพบร้อยละ 8.6 ส่วนร้อยละ 91.4 ไม่ได้รับการผ่าตัดทางสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่สมองร้อยละ 19.6 ส่วนอีกร้อยละ 80.4 ได้รับการรักษาเฉพาะทางยาเป็นหลักโดยไม่ได้รับการผ่าตัดที่สมอง ในระยะเฉียบพลัน (acute phase) นี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 16.1 แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.9) ไม่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 74.5) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (จาคูรงค์ เทพาหุดี และนครชัย เฟื่อนปฐม, 2542; อภิชาติ วชิรพันธ์ และคณะ, 2542; อรุณ กิจมหาตระกูล, 2542; สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549; Thurman, et al., 1999) โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีการสวมหมวกนิรภัยในการใช้รถจักรยานยนต์เพียงร้อยละ 38.6

แต่ไม่สวมหมวกนิรภัยมากถึงร้อยละ 61.4 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีปัญหาการไม่สวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วว่าหมวกนิรภัย เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยลดความรุนแรงการบาดเจ็บที่สมอง ลดอัตราการตายลงได้ก็ตาม และมีพระราชบัญญัติหมวกนิรภัยบังคับใช้ทั่วประเทศแล้วตั้งแต่ 1 มกราคม 2539 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตรวจจับผู้ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรของตำรวจจราจรมีความเข้มงวดลดลง และการประชาสัมพันธ์รณรงค์ความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนลดลง (เสาวนีย์ วิบูลสันติ, นวระหงส์ ณ.เชียงใหม่ และพนา พวงมะลิ, 2548) สาเหตุการบาดเจ็บที่สมองรองลงมาได้แก่ การพลัดตกหกล้มพบถึงร้อยละ 29.0 พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1997) ซึ่งในการศึกษานี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 18.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ลักษณะโครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และสถานที่เก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลที่มีการรับรักษาจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นด้วย ในด้านค่ารักษาพยาบาลส่วนมากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสามารถ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 92.5 เนื่องจากมีกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และสิทธิบัตรทองประกันสุขภาพของรัฐบาล ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยเหลือภาระการเงินในขณะพักรักษาในโรงพยาบาลได้

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง

สำหรับผลการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองรายด้าน พบว่าความต้องการรายด้านของสมาชิกในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการด้านข้อมูลเป็นอันดับแรก ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.36$) และด้านการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับสอง ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.35$) สอดคล้องกับการศึกษาของฟรีสมัท (Freismuth, 1986) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลเป็นอันดับแรก และด้านการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับสอง อธิบายได้ว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข่าวว่าผู้ป่วยได้ประสบอุบัติเหตุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกะทันหัน ทำให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความเครียด และภาวะสมดุลของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงต้องพยายามรักษาสมดุลของครอบครัวไว้ (Fawcett, 1975; McClowry, 1992) สมาชิกในครอบครัวจึงต้องใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะผลกระทบต่อจิตใจที่รุนแรง สมาชิกในครอบครัวจึงมีความต้องการข้อมูลเพื่อจะช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดในด้านต่างๆ ได้ ซึ่งการได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีการรับรู้ที่ถูกต้องสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม สำหรับความต้องการลดความวิตกกังวล พบว่ามีความสำคัญเป็น

อันดับสอง อาจจะเนื่องมาจากในระหว่าง 3 วัน สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการมากในข้อความต้องการ 4 ข้อ คือ ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ความต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ความต้องการมีความหวัง และความต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว ซึ่งความต้องการทั้ง 4 ข้อนี้เป็นความต้องการด้านการลดความวิตกกังวล นอกจากนี้การเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตรงเวลาและบ่อยๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อาจมีผลให้ความวิตกกังวลลดลงเช่นกัน สมาชิกในครอบครัวจึงให้ระดับความสำคัญของความต้องการเหล่านั้นต่ำ มีผลทำให้คะแนนของความต้องการลดความวิตกกังวลต่ำ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลสูงเป็นอันดับแรก ส่วนความต้องการรายด้านที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญน้อยคือ ความต้องการส่วนบุคคล ($\bar{X} = 2.96$, $SD = 0.57$) และด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.80$, $SD = 0.64$) ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Daley, 1984; Freismuth, 1986; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนานาฎิ, 2532) ที่พบว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญน้อยคือ ความต้องการส่วนบุคคลและด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤต สมาชิกในครอบครัวมุ่งให้ความสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความสะดวกสบายของตนเอง และไม่พร้อมที่จะพูดถึงความรู้สึกของตน

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรายชื่อที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญ เป็นอันดับแรกคือ ต้องการมีความหวัง ($\bar{X} = 3.94$, $SD = 0.25$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Forrester, et al., 1990; Lee, Chien, & Mackenzie, 2000; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; พรทิพย์ โกศลวัฒน์, 2541; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล; 2538; อุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล, 2541) อธิบายได้ว่าการเกิดอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิต (Horn & Tesh, 2000) จึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดยเฉพาะการพบเห็นสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมรับรู้และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Youngblut, et al., 2005) บางครั้งมีการผูกมัดมือผู้ป่วยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุตกเตียง บางรายอาจมีความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) เช่น มีใบหน้าอัมพาตครึ่งซีก (Facial nerve paralysis, facial palsy) อาการชัก (Post traumatic epilepsy) มีความสามารถในการมองเห็นลดลงจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับประสาทตาคู่ที่ 2 (Optic nerve injury) เป็นต้น เป็นระยะที่มีวิกฤตทางระบบประสาทต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและรอคอย (Plowfield, 1999) ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมีก้อนเลือดใน

โพรงกะโหลกศีรษะต้องผ่าตัดฉุกเฉิน โดยในการศึกษานี้พบร้อยละ 8.6 และมีผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 16.1 จะเห็นได้ว่าสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวเผชิญล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล จากการศึกษาของนริรัตน์ นิลจำ (2548) พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นสิ่งแรกที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต้องการในระยะเฉียบพลัน (acute phase) คือ ต้องการมีความหวัง โดยหวังให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีโอกาสการรอดชีวิตและและหายกลับสู่สภาพเป็นปกติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและความผาสุกในชีวิต (จันทนา เตชะกฤษ, 2540; บรรจง วาที, 2544) และความหวังเป็นความเชื่อในทางที่ดี (positive belief) ซึ่งพบว่าเป็นวิธีเผชิญความเครียดที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตใช้เป็นประจำมากที่สุด (ชนกพร จิตปัญญา, 2545; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543) โดยเวอร์เฮก ซูเรน ดีฟลอ ดูนสตี และกริฟดอกค์ (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnste, & Grypdonck, 2007) ได้ให้ความเห็นว่า ความหวังเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการในการปรับสภาพด้านจิตใจโดยเฉพาะในสิ่งที่ไม่สามารถคาดเดาได้ และในระยะซ็อก (Verhaeghe, et al., 2007: 1489) ทั้งนี้เนื่องจากความหวังเป็นแหล่งพลังงานในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดการปรับตัวต่อความเครียด หรือภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Miller, 1992) ความหวังจึงเป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่จะช่วยทำให้ความเครียดและความรู้สึกวิตกกังวลลดลง เกิดความผ่อนคลายและสามารถอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ ส่งผลให้เกิดความสมดุลทางจิตใจตามมาในที่สุด จากการศึกษาของเทรซี่และคณะ (Tracy, et al., 1999) พบว่าความหวังของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตขณะพักรักษาในโรงพยาบาล คือ หวังว่าอาการจะดีขึ้นและสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ หวังการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หวังให้มีการฟื้นฟูหายปกติ หวังว่าไว้วางใจในพระเจ้าได้

สำหรับความต้องการรายชื่อที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญ 9 อันดับต่อมา (13 ข้อ) เป็นความต้องการด้านข้อมูลและด้านลดความวิตกกังวล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโดยธรรมชาติของโรคเองมีความซับซ้อน ยากที่จะคาดเดา ทำให้สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของอาการทางระบบประสาท การรอดชีวิต ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ (Tracy, et al., 1999) อีกทั้งทางโรงพยาบาลได้มีข้อกำหนดจะมีการจำกัดเวลาเยี่ยม จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวอาจไม่สามารถทราบข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ บางครั้งมีการแปลข้อมูลเองที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะคำวัดที่เป็นตัวเลขบางอย่าง เช่น ความดัน โลหิต เป็นต้น (Verhaeghe, et al., 2007) ทำให้สมาชิกในครอบครัวคาดหวังเหตุการณ์เกินความเป็นจริง (Over

estimate) ซึ่งความไม่รู้และการได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์นั้น จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว รวมทั้งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยทำนายเหตุการณ์โดยการรับรู้อย่างผิดๆ หรือเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง การที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ทำให้อาจเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดหวัง และหมดพลังอำนาจ (Hickey, 1996) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมองจึงแสวงหาข้อมูล ซึ่งการได้รับข้อมูลที่เพียงพอและที่เหมาะสม ก็จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ในการวิจัยนี้พบว่าสมาชิกในครอบครัวต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ต้องการรู้การทำนายโรค อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนัก ต้องการได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย และแผนการรักษา ต้องการทราบถึงสาเหตุของสิ่งที่กระทำต่อผู้ป่วย ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง และได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงต้องการได้คุยกับแพทย์ทุกวัน (ความต้องการอันดับที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวอร์เฮกและคณะ (Verhaeghe, et al., 2007) พบว่า บุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องการข้อมูลจากแพทย์เป็นบุคคลแรกทั้งนี้เนื่องจากในทัศนคติของคนทั่วไป คิดว่าแพทย์ควรเป็นผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง (ความต้องการอันดับที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจาเมอรอนและคณะ (Jameron, et al., 1996) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยและทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว และต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้และสามารถลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆให้อยู่ในภาวะสมดุลทางอารมณ์และจิตใจได้

สำหรับความต้องการรายชื่อที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้ายคือมีพระมาเยี่ยมและทำพิธีกรรมทางศาสนาได้ (ภาคผนวก จ) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541) อธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีอาจความเชื่อว่าการมีพระมาเยี่ยม จะแสดงถึงผู้ป่วยมีอาการหนัก อาจถึงแก่กรรม ซึ่งเป็นความเชื่อว่าเป็นกลางที่ไม่ดี ส่วนการทำพิธีกรรมทางศาสนาอาจเนื่องมาจากลักษณะนิสัยของคนไทยที่มีความเกรงใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกรงใจบุคคลากร หรือผู้ป่วยคนอื่นที่อยู่ใกล้กัน รวมถึงพระด้วย สมาชิกในครอบครัวจึงให้ความสำคัญน้อยที่สุด จากการศึกษาของวงรัตน์ (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) ใน

กลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 85 คน พบว่าสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 76.5 ไม่มีความต้องการในการนำพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนา และสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 96.5 ไม่ได้ปฏิบัติในการนำพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนาไปประกอบพิธีทางศาสนา เนื่องจากไม่ต้องการรบกวนพระสงฆ์ และไม่ได้นับถือศาสนาโดยยึดตัวบุคคล ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของฟรีเชลส์ (Freichels, 1991) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต จำนวน 25 คน ในเวลา 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และประเมินความต้องการซ้ำเมื่อครบเวลา 7-10 วันหลังพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักอีกครั้งหนึ่ง พบว่า ความต้องการแต่ละข้อจะมีความสำคัญลดลงยกเว้นการมีพระมาเยี่ยมมีความสำคัญเพิ่มขึ้นในระยะที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ นับถือศาสนาคริสต์ ซึ่งมีทัศนคติต่อความตายว่าเป็นธรรมชาติของชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากผลของบาป และมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับพระเจ้า โดยศีลเจิม (holy unction) มักกระทำเมื่อผู้ป่วยเจ็บหนักหรือใกล้ตายเพื่อชำระบาปครั้งสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยมีสติ และเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อที่จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยอย่างมีความหวัง (วงรัตน์ ไสสุข, 2544)

การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรายด้านนั้น ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวรับรู้ได้รับการตอบสนองเป็นอันดับที่ 1 และ 2 คือ ด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยและด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การวิจัยนี้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่เคร่งครัดมีการยืดหยุ่นได้ สามารถมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และสมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ห้องน้ำในหอผู้ป่วยได้

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรายข้อที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการตอบสนองมาก 10 อันดับแรกนั้น เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า 5 ใน 10 เป็นความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมาก ได้แก่ ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ความต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง ความต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ความต้องการมีความหวัง และความต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว จะเห็นว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวเห็นว่าสำคัญนั้นส่วนใหญ่จะได้รับการตอบสนอง แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ของคะแนนความสำคัญของความต้องการ เมื่อวิเคราะห์การได้รับการตอบสนองความต้องการ คือ อันดับที่ 1 ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา อันดับที่ 2 ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยบ้าง อันดับที่ 7 เข้าไปดูแลผู้ป่วยได้บ่อยๆ อันดับที่ 10 มีห้องน้ำอยู่ใกล้ๆที่พักเยี่ยม ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการในด้านความต้องการใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคล ทั้งนี้ เนื่องมาจากการวิจัยนี้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยไม่เคร่งครัดมีการยืดหยุ่นได้ สามารถมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และสมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ห้องน้ำในหอผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาวรรณ และ จันทร์พร (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) โดยพบว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองอันดับที่ 1 ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ อารีย์ (อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) ที่ทำการศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยปิด มีการจำกัดเวลาเยี่ยมที่เคร่งครัด และจากความต้องการรายชื่อที่สมาชิกในครอบครัวรับรู้ได้รับการตอบสนองในอันดับที่ 3, 5, 6 และ 9 เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความเชื่อถือและไว้วางใจในตัวบุคลากร อาจเนื่องมาจากการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้เห็นการทำงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดแล้ว ทำให้สมาชิกในครอบครัวไว้วางใจและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี และเกิดความพึงพอใจ โดยเฉพาะการให้การรักษาและผ่าตัดให้ก่อนที่สมาชิกในครอบครัวจะตามมาพบผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษา

สำหรับความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญมากอยู่ในอันดับที่ 3 คือ ความต้องการได้คุยกับแพทย์ทุกวัน แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยเป็นอันดับที่ 24 อธิบายได้ว่าแพทย์มีความจำกัดเรื่องเวลา มีภาระหน้าที่ในการปฏิบัติงานทั้งที่ห้องผ่าตัด และแผนกตรวจผู้ป่วยนอก เวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยไม่ตรงกับเวลาที่อนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวเยี่ยม อีกทั้งแพทย์มีการรับรู้หรือให้ความสำคัญความต้องการด้านข้อมูลน้อยกว่าสมาชิกในครอบครัว (Bijttbier, et al., 2001) จากผลการศึกษาดังกล่าวน่าจะเป็นแนวทางประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ผลการศึกษา เพื่อให้แพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว และพยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างแพทย์และสมาชิกในครอบครัว

ความต้องการรายชื่อที่ได้รับการตอบสนองน้อยและมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 2 (ภาคผนวก จ) ส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญน้อยด้วยเช่นกัน ยกเว้น ต้องการให้โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน ต้องการได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย และต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ซึ่งพบว่าสมาชิกในครอบครัวต้องการให้โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน และต้องการ

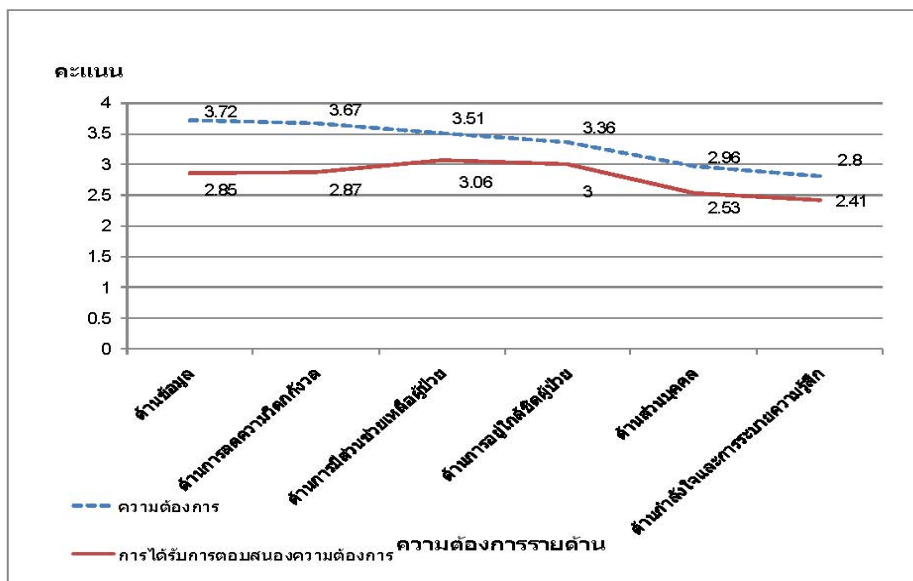
สอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องงานวิจัยของ นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวต้องการให้โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน และต้องการได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวถูกแยกจากกัน อันเนื่องมาจากกฎระเบียบของโรงพยาบาลในเรื่องการจำกัดเวลาเยี่ยม มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้อยู่ใกล้ชิด ไม่ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา จึงอาจทำให้ สมาชิกในครอบครัวเกิดความเป็นห่วงและกังวลใจ กลัวว่าขณะที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยนั้นอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง สมาชิกในครอบครัวจึงต้องการให้พยาบาลโทรศัพท์แจ้งอาการของผู้ป่วยไปที่บ้าน ต้องการได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย หรือต้องการที่จะโทรศัพท์ถามอาการของผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ซึ่งการโทรศัพท์พูดคุยเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยอาจจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลงได้บ้าง แต่จากงานวิจัยพบว่าเป็นความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลมีการรับรู้ความต้องการในข้อนี้ต่ำกว่าการรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541) ซึ่งพยาบาลคิดว่า การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อาจเกิดความผิดพลาดได้ง่าย อาจมีปัญหาในการสื่อสาร เช่น เสียงเบา เสียงไม่ชัดทำให้การรับข้อมูลผิดไป เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทุกรายเป็นผู้ป่วยคดี ดังนั้นการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อาจมีผลทางคดีความ ซึ่งพยาบาลอาจไม่สามารถตรวจสอบบุคคลที่โทรศัพท์มาถามข้อมูลผู้ป่วยได้ โดยบุคคลที่จะให้ข้อมูลทางคดีนั้นจะเป็นเจ้าหน้าที่ทางนิติเวชของโรงพยาบาล สำหรับความต้องการที่จะได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญเนื่องจากการย้ายผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการย้ายเตียงภายในหอผู้ป่วยก็ตาม เมื่อมาเยี่ยมและไม่พบอยู่เตียงเดิมมักทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการคาดการณ์ล่วงหน้าในทางลบ เช่น คาดการณ์ว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือเสียชีวิต เป็นต้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลเช่นกัน แต่ผลการวิจัยพบว่าได้รับการตอบสนองน้อยอาจเป็นเพราะในสถานการณ์จริงส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยย้ายหรือเปลี่ยนแปลงเตียง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาดังกล่าว น่าจะเป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุง ทั้งในด้านการพัฒนาทักษะการให้ข้อมูล และการกำหนดขอบเขตการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ รวมถึงการเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และสมาชิกในครอบครัว

เปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

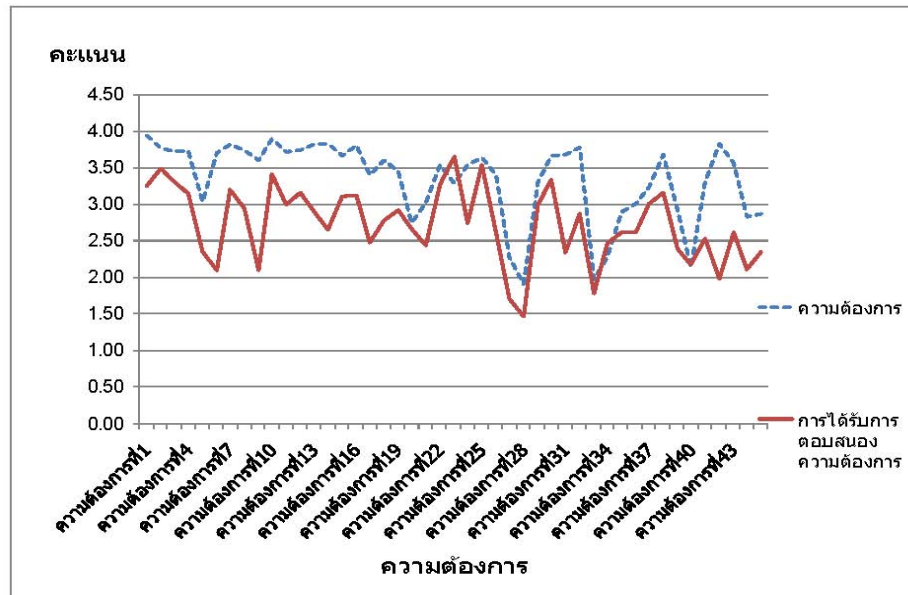
ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสำคัญของความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.38) และคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการ ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.45) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ (รูปภาพ 1 และ รูปภาพ 2) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการมีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความสำคัญของความต้องการทั้งรายด้านและโดยรวมสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการมีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความสำคัญของความต้องการ

ถึงแม้ว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมากจะได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับต้นๆก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการในรายด้าน รายข้อ และโดยรวมแล้วพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการ ยกเว้นเพียง 3 ข้อ (ภาคผนวก จ) ได้แก่ ต้องการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา ต้องการได้อยู่คนเดียวบ้างบางเวลา และต้องการมีสถานที่อยู่ตามลำพังขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นยังน้อยกว่าความต้องการที่มีอยู่ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดและความวิตกกังวล (อารีย์ บุญบวรรัตนกุล, 2538) จึงมีผลทำให้การรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการลดลงจากความเป็นจริง อีกทั้งพยาบาลและแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การตอบสนองความต้องการมากที่สุด พบว่ามีการรับรู้หรือให้ความสำคัญความต้องการของสมาชิกในครอบครัวต่ำกว่าสมาชิกในครอบครัว (Bijttbier, et al., 2001) ทำให้พยาบาลและแพทย์ให้การตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวมีอยู่จริง หรือให้การตอบสนองที่ไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรายด้านที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมากที่สุดอันดับ 1 คือ ด้านข้อมูลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นอันดับที่ 4 โดยนิตยา จรัสแสง (2547) ได้ให้ความคิดเห็นว่า พยาบาลมักจะให้คำแนะนำต่างๆ ตามที่ตนเองคิด

ว่าสมาชิกในครอบครัวควรจะรู้ และไม่ได้สอบถาม หรือประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัว หรือเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสซักถาม (นิตยา จรัสแสง, 2547) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวบางรายไม่ได้คาดหวังถึงการตอบสนองที่ได้รับ เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการก็จะเกิดความรู้สึกทางบวก ซึ่งออร์บาช ไคสเลอร์ วาเทลลา ราช วอร์ด และ ไอวาโทรี (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005) ให้ความคิดเห็นว่า เมื่อเจ้าหน้าที่แสดงท่าทีที่เป็นมิตรและลดการแสดงท่าทีที่เป็นขัดแย้ง จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกดีด้านบวกต่อเจ้าหน้าที่ ทำให้มีผลต่อความรู้สึกการได้รับการตอบสนองความต้องการ (Auerbach, et al., 2005: 208) และประเมินว่าได้รับการตอบสนองค่อนข้างสูง บางครั้งสิ่งที่คาดหวังนั้นไม่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงประเมินว่าได้รับการตอบสนองน้อย เช่น ความต้องการโทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน และได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการวิจัยนี้ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง หรือการย้ายผู้ป่วยในระยะ 72-96 ชั่วโมง เป็นต้น



รูปภาพ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (N=93)



รูปภาพ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการรายข้อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (N=93)

จากผลการวิจัยจะเห็นว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเป็นระยะเฉียบพลัน (acute phase) นั้น ยังได้รับการตอบสนองความต้องการที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านข้อมูล ซึ่งสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความต้องการข้อมูลทั้งจากแพทย์และพยาบาล ดังนั้นพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การดูแลและใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีความตระหนักและรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และให้การตอบสนองความต้องการที่เพียงพอและตรงกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่สมอง รวมถึงประสานงานกับแพทย์เพื่อช่วยเหลือให้ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72 - 96 ชั่วโมง ขณะพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัวของฟอร์เซท (Fawcett, 1975) และแนวคิดการประเมินความต้องการของดาลี (Daley, 1984) เป็นแนวทางในการศึกษา ประชากรที่ศึกษาเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่พักรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาลของรัฐบาล 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 จำนวน 93 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกสมาชิกในครอบครัว 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีสาเหตุจากอุบัติเหตุซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย

คุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัว

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่อายุมากกว่า 60 ปีต้องผ่านการทดสอบความสามารถในการรับรู้
2. เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางครอบครัวกับผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา มารดา บิดา บุตร พี่หรือน้อง เป็นบุคคลซึ่งอาศัยอยู่ด้วยกัน มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย รวมถึงการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเนื่องจากผลของความเจ็บป่วย กรณีที่มีญาติมาพร้อมกันหลายคน จะเลือกผู้สมรส มารดา บิดา บุตร พี่หรือน้อง เรียงตามลำดับ
3. มาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ครั้งในระยะเวลา 3 วัน แต่ไม่เกิน 4 วัน เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาในช่วงระยะเวลาเริ่มแรกของเหตุการณ์
4. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด และสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจดี

5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ของ ไอแซคส์และอัคฮาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวภาคเจ็บที่สมอง และผู้ป่วยภาคเจ็บที่สมอง สร้างโดยผู้วิจัย
 - 2.2 แบบสอบถามความต้องการและการได้รับตอบสนองความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาคเจ็บที่สมอง (อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือในการศึกษาจริงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้ร่วมวิจัยเลือกตอบคำถามทีละข้อ แล้วบันทึกคำตอบของผู้ร่วมวิจัยลงในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ภาคเจ็บที่สมอง คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาคเจ็บที่สมอง ด้วยสถิติ paired t-test

สรุปผลการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาคเจ็บที่สมองมีความต้องการโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.3) โดยความต้องการรายด้านที่มีความสำคัญอันดับแรกคือ ด้านข้อมูลมากที่สุด ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.36) รองลงมาคือ ด้านการลดความวิตกกังวล ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.35) และลำดับสุดท้ายคือ ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.64)

2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.45) โดยพบว่าความต้องการที่ได้รับตอบสนองมากที่สุดในระยะ 72 - 96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป คือ ด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.59) รองลงมาคือด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.57) อันดับสามคือ ด้านการลดความวิตกกังวล ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.53) อันดับสี่คือด้านข้อมูล ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 0.61) และอันดับสุดท้ายคือ ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.56)

3. ความต้องการโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.3) ส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.45) เมื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีระดับความต้องการสูงกว่าระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งรายด้านและโดยรวม

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่สมองทั้งหมดได้ เนื่องจากใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงใน 3 โรงพยาบาลเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยทำให้พยาบาลต้องมีความตระหนักถึงการรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เนื่องจากพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การดูแลและใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และให้การตอบสนองความต้องการที่เพียงพอ และตรงกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่สมอง เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่สมองให้มีความวิตกกังวลลดลง สามารถปรับตัวและเป็นแรงสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้ป่วยต่อไป

ทางด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ความต้องการที่มีความสำคัญมาก ยังได้รับการตอบสนองน้อยกว่าความต้องการที่มีอยู่โดยเฉพาะในเรื่องความต้องการข้อมูล จึงควรมีการพัฒนาทักษะการให้ข้อมูล และการกำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทั้งการติดต่อโดยตรงหรือทางโทรศัพท์ รวมทั้งเผยแพร่ผลการศึกษา เพื่อให้แพทย์ได้รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว และพยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษา และสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่สมอง
2. ควรตระหนักว่าความต้องการเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล จึงควรมีการประเมินและวางแผนเพื่อให้การตอบสนองให้เหมาะสมเป็นรายบุคคลด้วย
3. ควรตระหนักว่าการประเมินความต้องการเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อสมาชิกในครอบครัว ลดทอนที่ที่ไม่เป็นมิตรที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกในทางลบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามศึกษาความต้องการผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้มีประสิทธิภาพ
2. นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อไป

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล

THE NEEDS AND RESPONSES TO NEEDS AS PERCIEVED BY THE FAMILY MEMBERS OF HOSPITALIZED TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

รุ่งราวรรณ บัวชัย 4837044 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ศุภร วงศ์ทัตญญ, Ph.D. (Nursing), สุภาพ อารีเอื้อ, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) หรือ บาดเจ็บศีรษะ (Craniocerebral trauma, head injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและทำให้มีจำนวนผู้พิการจากการบาดเจ็บสมองเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บสมองจำนวน 500,000 คน เสียชีวิตประมาณ 50,000 คนต่อปี ซึ่งร้อยละ 80 เป็นการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและต้องรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนัก ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003; Narayan, Michel, Ansell, et al., 2002) โดยมีการเสียชีวิตทันทีในที่เกิดเหตุ ไม่ได้นำส่งโรงพยาบาลร้อยละ 16.9 และเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ขณะพักรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 5.6 (Thurman, Alverson, Dunn, Guerrero, & Sniezek, 1999) ในกลุ่มผู้รอดชีวิตพบว่ามีภาวะพิการจากการบาดเจ็บสมองปีละ 80,000 ถึง 90,000 คน (Barker, 2002, Thurman, et al., 1999) สำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรมากที่สุด (วิชัย วงศ์ชนะภัย, สมบูรณ์ ธรรมเถลิงกิจ, อรทัย ศุภมงคล, วรณุช

อวยประเสริฐกุล และสมชาย ผลเยี่ยมเอก, 2545) ซึ่งการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรยังคงเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (Kraus, & McArthur, 2006: 3; วันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, 2549) แม้ว่ายังขาดข้อมูลทางสถิติของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อัตราตาย ความพิการหลังบาดเจ็บสมองในภาพรวมของประเทศ แต่จากข้อมูลของเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัดของโรงพยาบาล 28 แห่ง ปีพ.ศ.2546 (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) พบว่ามีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด 153,837 ราย เสียชีวิต 9,374 ราย โดยร้อยละ 78.7 เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าบาดเจ็บที่สมองมีความรุนแรง อีกทั้งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีใครคาดคิดมาก่อน เป็นภาวะวิกฤต (Situational crisis) ที่มีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Acorn, 1995; Kosciulex, 1997) โดยเฉพาะในระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน (acute phase) ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยมักจะเกิดภาวะวิกฤตทางร่างกายที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เป็นระยะที่มีภาวะวิกฤตทางระบบประสาท (neurological crisis) (Plowfield, 1999) มีโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่ต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10-19.6 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549; อภิชาติ วชิรพันธ์, จำเริญ วัฒนศรีสิน, กิตติศักดิ์ อักษรวงษ์, สราวุธ โรจน์วัชรนนท์, และกาญจน์ ขวนแหล, 2542) ผลจากการบาดเจ็บที่สมองทำให้สมองเกิดการสูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด (cognitive impairment) ความบกพร่องทางร่างกาย (physical impairment) และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Namerow, 1987) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางความสามารถทางด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม (Barker, 2002) บางรายอาจตรวจพบมีความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) เช่น มีใบหน้าอัมพาตครึ่งซีก (Facial nerve paralysis, facial palsy) มีปัญหาการได้ยิน (hearing loss) มีความสามารถในการมองเห็นลดลงจากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับประสาทตาคู่ที่ 2 (Optic nerve injury) เป็นต้น มีอาการชักหลังการบาดเจ็บที่สมอง (Post traumatic epilepsy) (ฉวีวรรณ วรรณทนนะ, 2546; สมทรง บุตรชีวัน, 2550; อาภาพรรณ นามอาษา, 2545) ผู้ป่วยมีโอกาได้รับผลกระทบจาก กลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บที่สมอง (Post-traumatic syndrome หรือ Post-concussion syndrome) ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถในการกลับไปทำงานหรือการเรียน (Naalt, Zomeren, Sluizer, & Minderhoud, 1999; สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะยาวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Koskinen, 1998)

ผลจากการบาดเจ็บสมองไม่เพียงกระทบกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว (Acorn, 1995; Doherty, Plowfield, Ware, & West, 1999; Kosciulex, 1997)

โดยมีโอกาที่จะเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์และจิตใจ (นิตยา จรัสแสง, 2547) สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนของผลที่ตามมาจากการบาดเจ็บที่สมองที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งมีอันตรายที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิต อีกทั้งการพบเห็นสภาพอาการผู้ป่วย อาการแสดงของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับรู้และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง กิจกรรมการรักษา (Youngblut, Brooten, kuluz, 2005) รวมถึงความไม่คุ้นเคยในเรื่องของสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ กฎระเบียบ และบุคลากรของโรงพยาบาล ล้วนทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล สมาชิกในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจะอยู่ในภาวะคว้าง (Hovering) (Jamerson, Scheibmeier, Bott, Crighton, Hinton, & Kuckelman, 1996) ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้และอาจเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดหวัง และหมดพลังอำนาจ (Hickey, 1996) มักไม่สามารถจัดการและหาแหล่งประโยชน์ที่ต้องการในการเผชิญปัญหาได้ เป็นระยะที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวไม่ได้ถึง 12% (กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตถึง 70% (Horn & Tesh, 2000) โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมกรนอนหลับ การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม รวมถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ บางครั้งอาจพบพฤติกรรมตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (Halm, Titler, Kleiber, et al., 1993) สมาชิกในครอบครัวจึงต้องการความช่วยเหลือและเกิดความต้องการเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลทางจิตใจ หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือจัดการก็จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตทางจิตใจ สมาชิกในครอบครัวก็จะไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ที่เคยเป็นอยู่ในภาวะปกติสมดุลและไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยได้ (อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538)

การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล และป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ มีวิธีการช่วยเหลือโดยต้องทราบความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และให้การพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งถ้าหากความต้องการได้รับการตอบสนองได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงและเพียงพอ จะมีผลทำให้ช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้เกิดความพึงพอใจ (Aimin, 1999; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006; คณินิต บุรีเทศน์, 2540; นาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2540; รัตนา อยู่เปล่า, 2543; สมคิด ปานประเสริฐ, 2547; สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) การได้รับการตอบสนองความต้องการมีผลให้ความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญภาวะวิกฤตได้ (สัมพันธ์ หิญจิระนันท์, 2541) สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548; อรุณรัตน์ โยชินวัฒนบำรุง, 2548) และช่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ (นิตยา จรัสแสง, 2547) สามารถคงความสมดุลในการดำรงชีวิตโดยรวมได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การช่วยเหลือดูแล

ผู้ป่วย เป็นกำลังใจและเป็นแรงสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยได้ (Halm, 1992) ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การดูแลและใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลการศึกษาค้นคว้าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความหลากหลาย ความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการยังไม่สอดคล้องกัน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) การรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความแตกต่างกัน (Bijttebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001; Forrester, Murphy, Price, & Monaghan, 1990; Kosco & Warren, 2000; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; Norris & Grove; 1986; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) นอกจากนี้การบาดเจ็บที่สมองมีความรุนแรงต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่พักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นกลุ่มเสี่ยง (high risk) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บศีรษะทุติยภูมิ (secondary brain injury) ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการแตกต่างจากความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมอง (Engli & Farmer, 1993; Mathis, 1984) โดยที่ในระยะเฉียบพลันของการบาดเจ็บที่สมองนั้นผู้ป่วยพักรักษาทั้งในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไป (สุกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) ซึ่งหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะอุปกรณ์ สภาพแวดล้อม และเวลาเยี่ยม ซึ่งมีผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว (Youngblut, et al., 2005; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักและเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง และส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ไม่มีการบาดเจ็บที่สมองและผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีการบาดเจ็บที่สมองรวมกัน ส่วนการศึกษาในหอผู้ป่วยทั่วไปนั้นมีน้อยและยังขาดการศึกษาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งหมด การที่จะนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เหมาะสม ถึงแม้จะมีผลการวิจัยในต่างประเทศมาเปรียบเทียบหรือประยุกต์ใช้ อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างจากครอบครัวไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปในกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทุกระดับความรุนแรง ทั้งการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย การบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลาง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง เพื่อใช้เป็น

ข้อมูลพื้นฐาน ตลอดจนนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้อาศัยแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัวของฟอร์เซท (Fawcett, 1975) และแนวคิดการประเมินความต้องการของดาลี (Daley, 1984) โดยแนวคิดของระบบครอบครัวเป็นระบบเปิดที่สมาชิกครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยจะเป็นข้อมูลนำเข้าสู่ระบบครอบครัว ทำให้ระบบครอบครัวขาดความสมดุล ระบบครอบครัวจะเกิดความต้องการเพื่อรักษาความสมดุลและคงความเป็นระบบของครอบครัวที่มั่นคง เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บที่สมอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ได้รับผลกระทบนี้ด้วย โดยสมาชิกในครอบครัวจะเกิดภาวะไม่สมดุล จึงเกิดความต้องการต่างๆ มากมาย โดยความต้องการที่เกิดขึ้นแบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ ด้านการลดความวิตกกังวล ด้านข้อมูล ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก และด้านส่วนบุคคล ซึ่งถ้าหากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและต้องการความช่วยเหลือ แต่ถ้าความต้องการได้รับการตอบสนองที่เพียงพอและมีความสอดคล้องกันจะมีผลช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง และสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น อันเป็นผลลัพธ์ของการรักษาสมดุลของสมาชิกในครอบครัวทำให้ระบบครอบครัวเข้าสู่ภาวะสมดุล สามารถให้กำลังใจ ช่วยเหลือดูแล และสนับสนุนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป
2. เพื่อศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป

คำถามในการวิจัย

1. ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพกรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปเป็นอย่างไร
2. การได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะแรกพกรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปเป็นอย่างไร
3. ความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะแรกพกรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปมีความแตกต่างกันหรือไม่ และอย่างไร

นิยามตัวแปร

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง ความประสงค์ของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลันในระยะแรกพกรักษาตัวในหอผู้ป่วยทั่วไป ในการได้รับทราบข้อมูล การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ประเมินโดยใช้แบบสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Critical Care Family Need Inventory, CCFNI) (Molter, 1979) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยของอารีย์ บุญบรรณานกุล (2538) ซึ่งมีข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามถึงการมีความสำคัญหรือไม่มีความสำคัญ ค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความสำคัญสูง แสดงว่า มีความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยจัดหมวดหมู่ตามแนวคิดของดาลี (Daley) เป็น 6 ด้านได้แก่ 1. ความต้องการลดความวิตกกังวล 2. ความต้องการข้อมูล 3. ความต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 4. ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย 5. ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก 6. ความต้องการส่วนบุคคล

การได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ในเรื่องการได้รับการช่วยเหลือโดยการตอบสนองตามความประสงค์ในด้านข้อมูล ด้านการลดความวิตกกังวล ด้านการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก และด้านส่วนบุคคล ทั้งจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทั่วไปหรือจากบุคคลอื่นๆ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของอารีย์ บุญบรรณานกุล (2538) ซึ่งมีข้อคำถามเช่นเดียวกันกับแบบสำรวจความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะคำถามถึงการได้รับหรือไม่ได้รับการสนองตอบค่าคะแนนมาก แสดงว่า ได้รับการตอบสนองมาก

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ มารดา บิดา บุตร พี่หรือน้อง ซึ่งมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย รวมถึงตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เนื่องจากผลของความเจ็บป่วย ซึ่งมาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไปในระยะ 72-96 ชั่วโมงของโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติคือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ถ้าอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีคะแนนจากการทดสอบด้วยวิธีทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) มากกว่า 25 คะแนน มีความสัมพันธ์เป็นสามี ภรรยา บุตร บิดา มารดา หรือ พี่น้องที่มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย หรืออาศัยอยู่ด้วยกัน ถ้ามีญาติมาพร้อมกัน เลือกเรียงลำดับดังนี้ คู่สมรส มารดา บิดา บุตร พี่หรือน้อง มาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ครั้ง ในระยะ 3 วันแรกพักรักษาในโรงพยาบาลไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด และสามารถสื่อสารภาษาไทย เข้าใจดีมีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย และ (2) แบบสำรวจความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉบับของอารีย์ (อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่แปลและดัดแปลงจากแบบสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter) (Molter, 1979) โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 6 ด้านตามการศึกษาของดาลี (Daley, 1984) เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ได้ผ่านการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง (Leske, 1991) มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .88 - .98 (Leske, 1991) การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของกลุ่มตัวอย่าง 93 ราย ในส่วนความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีค่าเท่ากับ .91 และ .92 ตามลำดับ

การดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ราย กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งคุณสมบัติดังนี้ คือ มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองอย่างน้อย 6 เดือน และทำงานในแหล่งเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ภายใต้การแนะนำของผู้วิจัย โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างน้อย 5 ราย หรือจนกว่าจะแน่ใจว่า ผู้ช่วยนักวิจัยมีความเข้าใจในการใช้แบบสอบถามตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง หลังจากเก็บข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยเรียบร้อยแล้ว จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยการหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 93 คน โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีอายุเฉลี่ย 40.44 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.2 สถานะภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 77.4 ซึ่งมีบทบาทความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา (ร้อยละ 43.0) รองลงมา มีความสัมพันธ์กัน เป็นพี่-น้อง (ร้อยละ 20.4) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 96.8 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 34.4) และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.4)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 26 – 40 ปี (ร้อยละ 33.3) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.6) เป็นการบาดเจ็บที่สมองชนิดที่ไม่สามารถระบุพยาธิสภาพได้ (other and unspecified intracranial hemorrhage) รองลงมาเป็นการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีก้อนเลือด (hematoma) (ร้อยละ 21.5) มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง ระดับเล็กน้อยร้อยละ 78.5 รองลงมาเป็นการบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงร้อยละ 14 ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดร้อยละ 8.6 และมีผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเพียงร้อยละ 16.1 โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองส่วนมากมีสาเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 74.5) ซึ่งมีการสวมหมวกนิรภัยในการใช้รถจักรยานยนต์เพียงร้อยละ 38.6 แต่ไม่สวมหมวกนิรภัยมากถึงร้อยละ 61.4 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่

สมองมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 92.5) ส่วนใหญ่สถานภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 58.1) รองลงมาเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 41.9)

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ความต้องการรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองใน ระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป พบว่าความต้องการที่กลุ่มตัวอย่าง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการด้านข้อมูล ($\bar{X} = 3.69$, S.D. = 0.41) รองลงมาคือ ความต้องการด้านการลดความวิตกกังวล ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.35) และลำดับสุดท้ายคือ ความต้องการด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.74$, S.D. = 0.64) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 3

สำหรับความต้องการรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป ที่สมาชิกในครอบครัวให้ ให้ความสำคัญ 5 อันดับแรกคือ ต้องการมีความหวัง ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.25) ต้องการได้รับคำตอบจาก เจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.35) ต้องการได้คุยกับแพทย์ทุกวัน ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.43) ต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยม ผู้ป่วยได้ ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.45) ต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออก จากโรงพยาบาลไปชั่วคราว ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.42) ต้องการได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการ กีบหน้าของผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.81$, S.D. = 0.50) และต้องการทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างไร ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.54) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรายข้อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 10 อันดับแรก (N = 93)

ความต้องการรายข้อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ลำดับที่
ต้องการมีความหวัง (เช่น หวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ)	3.94	0.25	1
ต้องการคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง	3.89	0.35	2
ต้องการได้คุยกับแพทย์ทุกวัน	3.83	0.43	3
ต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้	3.83	0.45	3
ต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว	3.81	0.42	4
ต้องการได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย	3.81	0.50	4
ต้องการทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างไร	3.80	0.54	5
ต้องการได้พูดคุยเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนัก	3.77	0.53	6
ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย	3.76	0.50	7
ต้องการทราบการทำนายโรคผู้ป่วย	3.74	0.66	8
ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย	3.74	0.55	8
ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด	3.73	0.51	9
ต้องการทราบถึงเหตุผลของสิ่งที่กระทำต่อผู้ป่วย	3.73	0.51	9
ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง	3.71	0.64	10

การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง

การได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป พบว่าความต้องการกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ ความต้องการด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.59) รองลงมาคือ ความต้องการด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.95$, S.D. = 0.57) และอันดับสุดท้ายคือ ความต้องการด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.56) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 3

ส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการรายข้อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงแรกพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป พบว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการรายข้อ 5 อันดับแรกคือ ความต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา ($M = 3.65$, S.D. = 0.52) ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.56) ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.60) ความต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.71) และความต้องการการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.90) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการราย
ชื่อของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 10 อันดับแรก (N = 93)

การได้รับการตอบสนองความต้องการรายข้อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ลำดับ ที่
ความต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา	3.65	0.52	1
ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย	3.53	0.56	2
ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแล ผู้ป่วย	3.48	0.60	3
ความต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง	3.41	0.71	4
ความต้องการได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล	3.33	0.90	5
ความต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดี ที่สุด	3.31	0.74	6
ความต้องการเข้าไปดูผู้ป่วยได้บ่อย ๆ	3.27	0.81	7
ความต้องการมีความหวัง (เช่นหวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือ หายเป็นปกติ)	3.24	0.70	8
ความต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้อง ออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว	3.20	0.80	9
ความต้องการมีห้องน้ำอยู่ใกล้ๆ ที่พักรอเยี่ยม	3.16	0.90	10

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (N = 93)

รายด้าน	ความต้องการ		ได้รับการตอบสนอง		t	P value
	\bar{X}_1	SD ₁	\bar{X}_2	SD ₂		
ด้านข้อมูล	3.72	0.36	2.85	0.61	12.73	.000
ด้านการลดความวิตกกังวล	3.67	0.35	2.87	0.53	14.05	.000
ด้านการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย	3.51	0.57	3.06	0.58	6.33	.000
ด้านการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	3.36	0.57	3.00	0.58	4.71	.000
ด้านส่วนบุคคล	2.96	0.57	2.53	0.53	5.91	.000
ด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก	2.80	0.64	2.41	0.56	6.09	.000
โดยรวม	3.31	0.38	2.72	0.45	11.11	.000

เปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะ 72-96 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองพักรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยทั่วไป พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งรายด้าน และโดยรวม และเมื่อวิเคราะห์ด้วย paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 93 คน โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีอายุเฉลี่ย 40.44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.2) สถานะภาพของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 77.4) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 34.4) นับถือศาสนาพุทธ

(ร้อยละ 96.8) และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิทยาภรณ์ และคณะ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ, 2549) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีอายุเฉลี่ย 39.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ และมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 85, 83.3, 65.8, 87.5 และ 37.5 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มีบทบาทความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา ร้อยละ 43.0 รองลงมา มีความสัมพันธ์เป็นพี่-น้อง (ร้อยละ 20.4)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72 มีอายุอยู่ในช่วง 26-40 ปี ร้อยละ 34.4 ซึ่งระดับความรุนแรงทางคลินิก (Clinical severity) ของการบาดเจ็บที่สมองโดยใช้ค่าผลรวมตารางกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale; GCS) ณ วันแรกที่เข้ารับการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มีอาการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย (GCS = 13-15) ร้อยละ 78.5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิทยาภรณ์ และคณะ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ, 2549) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.2) มีอายุเฉลี่ย 34.9 ปี และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย อันถัดมาเป็น การบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง (GCS = 3-8) ร้อยละ 14 จากการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่สมองชนิดที่ไม่สามารถระบุพยาธิสภาพได้ (other and unspecified intracranial hemorrhage) ร้อยละ 37.6 ทั้งนี้เนื่องมาจากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นการวินิจฉัยโดยอาศัยลักษณะอาการทางคลินิก (Clinical evidence) ส่วนการวินิจฉัยเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพที่สมอง และระบบประสาท โดยภาพรังสีวินิจฉัยระบบประสาท (Diagnostic Neuroimaging) เช่น การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (Computerized tomography; CT Scan) ไม่ได้มีการส่งตรวจทุกราย โดยจะส่งตรวจหาความผิดปกติจากการสืบค้น (investigation) ก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางการรักษา ผู้บาดเจ็บที่สมองเท่านั้น (นครชัย เผื่อนปฐม, 2546) ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองชนิดที่ไม่สามารถระบุพยาธิสภาพได้ (other and unspecified intracranial hemorrhage) นี้มีทั้งได้รับการตรวจและไม่ได้รับการตรวจคอมพิวเตอร์สมอง ซึ่งบางรายมีผลการตรวจคอมพิวเตอร์สมองไม่พบพยาธิสภาพที่สมอง ในงานวิจัยนี้มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีก้อนเลือดสูงถึงร้อยละ 44.1 โดยพบว่าการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีกะโหลกศีรษะแตกร่วมกับมีก้อนเลือด (skull fracture with hematoma) ถึงร้อยละ 8.6 ส่วนการบาดเจ็บที่สมองชนิดมีสมองช้ำร่วมกับมีก้อนเลือด (contusion with hematoma) พบร้อยละ 15.1 และมีก้อนเลือดอย่างเดียว (hematoma) ร้อยละ 20.4 ทั้งนี้ภายหลังการบาดเจ็บที่สมองมีความเสี่ยงที่จะเกิดก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระยะเฉียบพลัน (acute phase) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมี

กะโหลกศีรษะแตกมีความเสี่ยงที่จะเกิดก้อนเลือดได้สูงถึงเกือบ 200 เท่าของผู้บาดเจ็บที่ไม่มีกะโหลกศีรษะแตก (นครชัย เพื่อนปฐม, 2546: 439)

สำหรับการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เกิดพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บที่สมองจนต้องนำไปผ่าตัดรักษา พบร้อยละ 8.6 ส่วนร้อยละ 90.4 ไม่ได้รับการผ่าตัดทางสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่สมองร้อยละ 19.6 ส่วนอีกร้อยละ 80.4 ได้รับการรักษาเฉพาะทางยาเป็นหลักโดยไม่ได้รับการผ่าตัดที่สมอง ในระยะเฉียบพลัน (acute phase) นี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 16.1 แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.9) ไม่จำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมอง มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ พบร้อยละ 47.3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Thurman, et al.,1999; จาตุรงค์ เทพาหุดี, และนครชัย เพื่อนปฐม, 2542; อภิชาติ วชิรพันธ์, และคณะ, 2542; อรุณ กิจมหาตระกูล, 2542; สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, 2549) โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีการสวมหมวกนิรภัยในการใช้รถจักรยานยนต์เพียงร้อยละ 18.3 แต่ไม่สวมหมวกนิรภัยมากถึง ร้อยละ 29.0 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีปัญหการไม่สวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ แม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วว่าหมวกนิรภัยเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยลดความรุนแรงการบาดเจ็บที่สมอง และลดอัตราการตายลงได้ก็ตาม ประกอบกับการมีพระราชบัญญัติหมวกนิรภัยซึ่งบังคับใช้ทั่วประเทศแล้วตั้งแต่ 1 มกราคม 2539แล้วก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตรวจจับผู้ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรของตำรวจจราจรมีความเข้มงวดลดลงและการประชาสัมพันธ์รณรงค์ความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนลดลง (เสาวนีย์ วิบูลสันติ, นวระหงส์ ณ.เชียงใหม่, และพนา พวงมะลิ, 2548) สาเหตุการบาดเจ็บที่สมองรองลงมาได้แก่ การพลัดตกหกล้ม พบถึงร้อยละ 29.0 พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (The Centers for Disease Control and Prevention (CDC),1997) ซึ่งในการศึกษานี้มีบาดเจ็บที่สมองอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 18.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะโครงสร้างของประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และสถานที่เก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลที่มีการรับรักษาจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นด้วย ในด้านค่ารักษาพยาบาลส่วนมากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 92.5 เนื่องจากมีกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 และสิทธิบัตรทองประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์การช่วยเหลือภาระการเงินให้ครอบครัวขณะพักรักษาในโรงพยาบาลได้บ้าง

ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง

สำหรับผลการศึกษาความต้องการรายด้านของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลเป็นอันดับแรก ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.36$) และด้านการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับสอง ($\bar{X} = 3.67$, $SD = 0.35$) สอดคล้องกับการศึกษาของฟรีสมัท (Freismuth, 1986) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลเป็นอันดับแรก และด้านการลดความวิตกกังวลเป็นอันดับสอง อธิบายได้ว่าเมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข่าวว่าผู้ป่วยได้ประสบอุบัติเหตุ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกะทันหัน ทำให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความเครียด และภาวะสมดุลงของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงต้องพยายามรักษาสมดุลงของครอบครัวไว้ (Fawcett, 1975; McClowry, 1992) สมาชิกในครอบครัวจึงต้องใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหา โดยเฉพาะผลกระทบต่อจิตใจที่รุนแรง สมาชิกในครอบครัวจึงมีความต้องการข้อมูลเพื่อจะช่วยเหลือลดความวิตกกังวล และความเครียดในด้านต่างๆ ได้ ซึ่งการได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ส่วนความต้องการรายด้านที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญน้อยคือ ความต้องการส่วนบุคคล ($\bar{X} = 2.96$, $SD = 0.57$) และด้านกำลังใจและการระบายความรู้สึก ($\bar{X} = 2.80$, $SD = 0.64$) ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Daley, 1984; Freismuth, 1986; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538; อุไรพร พงศ์พัฒนา วุฒิ, 2532) ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤต สมาชิกในครอบครัวมุ่งให้ความสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงความสะดวกสบายของตนเอง และไม่พร้อมที่จะพูดถึงความรู้สึกของตน

ความต้องการรายข้อที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญ เป็นอันดับแรกคือ ต้องการมีความหวัง ($\bar{X} = 3.94$, $SD = 0.25$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Forrester, et al., 1990; Lee, et al., 2000; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; พรทิพย์ โกศลวัฒน์, 2541; อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) อธิบายได้ว่าการเกิดอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิต (Horn & Tesh, 2000) จึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อพบเห็นสภาพผู้ป่วยอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมกรับรู้และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Youngblut, et al., 2005) ที่ทำให้ต้องมีการผูกมัดมือ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอีก จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 16.1 บางราย การมีความผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ (focal neurological deficit) เช่น มีใบหน้าอัมพาตครึ่งซีก (Facial nerve paralysis, facial palsy) อาการชัก (Post traumatic epilepsy) มีความสามารถในการมองเห็นลดลงจาก

การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับประสาทตาคู่ที่ 2 (Optic nerve injury) เป็นต้น เป็นระยะที่มีวิกฤตทางระบบประสาทต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและรอคอย (Plowfield, 1999) ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะต้องผ่าตัดฉุกเฉิน โดยในการศึกษานี้พบร้อยละ 8.6 จะเห็นได้ว่าสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวเผชิญส่วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล จากการศึกษาของนริรัตน์ นิลขำ (2548) พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นสิ่งแรกที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต้องการในระยะเฉียบพลัน (acute phase) คือ ต้องการมีความหวัง โดยหวังให้ผู้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีโอกาสการรอดชีวิตและและหายกลับสู่สภาพเป็นปกติ ซึ่งเวอร์เฮก ซูเรน ดีฟลอย ดุนสตี และกริปดอนคค์ (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnste, & Grypdonck, 2007) ได้ให้ความเห็นว่า ความหวังเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการในการปรับตัวด้านจิตใจโดยเฉพาะในสิ่งที่ไม่สามารถคาดเดาได้ และในระยะช็อก (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnste, & Grypdonck, 2007: 1489) ความหวังเป็นวิธีเผชิญความเครียดที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตเลือกใช้เป็นประจํามากที่สุด (ชนกพร จิตปัญญา, 2545; เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543) ทั้งนี้ความหวังเป็นแหล่งพลังงานในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดการปรับตัวต่อความเครียด หรือภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Miller, 1992) เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ช่วยทำให้ความเครียดและความรู้สึกวิตกกังวลลดลง เกิดความผ่อนคลาย และสามารถอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ ส่งผลให้เกิดความสมดุลทางจิตใจตามมาในที่สุด จากการศึกษาของเทรซี่และคณะ (Tracy, et al., 1999) พบว่าความหวังของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตขณะพักรักษาในโรงพยาบาล คือ หวังว่าอาการจะดีขึ้นและสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ หวังการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หวังให้มีการฟื้นฟูสุขภาพ หวังว่าไว้วางใจในพระเจ้าได้

สำหรับความต้องการรายชื่อที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญ 9 อันดับต่อมา (13ข้อ) เป็นความต้องการด้านข้อมูลและด้านลดความวิตกกังวล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสภาพอาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโดยธรรมชาติของโรคเองมีความซับซ้อน ยากที่จะคาดเดา ทำให้สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของอาการทางระบบประสาท การรอดชีวิต ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ (Tracy, et al., 1999) อีกทั้งทางโรงพยาบาลได้มีข้อกำหนดจะมีการจำกัดเวลาเยี่ยม จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวอาจไม่สามารถทราบข้อมูลหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ บางครั้งมีการแปลข้อมูลเองที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะคำวัดที่เป็นตัวเลขบางอย่าง เช่น ความดันโลหิต เป็นต้น (Verhaeghe, et al., 2007) ทำให้สมาชิกในครอบครัวคาดหวังเหตุการณ์เกินความเป็นจริง (Over estimate) ซึ่งความไม่รู้และการได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์นั้น จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความ

กล่าว รวมทั้งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยทำนายเหตุการณ์โดยการรับรู้อย่างผิดๆ หรือเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง การที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ทำให้อาจเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ หมดหวัง และหมดพลังอำนาจ (Hickey, 1996) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจึงแสวงหาข้อมูล ซึ่งการได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสม ก็จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ในการวิจัยนี้พบว่าสมาชิกในครอบครัวต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ต้องการรู้การทำนายโรค อันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนัก ต้องการได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย และแผนการรักษา ต้องการทราบถึงสาเหตุของสิ่งที่กระทำต่อผู้ป่วย ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง และได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงต้องการได้คุยกับแพทย์ทุกวัน (ความต้องการอันดับที่ 3) และต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง (ความต้องการอันดับที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจาเมอรอนและคณะ (Jameron, et al., 1996) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังต้องการไว้วางใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราวและรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยทราบข้อมูลของผู้ป่วยแล้วจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่า สามารถควบคุมสถานการณ์ได้และสามารถลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ให้อยู่ในภาวะสมดุลทางอารมณ์และจิตใจได้

สำหรับความต้องการรายชื่อ ที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญเป็นอันดับสุดท้ายคือ มีพระมาเยี่ยมและทำพิธีกรรมทางศาสนาได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรรัตนกุล, 2538; อุบลวรรณ กิติรัตนตระการ, 2541) อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะการมีพระมาเยี่ยม จะแสดงถึงผู้ป่วยมีอาการหนัก อาจถึงแก่กรรม ซึ่งเป็นความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี ส่วนการทำพิธีกรรมทางศาสนาอาจเนื่องมาจากลักษณะนิสัยของคนไทยที่มีความเกรงใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัว เกรงใจบุคคลากร หรือผู้ป่วยคนอื่นที่อยู่ใกล้เคียงกัน รวมถึงพระด้วย สมาชิกในครอบครัวจึงให้ความสำคัญน้อยที่สุด จากการศึกษาของวงรัตน์ (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) พบว่าสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 76.5 ไม่มีความต้องการในการนำพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนา และสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 96.5 ไม่ได้ปฏิบัติในการนำพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนามาประกอบพิธีทางศาสนา เนื่องจากไม่ต้องการรบกวนพระสงฆ์ และไม่ได้นับถือศาสนาโดยยึดตัวบุคคล ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของฟรีเชลส์ (Freichels, 1991) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต จำนวน 25 คน ในเวลา 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และประเมินความต้องการซ้ำเมื่อครบเวลา 7-10

วันหลังพักรักษาในหอผู้ป่วยหนักอีกครั้งหนึ่ง พบว่า ความต้องการแต่ละข้อจะมีความสำคัญลดลง ยกเว้นการมีพระมาเยี่ยมมีความสำคัญเพิ่มขึ้นในระยะที่ 2

การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการรายด้านของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองนั้น ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการรายด้านที่สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นอันดับที่ 1 และ 2 คือ ด้านการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยและด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การวิจัยนี้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่เคร่งครัดมีการยืดหยุ่นได้ สามารถมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และสมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ห้องน้ำในหอผู้ป่วยได้

ความต้องการรายข้อที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการตอบสนองมาก 10 อันดับแรกนั้น เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า 5 ใน 10 เป็นความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมาก ได้แก่ ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย ความต้องการได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง ความต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ความต้องการมีความหวัง และความต้องการได้รับความมั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว จะเห็นว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวเห็นว่าสำคัญนั้นส่วนใหญ่จะได้รับการตอบสนอง เมื่อวิเคราะห์การได้รับการตอบสนองความต้องการ คือ อันดับที่ 1 ความต้องการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา อันดับที่ 2 ความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย อันดับที่ 7 ความต้องการได้เข้าไปดูผู้ป่วยได้บ่อยๆ อันดับที่ 10 ความต้องการมีห้องน้ำอยู่ใกล้ๆที่พักเยี่ยม ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการในด้านความต้องการใกล้ชิดกับผู้ป่วย ความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคล ทั้งนี้เนื่องมาจากการวิจัยนี้ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่เคร่งครัดมีการยืดหยุ่นได้ สามารถมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และสมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ห้องน้ำในหอผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาวรรณ และ จันทร์พร (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) โดยพบว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองอันดับที่ 1 ความต้องการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของอารีย์ (อารีย์ บุญบรรณกุล, 2538) ที่ทำการศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยปิด มีการจำกัดเวลาเยี่ยมที่เคร่งครัด และจากความต้องการรายข้อที่สมาชิกในครอบครัวรับรู้ได้รับการตอบสนองในอันดับที่ 3, 5, 6 และ 9 เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความเชื่อถือและไว้วางใจในตัวบุคลากร อาจ

เนื่องมาจากการได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้เห็นการทำงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดแล้ว ทำให้สมาชิกในครอบครัวไว้วางใจและมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี และเกิดความพึงพอใจ โดยเฉพาะการให้การรักษาและผ่าตัดให้ก่อนที่สมาชิกในครอบครัวจะตามมาพบผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษา

ความต้องการรายชื่อที่ได้รับการตอบสนองน้อยและมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 2 ส่วนใหญ่เป็นความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญน้อยด้วยเช่นกัน ยกเว้น ความต้องการให้โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน ความต้องการได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ความต้องการถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอารีย์ (อารีย์ บุญยวรรตกุล, 2538) คือ ความต้องการให้โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน ความต้องการสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ และงานวิจัยของนิภาวรรณ และ จันทร์พร (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) คือ ความต้องการให้โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน ความต้องการได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย อธิบายได้ว่า การพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวถูกแยกจากกัน อันเนื่องมาจากกฎระเบียบของโรงพยาบาลในเรื่องการจำกัดเวลาเยี่ยม มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้อยู่ใกล้ชิด ไม่ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา จึงอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเป็นห่วงและกังวลใจ กล่าวว่าจะขณะที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยนั้น อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง สมาชิกในครอบครัวจึงต้องการให้พยาบาลโทรศัพท์แจ้งอาการของผู้ป่วยไปที่บ้าน ต้องการได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย หรือต้องการที่จะโทรศัพท์ถามอาการของผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ ซึ่งการโทรศัพท์พูดคุยเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยอาจจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวลดความวิตกกังวลได้บ้าง แต่จากงานวิจัยพบว่าเป็นความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างจากสมาชิกในครอบครัว (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) โดยพยาบาลให้ความสำคัญของความต้องการข้อนี้ต่ำกว่าสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อาจเกิดความผิดพลาดได้ง่าย อาจมีปัญหาในการสื่อสาร เช่น เสียงเบา เสียงไม่ชัดทำให้การรับข้อมูลผิดไป เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทุกรายเป็นผู้ป่วยคดี ดังนั้นการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อาจมีผลทางคดีความซึ่งพยาบาลอาจไม่สามารถตรวจสอบบุคคลที่โทรศัพท์มาถามข้อมูลผู้ป่วยได้ โดยบุคคลที่จะให้ข้อมูลทางคดีนั้นจะเป็นเจ้าหน้าที่ทางนิติเวชของโรงพยาบาล สำหรับความต้องการที่จะได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญเนื่องจากการย้ายผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการย้ายเตียงภายในหอผู้ป่วยก็ตาม มักทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการคาดการณ์ล่วงหน้าในทางลบ เช่น ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือเสียชีวิต เป็นต้น ทำให้เกิดความวิตก

กังวลเช่นกัน แต่ผลการวิจัยพบว่าได้รับการตอบสนองน้อยอาจเป็นเพราะในสถานการณ์จริงส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยย้ายหรือเปลี่ยนแปลงเตียง อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาดังกล่าว น่าจะเป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุง ทั้งในด้านการพัฒนาทักษะการให้ข้อมูล และการกำหนดขอบเขตการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ รวมถึงการเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และสมาชิกในครอบครัว

เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองพบว่า ความต้องการโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.31$, $SD = 0.38$) และการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$, $SD = 0.45$) และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยที่คะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการมีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา (Bijttbier, et al., 2001; นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541; อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล, 2538) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการมีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการ

ถึงแม้ว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ให้ความสำคัญมาก จะได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับต้นๆ ก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการตอบสนองความต้องการในรายชื่อ รายด้าน และโดยรวมแล้วพบว่ามีความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของความ ต้องการ แสดงให้เห็นว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการนั้นยังน้อยกว่าความต้องการที่มีอยู่ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดและความวิตกกังวล จึงมีผลทำให้การรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการลดลงจากความเป็นจริง อีกทั้งพยาบาลมีการรับรู้หรือให้ความสำคัญความต้องการของสมาชิกในครอบครัวต่ำกว่าสมาชิกในครอบครัว (Bijttbier, et al., 2001; Kosco & Warren, 2000; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) ทำให้มีการตอบสนองความต้องการน้อยกว่าความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวมีอยู่จริง หรือให้การตอบสนองที่ไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในครอบครัว โดยนิตยา จรัสแสง (2547) ได้ให้ความคิดเห็นว่าพยาบาลมักจะให้คำแนะนำต่างๆตามที่ตนเองคิดว่าสมาชิกในครอบครัวควรจะรู้ และไม่ไ้ประเมินความต้องการของผู้ป่วย หรือเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสซักถาม (นิตยา จรัสแสง, 2547) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวบางรายไม่ได้คาดหวังถึงการตอบสนองที่ได้รับ เมื่อได้รับก็จะเกิดความรู้สึกทางบวก ซึ่งออร์บาช ไคสเลอร์ วาเทลลา ราช วอร์ด

และไอวาโทรี (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005) ให้ความคิดเห็นว่าเมื่อเจ้าหน้าที่แสดงท่าทีที่เป็นมิตรและลดการแสดงท่าทีที่เป็นขัดแย้งจะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกด้านบวกต่อเจ้าหน้าที่ จะมีผลต่อความรู้สึกการได้รับการตอบสนองความต้องการ (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch, Ward, & Ivatury, 2005: 208) และประเมินว่าได้รับการตอบสนองค่อนข้างสูง บางครั้งสิ่งที่คาดหวังนั้นไม่เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงประเมินว่าได้รับการตอบสนองน้อย เช่น ความต้องการโทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน และได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการวิจัยนี้ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือการย้ายผู้ป่วยในระยะ 72-96 ชั่วโมง เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองยังไม่สอดคล้องกับการได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยเฉพาะความต้องการของสมาชิกในครอบครัวรายด้านที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ความสำคัญมากที่สุดอันดับ 1 คือด้านข้อมูลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการเป็นอันดับที่ 4 โดยข้อมูลส่วนใหญ่ที่สมาชิกในครอบครัวต้องการทั้งจากแพทย์และพยาบาล ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การดูแลและใกล้ชิดที่สุดกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรจะรับรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและให้การตอบสนองความต้องการที่เพียงพอและตรงกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่สมอง รวมถึงประสานงานระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกับแพทย์เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับข้อมูลจากแพทย์ ซึ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการที่เพียงพอจะช่วยสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความวิตกกังวลลดลง สามารถปรับตัวและเป็นแรงสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้ป่วยต่อไป

ทางด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความต้องการที่มีความสำคัญมาก ยังได้รับการตอบสนองน้อยกว่าความต้องการที่มีอยู่โดยเฉพาะในเรื่องความต้องการข้อมูล จึงควรมีการพัฒนาทักษะการให้ข้อมูล และการกำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะให้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทั้งการติดต่อโดยตรงหรือทางโทรศัพท์ รวมทั้งการเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

2. ควรตระหนักว่าความต้องการเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล จึงควรมีการประเมินและวางแผนเพื่อให้การตอบสนองให้เหมาะสมเป็นรายบุคคลด้วย

การวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามศึกษาความต้องการผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้มีประสิทธิภาพ
2. นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อไป

THE NEEDS AND RESPONSES TO NEEDS AS PERCEIVED BY THE FAMILY MEMBERS OF HOSPITALIZED TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS

RUNGRAWAN BUACHAI 4837044 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN WONGVATUNYU, Ph.D. (NURSING),
SUPARB AREEUE, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale of the study

Traumatic brain injuries (TBI) are one of the public health problems in Thailand and many other countries in the world because it may cause death or life-long disability among persons. Each year, an estimated 1.5 million Americans sustain a TBI. As a result of these injuries, 50,000 people die, 230,000 people are hospitalized and survive, and an estimated 80,000-90,000 people experience the onset of long term disability. Among these, 80 percent had mild head injuries while 10 percent had moderate head injuries and were admitted in intensive care unit, the other 10 percent were severe head injuries which was the leading cause of immediate death (Bond, Draeger, Mandleco, & Donnelly, 2003; Narayan, Michel, Ansell, et al., 2002; Thurman, Alverson, Dunn, Guerrero, & Sniezek, 1999). Previous research has indicated that during 1994 the seven states of America had reported 32,112 cases of TBI, among these injuries, 5,442 (16.9%) died without being admitted to the hospital, whereas 26,670 (83.0%) were admitted. Consequently, 1,802 (5.6%) hospitalized patients died while receiving acute care (Thurman, et al., 1999). In Thailand, traumatic brain injuries by car accidents are the most significant cause of death (Vichai Wongchanapai, Somboon Talerngkit, Orathai supamongkol, Woranuch Ouyprasertkul

& Somchai Pholeiameak, B.E.2545). However, traffic accidents confirm problems from the past to the present (Kraus & Mc Arthur, 2006: 3; Vanussanun Rujivipat, B.E.2549). Though, there were lacking of data on mortality and morbidity including disability of those brain injured patients but according to the Injury Surveillance System from 28 hospitals provincial level in 2003 (Surakrant Yutthakasemsunt, B.E.2549) showed that among 153,837 brain injuries cases from accidents, 9,374 cases (78.7%) died from traumatic brain injuries.

The consequence of TBI is very seriously, it is one of leading cause of death or impairment such as cognitive impairment, physical impairment, intellectual impairment, behavioral and emotional changes, including social problem (isolation) (Namerow, 1987). The consequences that may anticipate are intracerebral hematoma, post traumatic epilepsy, focal neurological deficit such as facial nerve paralysis, visual disturbance and hearing loss. (Apapan Namasa, B.E.2545; Chaweewan Wanthana, B.E.2546; Somsong Bootcheewan, B.E.2550). About 10-19.6 percent of the hospitalized traumatic brain injured patients need an operation (Apichart Vachirapan, Jamroen Watanasrisin, Kittisak Aksornwong, Sarawutroj Wachirnon & KanYounlae, B.E.2542; Surakrant Yutthakasemsunt, B.E.2549). Most traumatic brain injured patients who experienced Post traumatic syndrome or Post concussion syndrome usually found to influence quality of life regarding working and learning (Naalt, Zomeren, Sluiyer, & Mindehoud, 1999; Surakrant Yutthakasemsunt, B.E.2549), so as to influence the quality of life of the family members (Koskinen, 1998).

Traumatic brain injury was a sudden and unexpectedly event that caused a crisis in the family (Horn & Tesh, 2000; Acorn, 1995; Kosciulex, 1997). Both patients and family members would confront with a physical crisis (neurological crisis) and psychological crisis respectively (Nittaya Jarussang, B.E.2547; Plowfield, 1999). For the patient, the outcome of the treatment would be unpredictable and uncertain, it might be worse, disable or cause died, while stress and anxiety could be happened among those family members (Sojittra Limamnouylap, B.E.2535; Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999; Youngblut, Brooten, & kuluz, 2005). Other crisis that confronted the family members were unfamiliar with places, medical instrument, hospital's rules, uncontrol situation, feeling of helplessness, and communication with caregiver personnel. Besides patients' condition and economic problems were also concerned

(Jamerson, Scheibmeier, Bott, Crighton, Hinton, & Kuckelman, 1996; Youngblut, et al., 2005). Long term rehabilitation with high cost of expenses as a resulting of traumatic brain injuries would affect the family structures and family member's health. Family desperate might be considered if the patient was the head of the family (Acorn & Roberts, 1992; Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000; Koskinen, 1998; Niphawan Samartkit & Supaporn Duangpaeng, B.E.2544). In addition to facing with crisis, family members might have an alteration in sleeping habit, eating habit, and use of cigarettes, alcohol, and medications (Halm, Titler, Kleiber, et al., 1993; Horn & Tesh, 2000). It was also found that 12 percent of family members could not adjust to crisis situation (maladaptation) (Karunpich Kotpratun, B.E.2546). From the study of Horn & Tesh (Horn & Tesh, 2000) by using the Social Readjustment Rating Scale (SRRS), 70 percent of family members faced with life crisis, which including mild, moderate and major life crisis.

The family members of traumatic brain injured patients should be well taken care of in order to prevent them from being stress and anxiety crisis so that they would be able fully support to the patients (Aree Boonbarwornrattanakul, B.E.2538). However, there are many ways to help the family members of the traumatic brain injured patients in order to release their anxieties and stresses, but we must know their needs. If their needs were responded, their anxieties and stresses would be decreased; consequently, increased their satisfaction and provided realistic perception of event (Aimim, 1999; Chien, Chiu, Lam, & Ip, 2006; Kanuengnit Bureetad, B.E.2540; Nattaya Uengpyrot, B.E.2540; Rattana Yooplao, B.E.2543; Somkid Panprasert, B.E.2547; Suttinee Wattanakun, B.E. 2547). Family members will effectively be able to cope with the crisis situation that they may face, as well as bonadaptation (well adaptation) which encouraged psychological and emotional balance (Arunrat Yotinwattanabumrung, B.E.2548; Bebjamaporn Wongkrai, B.E.2548). Promote the strength of the family members will enhance them to help, support and encourage the patients, consequently result in the patients' effectively getting well (Halm, 1992). Therefore, nurses who are resource persons and have a close contact with the patients and their families should perceive the needs of the family members in order to provide effective caregiving.

According to literature review, results showed some inconsistency in needs and responses to needs among family members (Aree Boonbarwornrattanakul, B.E.2538; Niphawan Samartkit & Junporn Yodying, B.E.2541), while physicians, nurses and family members had different perceive of the needs among family members (Bijttebier, Vanoost, Delva, Ferdinande, & Frans, 2001; Forrester, Murphy, Price, & Monaghan, 1990; Kosco & Warren, 2000; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; Norris & Grove, 1986; Ubolwan Kitiratragarn, B.E. 2541; Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005). There were also different in needs of traumatic brain injuries and non traumatic brain injuries patients among family members (Engli & Farmer, 1993; Mathis, 1984). Besides, the studies regarding severe brain injury patients and the needs of traumatic brain injuries usually performed in intensive care units. Traumatic brain injured patients were admitted either an intensive care unit or general ward. One study revealed 78.2 percent of traumatic brain injured patients admitted in general wards, while only 21.8 percent admitted in intensive care units (Surakrant Yutthakasemsunt, B.E.2549). The intensive care unit and the general ward were different in visiting time, environment, and medical instrument, this might affected stress, anxiety, needs and responses to needs among family members. In this study, the needs and responses to needs among family members of traumatic brain injured patients, were performed in general ward and the severity of the injuries were mild, moderate, and severe. Although, there were some studies regarding the needs and responses to needs but they were in different contexts, while the results of this study would appropriately be fit in Thai society and culture. (Bijttebier, et al., 2001; Forrester, et al., 1990; Norris & Grove, 1986)

Conceptual Framework of the study

This study was based on the concept of family system (Fawcett, 1975) and needs assessment (Daley, 1984). According to the theory, family system is an open system that has an interaction among each family member and environment. If anyone of the family is sick, there will be an imbalance in the family system. Family members need to maintain balance among them. Regarding above concept, when a family member had a traumatic brain injuries, it would affect other family members

psychologically and emotionally, and would cause an imbalance within the families, consequently, variety of family demands emerged. According to Daley (Daley, 1984), the needs of the family members are divided into six categories as following: information, relief of anxiety, be helpful, be with the patients, personal needs, and support and ventilation. If all areas of needs are met as the family member requirement, families' anxieties will be decreased as well as family bonadaptation. The decreasing of family members' anxieties will bring an inspiration for them to be better help and taken care of the traumatic brain injured patients.

Purposes of the study

1. To study the needs of hospitalized brain injury patients' family members in general ward at the first 72-96 hours.
2. To study the responses to needs as perceived by hospitalized brain injury patients' family members in general ward at the first 72-96 hours.
3. To compare between the needs and responses to needs as perceived by hospitalized brain injury patients' family members in general ward at the first 72-96 hours.

Research Question

1. What are the needs of hospitalized brain injury patients' family members in general ward at the first 72-96 hours?
2. What are the responses to needs as perceived by hospitalized brain injury patients' family members in general ward at the first 72-96 hours?
3. How the needs and responses to needs as perceived by hospitalized brain injury patients' family members are different in general ward at the first 72-96 hours?

Definition of terms

For the purposes of this study, key terms are defined as follows:

1. The needs of family members of traumatic brain injured patients mean the purposes to provide and support physiologically, psychologically and spiritually from hospital personnel or anyone others in six categories regarding information, relief of anxiety, being helpful, being with the patients, personal needs, and support and ventilation. The Critical Care Family Need Inventory (CCFNI) was used to measure the important level of family needs in critical situation. The higher scores indicated the more important level of need.

2. The responses to needs mean the family members perceived that their needs were obtained. The responses to needs were divided into six categories: information, relief of anxiety, be helpful, be with the patients, personal needs, and support and ventilation that provided by hospital personnel or anyone others. The responses to needs were assessed by the Critical Care Family Need Inventory (CCFNI) that the researchers asked the family members to rank how well the perceived needs were met or unmet. The higher scores indicated the perceived needs were met.

3. Family member means a significant person who regally related with the patients (e.g. husband, wife) or person who related in blood (e.g. mother, father, offspring, sibling etc.). The family members can make decision for the patient who cannot make one's decision as a consequence of traumatic brain injury. The family member had visited the patient for at least three times within the first 72-96 hours of hospitalization in the general wards.

Scope of the study

This study was a descriptive research, that explored the needs and the responses to those needs as perceived by the family members at the first 72-96 hours of hospitalization in the general wards from 3 public hospitals in Bangkok Metropolitan. Those hospitals were Ramathibodi Hospital, Medical Faculty, Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital (Vajirapayabal Hospital), and Nopparat Rajathanee Hospital during April – December 2008.

Data collection

The participants were randomly sampling from the family members who visited the brain injured patients at the first 72-96 hours in the general wards. The sample sizes of 93 cases were calculated by using Taro Yamane formula (Yamane, 1973). The data were collected from one family member of a traumatic brain injured patient. Both patients and family members were 18 years old and above. If the family members were older than sixty years old, they must pass the Set Test score ≥ 25 to be included in the study. Besides, the participants must live in the same house with the patients and related to the patients as husband, wife, father, mother, offspring, or sibling, respectively. Those related persons were responsible for decision making and hospital expenses. The participants must be able to speak Thai language and do not have hearing problems. The participants are willing to cooperate and participate in the study.

The research instrument was composed of 2 parts: 1) Personal data of the family member and the traumatic brain injured patients and 2) The needs and responses to needs as perceived by the family members which was first developed by Molter (Molter, 1979), and was translated into Thai by Aree Boonbarwornrattanukul (B.E.2538). The needs and responses to needs were divided into six categories. The reliability of the two measures by Cronbach's alpha coefficient were .91 and .92 respectively.

The data were collected by the researcher and one research assistance who was registered nurse and had at least 6 months experience in caring for traumatic brain injured patients at Ramathibodi Hospital, Vajirapayabal Hospital, or Nopparat Rajathanee Hospital. The research assistance collected the data after being trained by the researcher for at least 5 cases. Data were collected after approval by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Ramathibodi Hospital, Medical Faculty, Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital, and Nopaprat Rajathanee Hospital. The obtained data were then analyzed in terms of means and standard deviation. Paired t-test was also applied to compare the differences between the needs and responses to needs as perceived by the family members.

Result

Demographic data of the patients

Most of traumatic brain injured patients (72%) were males, their ages were between 36-40 years old (33%). Most of the patients had unspecified intracranial hemorrhage (37.6%) and hemorrhage (20.4%) respectively. The mildest head injuries were found at 78.5 percent of the traumatic brain injuries, while severe head injuries were 14 percent. Among these patients, 84 percent did not need ventilators, 8.6 percents received operations. Most injuries were caused by motorcycle accident. Among these patients, 18 percents of the patients used helmets while 29 percent did not use helmets. Most patients (92.5%) did not have to pay for hospitalized expenses because of their accidental insurance coverage. About half of the patients (58.1%) were the members of the families, while 41.9 percent were the head of the families.

Demographic data of the family members

Ninety three family members, ages ranged from 40 to 44 years, were recruited in this study. Most participants (74.2%) were female, and 77.4 percent were married. Forty three percent of the participants were husband or wife and 20.4 percent were siblings. Most of the participants (96.8%) were Buddhist, and 34.4 percent had a primary level of education. Half of them (48.4%) work as a labor.

Needs of the family members of traumatic brain injured patients

Need for information ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.36) and need for relief of anxiety ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.35) were found the most important demand of family members respectively, while need for support and ventilation ($\bar{X} = 2.80$, S.D. = 0.64) was found the least. (Table 3)

The first five important needs of the family members by items were followings: 1) the need for hope; 2) the need to have questions answered honestly; 3) the need to talk to the doctor every day, the need to have specific person to call at hospital when unable to visit; 4) the need to be assured it is all right to leave the hospital for a while, the need to know specific facts concerning the patients progress; and 5) the need to know how the patient is being treated medically. (Table 1)

Table 1 Mean and standard deviation of need as perceived by family member (N=93)

Needs	Mean	SD	Rank
To feel there is hope	3.94	0.25	1
To have questions answered honestly	3.89	0.35	2
To talk to the doctor every day	3.83	0.43	3
To have specific person to call at hospital when unable to visit	3.83	0.45	3
To be assured it is all right to leave the hospital for a while	3.81	0.42	4
To know specific facts concerning the patients progress	3.81	0.50	4
To know how the patient is being treated medically	3.80	0.54	5
To talk about the possibility of poor patients progress	3.77	0.53	6
To feel that hospital personnel care about the patient	3.76	0.50	7
To know the expected outcome	3.74	0.66	8
To have explanations given in terms that are understandable	3.74	0.55	8
To be assured that the best care possible is being giving to the patient	3.73	0.51	9
To know why things were done for the patient	3.73	0.51	9
To receive information about the patient once a day	3.71	0.64	10

The responses to needs of the family members

The responses to needs as perceived by the family members were showed respectively as following: need to be helpful ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.58); need to be with the patients ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.58); need for information ($\bar{X} = 2.85$, S.D. = 0.61); need for relief of anxiety ($\bar{X} = 2.87$, S.D. = 0.53); personal needs ($\bar{X} = 2.53$, S.D. = 0.53); need for support and ventilation ($\bar{X} = 2.41$, S.D. = 0.56). (Table 3)

The first five items of responses to needs were the followings: 1) the need to have visiting hours start on time; 2) the need to help with the patient's physical care;

3) the need to feel that hospital personnel care about the patient; 4) the need to have questions answered honestly; 5) the need to feel accepted by hospital staff. (Table2)

Table 2 Mean and standard deviation of responses to needs as perceived by family member (N=93)

Responses to needs	Mean	SD	Rank
To have visiting hours start on time	3.65	0.52	1
To help with the patient's physical care	3.53	0.56	2
To feel that hospital personnel care about the patient	3.48	0.60	3
To have questions answered honestly	3.41	0.71	4
To feel accepted by hospital staff	3.33	0.90	5
To be assured that the best care possible is being giving to the patient	3.31	0.74	6
To see the patient frequently	3.27	0.81	7
To feel there is hope	3.24	0.70	8
To be assured it is all right to leave the hospital for a while	3.20	0.80	9
To have a bathroom near the waiting room	3.16	0.90	10

Comparison of the needs and the responses to needs among family members of brain injured patients

The comparison of the needs and the responses to needs among family members of brain injured patients was analyzed by paired t- test. The significant differences of the means at .05 levels were found between the needs and responses to needs. Total scores of needs among family members were at a high level ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.38), while total scores of responses to needs among family members were at moderate levels ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.45). The mean scores of the needs among family member were higher than the mean scores of responses to those needs both by group of needs and by overall needs. (Table 3)

Table 3 Comparison the needs and responses to needs among family members of traumatic brain injured patients (N=93)

Categories of needs	Needs		Responses to needs		t	P value
	\bar{X}_1	SD ₁	\bar{X}_2	SD ₂		
Need for information	3.72	0.36	2.85	0.61	12.73	.000
Need for relief of anxiety	3.67	0.35	2.87	0.53	14.05	.000
Need to be helpful	3.51	0.57	3.06	0.58	6.33	.000
Need to be with the patients	3.36	0.57	3.00	0.58	4.71	.000
Personal needs	2.96	0.57	2.53	0.53	5.91	.000
Need for support and ventilation	2.80	0.64	2.41	0.56	6.09	.000
overall	3.31	0.38	2.72	0.45	11.11	.000

Discussion

Demographic data of the family members

This descriptive research had recruited 93 family members of brain injury patient. Their ages ranged from 40 to 44 years old. Most participants (74.2%) were female. Their educations were mostly at a primary level of education (34.4%). Most participants (76.8%) were Buddhist. The relationships between the patients and family members were husband or wife (43%) and sibling (20.4%). Most participants (48.4%) worked as a labor. The results of this study were similar to the finding of Pittayaporn Nualsrithong, Praneat Songwathana, and Sudsiri Hirunchunha (B.E.2549). Pittayaporn Nualsrithong and others (B.E.2549) found the mean of family members' age in her study was having around 39.7 years old. Most of them were female (85%), married (83%), primary level of education (65.8%), Buddhist (87.5%), husband or wife (30%), and laborers (37.5%).

Demographic data of the patients

Most of the traumatic brain injured patients (72%) were males. Their ages were between 26-40 years old. The severity level of the injuries was mild head injury which was found similar in other study (Pittayaporn Nualsrithong, et al, B.E.2549). According to the diagnosis, most of the patients had unspecified intracranial

hemorrhage because not every patient was undertaken the computerized tomography. Some patients (10%) had skull fractures with hematoma. The skull fracture was found as the risks of hematoma 200 times over non skull fractured (Nakornchai Phuenpathom, B.E.2546: 439). The patients were intubated (16%) and operated (8.6%), which was similar to Apichart Vachirapan and others (B.E. 2542) who reported 10 percent of hospitalized patients were operated. One cause of the injuries was motorcycle accident (47.3%), some motorcyclists (18.3%) were wearing helmets while more motorcyclists (29%) did not wear helmets. This showed the unsuccessful of the traffic law enforcement of using helmets while riding motorcycle (Saowanee Wiboolsanti, Naunrahong Na-Chiangmai & Pana Puangmali, B.E.2548). Secondly, brain injury was caused by falling (29%). Most fallings (18.3%) were found in patients over sixty years old. This might be due to the increasing number of elders, in addition the referral from other hospital might increase the number of elderly patients, especially patients who covered by 30 bath programme from the government and accidental health insurance. These programmes are more or less helping the patients with the hospitalized payment.

The needs of the family members

The important needs among the family members of traumatic brain injured patients were the need of information and the need to relief anxiety, respectively which similar to the previous study (Freismuth, 1986). Having a family member hospitalized cause stress and anxiety to the family. The stress and anxiety could be related to communication between family members and hospital personnel, treatment, environment around the wards, medical instruments, patient's behavior and emotional changes, patient's condition regarding death or disability, being separated, hospital's rules, uncontrol situation, feeling of helplessness, including hospital expenses. Both stress and anxiety can cause psychological and emotional imbalance. Therefore, information is the first priority need that sufficient information can decrease the family members' stress and anxiety and help them to face with the situations effectively. The least two needs that found in this study were personal needs and need for support and ventilation which similar to the results of other studies (Aree boonbarwornrattanakul, B.E.2538; Daley, 1984; Freismuth, 1986; Niphawan Samartkit & Junporn Yodying,

B.E.2541; Uraiporn Pongpattanawut, B.E.2532). Family members consider the traumatic brain injury patients more important than their personal needs.

The need for hope was found crucial among the family members which was similar to the results of other studies (Aree boonbarwornrattanukul, B.E. 2538; Forrester, et al., 1990; Lee, Chien, & Mackenzie, 2000; Molter, 1979; Norris & Grove, 1986; Niphawan Samartkit & Junporn Yodying, B.E.2541; Porntip Kosulwat, B.E.2541; Ubolwan Kitirattragarn, B.E.2541). It could be explained that the consequences of traumatic brain injury might be anticipated and uncertain, such as intracerebral hematoma, post traumatic epilepsy, post concussion syndrome, focal neurological deficit (e.g. facial nerve paralysis, visual disturbance, hearing loss) and other impairments. In this study, 8.6 percent of the patients were operated, while 16.1 percent were intubated. These consequences might cause stress or anxiety to family members, which was similar to the study of Nareerat Nilkam (B.E.2548) who found moderate stress of the family members. Therefore, family members needed psychological and emotional coping to release their stress and anxiety in order to have the feeling of hope which is the central part of the psychological process in adaptation to the unexpected and shocking situations (Verhaeghe, Zuuren, Defloor, Duijnste, & Grypdonck, 2007: 1489). It was believed that the feeling of hope was one of the coping strategies used by the family members in managing their stresses (Chanokporn Jitpanya, B.E. 2545; Muenphun Maneechai, B.E.2543). It was also found in the study of Tracy and others (Tracy, et al., 1999) that the family members were hoping for the patients regarding to getting better and leave the hospital, having good quality of life, being completely recovered, and trust in God.

The next thirteen items (Table 1) are related to the information need. The family members need to know the patients' condition and whether they would be safe. Knowing that traumatic brain injury is a devastate situation, the family members were concerned about the patients' unpredictable conditions, changing vital sign (medical parameter), inadequate information, and limited visiting time, causing the family members to overestimate the situation in negative side. Lack of information or inadequate information might cause the feeling of helplessness and loss of control of situation. For example, intense feelings of anxiety and distress would be remained among family members until sufficient information was obtained. Therefore receiving

appropriate information could control the situations and help decreasing stress and anxiety which lead to psychological and emotional balance among family members.

Besides, the third rank of family members' needs was "*to talk to physician everyday*", family members expected the physician to be the only person that they could trust regarding telling the patient's condition, treatment and diagnosis. However, family members stated that the doctor and then the nurse respectively provide the information relate to the patient's condition (Verhaeghe, et al., 2007). According to this study, responses to the family's needs were inadequate. Patients' visiting times were different between the physicians and the family members. Physician usually spend a great deal of time in the operating room and outpatient department, whereas spend less time in general ward, yet physicians might not know the family needs. Compare to Bijttebier and others (Bijttebier, et al., 2001), family members' perception and physicians' concern to needs of the family members were different. Physicians underestimated the relatives' need of the information about the patients. Therefore, nurses should be a coordinator who contact both physicians and family members so the information would be exchanged.

It was also found that "*to have a monk or pastor visit*" was the last important item which similar to the previous studies (Aree boonbarwornrattanakul, B.E.2538; Niphawan Samartkit & Junporn Yodying B.E.2541; Ubolwan Kitiratragarn, B.E.2541). This could be explained accordingly to Thai context that having a monk visiting the patients were going to die. Bedside, Wongrat Saisuk (B.E.2544) found that 76.5 percent of the family members did not want this spiritual need and 96.5 percent did not do religions practice because the family members were not recognized require the monk to be presented. However, it was different from Freichels (Freichels, 1991) who found that it was important for the family members to have a monk or a pastor visit the patients.

The responses to needs among family members of traumatic brain injured patients

This study showed the first and the second responses to the needs were “*to be helpful*” and “*to be with the patients*”, respectively. Previous research found that flexible visitation was one of nursing interventions to meet the need to be helpful and proximity needs (Arunrat Yotinwattanabumrung, B.E.2548; Bebjamaporn Wongkrai, B.E.2548; Freismuth, 1986; Kanuengnit Bureetad, B.E.2540; Somkid Panprasert, B.E.2547; Suttinee Wattanakun, B.E.2547). The patients in this study were hospitalized in general wards, the visiting hours policy was flexible; therefore, it was allowed for the family members to be with their love ones and help them as they want.

Among the 10 items of responses to needs (Table 2), only 5 items were ranked for the most important need of the family members. Those items were item 3, item 4, item 6, item 8 and item 9. The 5 items that found to be responded were related to the needs of being with the patients, being helping and personal needs. These findings were similar to Niphawan Samartkit and Junporn Yodying (B.E.2541) who found that the first and the second responses to needs were being helpful and being with the patients, respectively. However, it was different from the study of Aree Boonbarwornrattanakul (B.E.2538) who found that the first and the second responses to the needs were to relieve anxiety and being helpful respectively. Visiting hours were different between intensive critical care units and general wards; therefore, perceived responses to be with the patients in general wards were higher than in the intensive critical care unit. When considering item regarding personnel interest to the patients, item 3, item 5, item 6, and item 9 (Table 2) showed that the family members respected and trust the personnel. They were satisfied with the care their family members received. They know that their family members would receive a good care, treatment and surgery without concerning about insurance coverage.

The responses to the needs by items which had a score average lesser than 2 were the less important needs of the family members and the family members perceived as the less responses to their needs. There were some important needs that were not responded. These needs and responses to those needs are informing changed symptoms of the patients by phone; knowing about the moving plan of the patients; calling for any inquiry by phone if impossible to come to the hospital. These are

similar to the study of Aree Boonbarwornrattanakul (B.E.2538) who reported that being informed about the moving plan out of the ward, and being able to know the symptoms of the patients by phone if it is impossible to hospital visit were the needs that were not be responded. Niphawan Samartkit and Junporn Yodying (B.E.2541) who reported that being informed of the changing symptom of the patients, and knowing about patients moving plan were the more important needs that not responded. This could be explained in terms of being separated between the patients and the family members could cause the family members to worry about the patients symptoms especially while the hospitals had limited the visiting hours. Besides, while patients were left behind by themselves, the family needs to be informed of any changing symptom of the patients from the hospital personnel through the phone. Telephone communication could possible relieve the family member's stress or anxiety. However, it was found recently that this need had not been responded, because some information would be distorted as result of telephone connection problems. Moreover, report of the patients' condition through the telephone would against the law.

Comparison of the needs and the responses to needs among family members of traumatic brain injured patients

There had a significant difference in the average means at .05 levels between the needs and the responses to needs. The average means of the need among family member were higher than average means of responses to needs in both group of needs and overall needs. Total scores of the needs were at a high level ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 0.38), whereas total scores of responses to needs were at moderate levels ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.45). Means of needs were higher than means of responses to needs, which these results were similar to previous research (Aree Boonbarwornrattanakul, B.E.2538; Niphawan Samartkit & Junporn Yodying, B.E.2541). The needs of the family members that were not responded might cause by the family members' stress and anxiety which effect family members' perceptions (Aree Boonbarwornrattanakul, B.E.2538), whereas nurses might perceive different from the family members. Nurses wanted to provide a lot of information for the family members. The information that the nurses thought important and they would like the family members to know.

However, the family members could not get that information and had no chance to ask questions. Compare to Bijttebier and others (Bijttebier, et al., 2001), family members' perception and nurses' concern to needs of the family members were different. Nurses underestimated the relatives' need for information about the patient. Nittaya Jarassang (B.E.2547) expressed her opinions that nurses often gave various information according to their concerns without assessing family members' needs (Nittaya Jarassang, B.E.2547). Besides, family members received some responses that they were not expected. For example, the family members expected a limit visiting hours; however, they had a chance to visit the patients more often than their expectation. Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch.Ward, and Ivatury (Auerbach, Kiesler, Wartella, Rausch.Ward, & Ivatury, 2005) considered that "Family members were more likely to feel their needs were met when they felt positive (more friendly and less hostile) about the physician." (Auerbach, et al., 2005: 208). Nurses should initiate relationship with family members and extend their roles independently to meet the needs of family members.

Recommendations

This study revealed that the needs of family members of traumatic brain injury patients had not been responded. Nurses who caring for the patients and their family members should concern to the needs of the family members. Nurses should provide an appropriate responses to the needs of the family members, in order to help them coping with stress and anxiety; therefore, the family members would be able to help the patients to recover effectively.

Recommendation for nursing practices

1. Nurses are the key persons between physicians and family members. Nurses should develop their skills regarding information given, information clarification and effective telephone communication.
2. Nurses should be aware that needs are individualize concern; therefore, it should be evaluated and planed accordingly to individual concern.

3. Nurses, as a caregiver and supporter, should initiate good relationship with family members and be more friendly.

Further research

1. Performing further longitudinal studies regarding the needs of the family members in other phases of hospitalized traumatic brain injury are suggested. The family member needs may change or be different in each phase.

2. The results of this study will be used for designing an intervention program to help family members coping with traumatic brain injury.

บรรณานุกรม

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม. (2546). *การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณินันต์ บุรีเทศน์. (2540). *ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษากรณีเฉพาะ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จเร ผลประเสริฐ. (2541). Head injury. ใน *ชาญวิทย ตันตีพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 801-817)*. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- จันทนา เตชะภคห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จาดรงค์ เทพาหุดี และนครชัย เฟื่อนปฐม. (2542). *บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ยุคปัจจุบัน*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 17(2), 109-115.
- ฉวีวรรณ วรรณทนนะ. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑามาศ ปัญจะวิสุทธ์, สุภาภรณ์ ค้วงแพง, สมพร ศิริเต็มกุล และวิไลวรรณ ฌสุวรรณ. (2541). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2545). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤต*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 16(1), 26-38.

- ธนภรณ์ เปรมสัย. (2546). การศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขา, วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นครชัย เพื่อนปฐม. (2546). บาดเจ็บที่ศีรษะ. ในนครชัย เพื่อนปฐม, เมธิณี ไหมแพง และก่องงศ์ รุกขพันธ์ (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 801-817). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- นริรัตน์ นิลขำ. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาฏยา เอื้องไฟโรจน์. (2535). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา จรัสแสง. (2547). แนวทางการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือญาติในภาวะวิกฤตทางอารมณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 6(3), 40-54.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งแพง. (2544). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9(1), 11-31.
- บรรจง วาที. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง พฤติกรรมเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรทิพย์ โกศลวัฒน์. (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารพยาบาลรามาธิบดี*, 16(4), 54-64.
- พิทยา จารุพูนผล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, ประยูร ฟองสถิตย์กุล, ดุสิต สุจิรารัตน์, พัชราพร เกิดมงคล, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และคณะ. (2551). *การศึกษาและพัฒนาแบบจำลองประเมินสถานการณ์ครอบครัวไทย*. รายงานการวิจัยทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2551. URL: <http://thaifamily.in.th>. (2 กุมภาพันธ์ 2553)
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณิต ส่วงวัฒนา และสุคติ หิรัญชอุณหะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(3), 153-161.
- รัตนา อยู่เปล้า. (2543). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม*. URL: <http://surgeons.or.th>. (28 มกราคม 2553)
- รุจา ภูไพบูรณ์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). *ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์. (2549). *รายงานการบาดเจ็บระดับชาติจากอุบัติเหตุขนส่งช่วงวันหยุดเทศกาลปีใหม่ประเทศไทยปี พ.ศ. 2543-2547*. URL: <http://epid.moph.go.th>. (2 กุมภาพันธ์ 2549)
- วิชัย วงศ์ชนะภัย, สมบูรณ์ ธรรมเถลิงกิจ, อรทัย สุขมงคล, วรนุช อุษประเสริฐกุล และสมชายผลเยี่ยมเอก. (2545). การศึกษาการตายจากอุบัติเหตุจราจร. *วารสารอุบัติเหตุ*, 21(2), 59-70.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.

- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งพูดได้ก่อน Coma. ใน สงวนสิน รัตนเลิศ (บรรณาธิการ), *บาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลตามระบบคุณภาพ HA* (หน้า 87-96). กรุงเทพฯ: โอ เอส พรินติ้งเฮ้าส์.
- สมทรง บุตรชีวัน. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านกับการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมคิด ปานประเสริฐ. (2547). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุขณะรอผู้ป่วยรับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัมพันธ์ หิฎฎิระนันท์. (2541). *บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต*. *วารสารพยาบาล*, 47(1), 25-34.
- สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ. (2535). *เอกสารประกอบคำสอน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เฉียบพลัน และเรื้อรัง*. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชา จันท์เอม. (2538). *จิตวิทยาเด็ก*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม. (2546). *ผลการสอนญาติด้วยโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการปรับตัวในการดูแลและความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการพยาบาลที่ได้รับ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนมา แสนมาโนช. (2541). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์. (2549). การศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลขอนแก่นและการวิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับ Glasgow Outcome Scale. *วารสารอุบัติเหตุ*, 25(2), 53-75.
- เสาวนีย์ วิบูลสันติ, นวลระหงส์ ณ. เชียงใหม่, และ พนา พวงมะลิ. (2548). การศึกษาอัตราการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยในผู้ขับขี่รถยนต์ ในเขตเทศบาลเมืองของเขต 10 พศ. 2546-2547. *วารสารอุบัติเหตุ*, 24(1), 22-29.
- หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. (2549). *สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองปี พ.ศ.2549*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.
- หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลรามาชิปดี. (2549). *สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองปี พ.ศ.2549*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2549). *สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองปี พ.ศ.2549*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.
- เหมือนฝัน มณีฉาย. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ กิจมหาตระกูล. (2542). บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาล หาดใหญ่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 17(2), 103-108.
- อรุณรัตน์ โยชินวัฒน์บำรุง. (2548). *ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณี นาคะพงศ์. (2539). *ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ วชิรพันธ์, จำเริญ วัฒนศรีสิน, กิตติศักดิ์ อักษรวงษ์, สราวุธ โรจน์วชิรนนท์ และกาญจน์ ยวนแหล. (2542). *การผ่าตัดรักษาบาดเจ็บที่ศีรษะโดยศัลยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช*. URL: <http://medinfo.psu.ac.th/smj2/174/smj1744.html>. (2 กุมภาพันธ์ 2549)

- อาภาพรรณ นามอาษา. (2545). *ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์ บุญบรรทัดกุล. (2538). *ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ. (2541). *การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์.
- อุไรพร พงศ์พัฒน์วุฒิ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Acorn, S. (1995). Assisting families of head-injured survivors through a family support programe. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 872-877.
- Aimin, G. (1999). *Effect of informational support on anxiety among family members of critical ill patients*. Master's Thesis, Department of nursing science in medical and surgical nursing, Graduate School, Changmai University.
- Acorn, S., & Roberts, E. (1992). Head Injury: Impact on the wives. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(6), 324-328.
- Auerbach, S.M., Kiesler, D.J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K.R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 202-210.
- Barker, E. (2002). *Neuroscience nursing a spectrum of care*. (2nd ed). St. Louis: Mosby.
- Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P., & Frans, E. (2001). Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives physicians and nurses. *Intensive Care Medicine*, 27, 160– 165.

- Bond, A.E., Draeger, C R.L., Mandleco, B., & Donnelly, M. (2003). Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: Implications for evidence-based practice. *Critical Care Nurse, 23*(4), 63-72.
- Centers for disease control and prevention (CDC). (1997). Traumatic brain injury - -Colorado, Missouri, Oklahoma, and Utah, 1990-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 46*(1), 8-11.
- Chan, K.S., & Twinn, S. (2007). An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing, 16*(1), 185-193.
- 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*(1), 39-50.
- Chippis, E.M., Clanin, N.J., & Campbell, V.G. (1992). *Neurologic disorder*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- 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*(5), 1113-1122.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart & Lung, 13*(3), 231-237.
- Davis-Martin, S. (1994). Perceived needs of families of long-term critical care patients: A brief report. *Heart & Lung, 23*(6), 515-518.
- Doherty, M.H., Plowfield, L., Ware, C., West, C.M. (1999). Impact of critical illness on the patient and family. In L. Bucher & S. Melander (Eds.), *Critical Care Nursing* (1st ed, pp.51-91). Philadelphia: WB. Saunders.
- Engli, M., & Kirsivali-Farmer, K. (1993). Need of family members of critical ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing, 25*(2), 78-85.
- Evans, R.W. (2006). The postconcussion syndrome and the sequelae of mild head injury. In R.W. Evans, (Eds.), *Neurology and Trauma* (2nd ed., pp 95-128). New York: Oxford University Press.

- Fawcett, J. (1975). The family as a living open system: An emerging conceptual framework for nursing. *International Nursing Review*, 22, 113-116.
- Freichels, T.A. (1991). Needs of family members of patients in the intensive care unit over time. *Critical Care Nursing Quarterly*, 14(3), 16-29.
- Freismuth, C.A. (1986). Meeting the needs of families of critically ill patients: A comparison of visiting policies in the intensive care setting. *Heart & Lung*, 15, 309-310.
- Forrester, D.A., Murphy, P.A., Price, D.M., & Monaghan, J.F. (1990). Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. *Heart Lung*, 19, 655-661.
- Halm, M.A. (1992). Support and reassurance needs: strategies for practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4(4), 633-643.
- Halm, M.A., Titler, M.G., Kleiber, C., Johnson, S.K., Montgomery, L.A., Craft, M.J., et al. (1993). Behavioral responses of family members during critical illness. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 414-437.
- Hays, A. (1984). The Set Test to screen mental status quickly. *Geriatric Nursing*, 5, 96-97.
- Hickey, J.V. (1997). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Hickey, J.A. & Cook, H. (2003). Craniocerebral injuries. In J.A. Hickey (Ed.), *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. (5th ed., pp 385-418). Philadelphia: Lippincott.
- Hickey, M. (1996). Psychosocial needs of families. In J.M. Clochesy, C. Breu, S. Cardin, A.A. Whittaker, & E.B. Rudy (Eds.), *Critical care nursing* (2nd ed., pp 65-73). New York: Oxford University Press.
- Horn, E.V., & Test, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(4), 40-48.
- Hudak, C.M., Gallo, B.M., & Morton, P.G. (1998). *Critical care nursing: A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Isaacs, B., & Kennie, A.T. (1973). The Set Test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123, 440-443.
- Jacobs, H.E. (1988). The Los Angeles head injury survey: Procedures and initial findings. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69, 425-431.

- Jamerson, P.A., Scheibmeier, M., Bott, M.J., Crighton, F., Hinton, R.H., & Kuckelman, C.A. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung, 25(6)*, 467-474.
- Jennet, B., & Teasdale, G. (1981). *Management of Head Injury*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Kosciulek, J.F. (1997). Relationship of family schema to family adaptation to brain injury. *Brain Injury, 11(11)*, 821-830.
- Koskinen, S. (1998). Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury (TBI): the perspective of the injured and the closest relative. *Brain Injury, 12(8)*, 631-648.
- Kozloff, R. (1987). Networks of social support and the outcome from severe head injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 2(3)*, 14-23.
- Kreagel, J.M., Mousseau, V.S., Goldsonith, C., & Arara, R. (1974). *Patient needs: Patient care system*. Philadelphia: Lippincott.
- Kraus, J.K., & McArthur, D.L. (2006). Epidemiology of Brain Injury. In R.W. Evans (Eds.), *Neurology and Trauma* (2nd ed., pp 3-18). New York: Oxford University Press.
- Kreutzer, J.S., Kolakowsky-Hayner, S.A., Demm, S.R., & Meade, M.A. (2002). A structured approach to family intervention after brain injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation, 17(4)*, 349-367.
- Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., & Kepter, K. (1992). Review article: Traumatic brain injury: family response and outcome. *Archives Physical Medicine Rehabilitation, 73(8)*, 771-778.
- Kreutzer, J.S., Marwitz, J.H., Walker, W., Sander, A., Sherer, M., Bogner, J., et al. (2003). Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 18(2)*, 128-138.
- Leske, J.S. (1991). Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung, 20(3)*, 236-244.
- Lee, I.Y.M., Chien, W.T., & Mackenzie, A.E. (2000). Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing, 18(2)*, 128-138.
- Livingston, M.G., Brooks, D.N., & Bond, M.R. (1985a). Three months after severe head injury: Psychiatric and social impact on relatives. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 48(9)*, 870-875.

- (1985b). Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 48(9), 876-881.
- Luverene, W.L., & Barbara, K.T. (1988). *Fundamental skill and Philadelphia concepts in patient care*. Philadelphia: Lippincott.
- Marsh, N.V., Kersel, D.A., Havill, J.H., & Sleight, J.W.(1998). Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(3), 225-238.
- Marsh, N.V., Kersel, D.A., Havill, J.H., & Sleight, J.W. (1998). Caregiver burden at 1 years following severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(12), 1045-1059.
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. (2nd ed.). New York: Herper and Row.
- Mathis, M. (1984). Personal needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *Journal of Neurosurgical Nursing*, 16(1), 36-44.
- McClowry, S.G. (1992). Family functioning during a critical illness: a systems theory perspective. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 4, 559-564.
- McMordie, W.R., & Barker, S.L. (1988). The financial trauma of head injury. *Brain Injury*, 2(4), 357-364.
- Maxwell, K.E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 15(5), 369-376.
- Miller.J.F. (1992). Inspiring hope. In J.F. Miller (ed.) *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed., pp 413-433). Philadelphia: F.A. Davis.
- Mendonca, D., & Warren, N.A. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family member. *Critical Care Nurse Quality*, 21(1), 58-67.
- Molitor, N.C. (1979). Needs of relatives of critical ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, 8(2), 332-339.
- Naalt, J, Zomeren, A.H., & Minderhoud, J.M. (1999). One year outcome in mild to moderate head injury: the predictive value of acute injury characteristics related to complaints and return to work. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*. 66(2), 207-213.
- Narayan, R.K., Michel, M.E., Ansell, B., et al. (2002). Clinical trials in head injury. *Journal of Neurotrauma*, 19 (5): 503–57.

- Namerow, N. S. (1987). *Neuroscience Nursing: A Nursing Diagnosis Approach*. USA: Williams and Wilkins.
- Norris, L.O., & Grove, S. K. (1986). Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart & Lung, 15*(2), 194-199.
- Plowfield, L.A. (1999). Living a nightmare: family experiences of waiting following neurological crisis. *Journal of Neuroscience Nursing, 31*, 231-238.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. *Lancet, 2*, 81-84.
- Testani-Dufour, L., Chappel-Aiken, L., & Gueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: A family experience. *Journal of Neuroscience Nursing, 24*(6), 317-323.
- Thelan, L.A., Urden, L.D., Lough, M.E., & Stacy, K.M. (1998). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (3rd ed., pp1051-1096). St. Louis: Mosby.
- Thurman, D., Alverson, C., Dunn, K., Guerrero, J., & Sniezek, J. (1999). Traumatic brain injury in the United States: a public health perspective. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 14*(6), 602-615.
- Tracy, J., Fowler, S., & Magarelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critically ill adult. *Applied Nursing Research, 12*(3): 121-127.
- Titler, M.G., Cohen, M.Z., & Craft, M.J. (1991). Impact of adult critical care hospitalization: Perception of patients spouses children and nurses. *Heart & Lung, 20*(2), 174-182.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F.V., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of literature. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 501-509.
- Verhaeghe, S.T., Zuuren, F.J., Defloor, T., Duijnste, M.S., & Grypdonck, M.H. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit?. *Journal of Clinical Nursing, 16*(8), 1488-1497.
- Walleck, C., & Mooney, K. (1994). Neurotrauma: Head injury. In E. Barker (ed.), *Neuro science nursing* (pp. 324-351). St. Louis: Mosby.
- Yamane, T. (1973). *Statistics an introductory analysis*. (3rd ed.). New York: Harper & Row.
- Youngblut, J.M., Brooten, D., & Kuluz, J. (2005). Parents reactions at 24-48 hours after a preschool child head injury. *Pediatric Critical Care Medicine, 6*(5), 550-556.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่
2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
 - 2.2 แบบสำรวจความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

แบบทดสอบหมวดหมู่
(The Set Test)

คำชี้แจง ให้บอกชื่อ สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด ให้ได้มากที่สุด หมวดละ 10 ชื่อ

<p>สัตว์</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>คะแนน</p>	<p>สัตว์</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>คะแนน</p>
<p>ผลไม้</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>คะแนน</p>	<p>จังหวัด</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>คะแนน</p>
<p>คะแนนรวมคะแนน</p>	

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวของท่าน โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และ/หรือขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง โดยแต่ละข้อขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส สมรส โสด หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. นับถือ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆโปรดระบุ.....
- .
- .
- .
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บิดา-มารดา สามี - ภรรยา บุตร พี่-น้อง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. การวินิจฉัยโรค.....
4. ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อแรกรับ.....
5. การผ่าตัดทางสมอง ได้รับการผ่าตัด ชนิด.....
 ไม่ได้รับการผ่าตัด
6. ลักษณะของผู้ป่วย ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
- .
- .
- .
- .
9. สถานภาพในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว สมาชิกในครอบครัว

แบบสำรวจความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อความ 45 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกต้องการทราบถึงระดับความสำคัญของความต้องการของท่านในฐานะสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และส่วนที่สองต้องการทราบถึงการตอบสนองที่ท่านได้รับ ให้ท่านเลือกตอบโดยขีดเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงตามความต้องการของท่านมากที่สุดในส่วนแรก และการตอบสนองที่ท่านได้รับตามความเป็นจริงในส่วนที่สอง ส่วนละ 1 คำตอบ

ส่วนแรก เป็นระดับความสำคัญของความต้องการของท่านในฐานะสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยในแต่ละข้อความ มีคำตอบให้เลือกตอบได้ 4 ระดับ ดังนี้

สำคัญมาก หมายถึง ความต้องการนั้นท่านเห็นว่ามีผลสำคัญต่อท่านมา

สำคัญพอควร หมายถึง ความต้องการนั้นท่านเห็นว่ามีผลสำคัญต่อท่าน
พอสมควร

สำคัญเล็กน้อย หมายถึง ความต้องการนั้นท่านเห็นว่ามีผลสำคัญต่อท่านเพียง
เล็กน้อย

ไม่สำคัญ หมายถึง ความต้องการนั้นไม่มีความสำคัญต่อท่านเลย

ส่วนที่สอง เป็นการตอบสนองที่ท่านได้รับจากเจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่น มีคำตอบให้เลือกตอบได้ 4 ระดับ ดังนี้

ได้รับมาก หมายถึง ความต้องการนั้นท่านได้รับการตอบสนองอย่าง
เพียงพอและ สม่าเสมอ

ได้รับพอควร หมายถึง ความต้องการนั้นท่านได้รับการตอบสนองพอสมควร

ได้รับน้อย หมายถึง ความต้องการนั้นท่านได้รับการตอบสนองเพียง
เล็กน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ความต้องการนั้นท่านไม่ได้รับการตอบสนอง

ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาล

ชื่อผู้วิจัย นาง รุ่งราวรรณ บัวชัย

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุทั่วไป โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล และ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางรุ่งราวรรณ บัวชัย โรงพยาบาลรามาธิบดี 0-2201-1521, 0-2201-1531

โทรศัพท์มือถือ 08-3771-0678

ความเป็นมาของโครงการ

บาดเจ็บที่สมองเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีใครคาดคิดมาก่อน มีผลกระทบรุนแรงต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความวิตกกังวล อันเนื่องมาจากผลที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สมองมีความรุนแรงที่ไม่สามารถคาดเดาได้ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญความไม่คุ้นเคยในเรื่องของสถานที่ สิ่งแวดล้อม กฎระเบียบ และบุคลากร เผชิญกับอาการแสดงของผู้ป่วยโดยเฉพาะพฤติกรรมที่รับรู้ที่เปลี่ยนแปลง เช่น การไม่รู้สีกตัว สับสน วุ่นวาย เอะอะไววาย ก้าวร้าว เป็นต้น กิจกรรมการรักษาต่างๆ ปัญหาเศรษฐกิจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งล้วนทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความวิตกกังวล สมาชิกในครอบครัวจึงเกิดความต้องการเพื่อกองไว้ซึ่งภาวะสมดุลของของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเชื่อว่าถ้าหากความต้องการได้รับการตอบสนองก็จะช่วยสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองอาจทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลทางจิตใจหรือภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถลดลงในการเป็นแหล่งประโยชน์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความหลากหลาย ความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการยังไม่สอดคล้องกัน การรับรู้ความต้องการของสมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตระหว่างพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความแตกต่างกัน อีกทั้ง การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนการศึกษาในหอผู้ป่วยทั่วไปนั้น มีน้อยและยังขาดการศึกษาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการของ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในหอผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ตลอดจนนำผลการศึกษาไปพัฒนา รูปแบบการช่วยเหลือกลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล อันจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการพัฒนา รูปแบบการดูแล เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่สมองให้มีความวิตกกังวลลดลง สามารถปรับตัวและเป็นแรงสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้ป่วยต่อไป

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ เพื่อที่จะเข้าใจความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการขณะพักรักษาในโรงพยาบาล สำหรับท่านที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับการทดสอบ ด้วยวิธีการทดสอบหมวดหมู่เพื่อประเมินภาวะสุขภาพก่อน หลังจากนั้นท่านจะได้รับการตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามสำรวจความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยคาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 20- 30 นาที การเก็บข้อมูลจะดำเนิน ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถาม โดยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษา ไว้ในที่ปลอดภัย ท่านอาจจะเลือกไม่ตอบคำถามใดๆ ก็ได้ในทุกข้อคำถามของแบบสอบถาม

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลประโยชน์โดยตรงที่ท่านจะได้รับอาจไม่มี แต่ท่านจะได้มีโอกาสให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แก่ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และระหว่างการตอบแบบสอบถาม คำถามบางคำถามอาจทำให้ท่านรู้สึกเศร้า เมื่อท่านนึกถึงประสบการณ์ที่ตึงเครียดของท่าน ท่านอาจรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ ถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นระหว่างการให้ข้อมูลท่านสามารถที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านกับผู้วิจัย ท่านมีอิสระเต็มที่ในการที่จะไม่ตอบคำถาม หรือถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยจะถูกรักษาไว้เป็นความลับ ในที่ที่ปลอดภัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏบน แบบฟอร์มใดๆของแบบสอบถาม ตัวเลขจะถูกใช้แทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละท่าน ผู้วิจัยท่านนั้นที่จะทราบ ข้อมูลที่บ่งชี้ถึงตัวบุคคล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอเพื่อการศึกษาหรือในการประชุมวิชาการ ท่านสามารถขอรับ ผลสรุปของการวิจัยได้หลังการวิจัยสิ้นสุดลง

ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ชั้น๓ สำนักงานวิจัย
คณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑๑๕๔๔ ในเวลาราชการ

ภาคผนวก ค



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความต้องการและการได้รับการสนองตอบความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บทางสมองขณะพัก
รักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ชื่อผู้วิจัย นางรุ่งราวรรณ บัวชัย

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ..... ครอบครัวของผู้ป่วยชื่อ.....

เลขที่เวชระเบียน..... โรงพยาบาล/สถานที่เก็บข้อมูล.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของ
โครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่ปิดบัง และยินยอมเข้าร่วม
ในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถ
ปฏิเสธ/ยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ญาติของข้าพเจ้า/ผู้ป่วยพึงได้รับ นอกจากนี้ข้อมูล
เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ ทางด้านวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วม
การวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ(ผู้วิจัย)

วันที่...../...../ พ.ศ. 2551

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
ฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้น ไปด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นางรุ่งรารวณ บัวชัย อายุ 41 ปี อยู่บ้านเลขที่ 225/147ถนน กรุงเทพมหานคร-นนท์ หมู่ที่ - แขวง/ตำบล บางซื่อ เขต
อำเภอบางซื่อ จังหวัด กรุงเทพมหานคร ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ นางรุ่งรารวณ บัวชัย เรื่อง ความต้องการและการได้รับการตอบสนอง
ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้บังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด และ
พร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย
อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้
ความยินยอมนี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการ
วิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จาก
ผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษา
พยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตาม
มาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำ
ตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทน
ดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้ยารักษา
ค่าชดเชยและค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยง
และอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับคิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อ
ไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้
ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการ
ให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย

2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย

ภาคผนวก ง



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๑/๒๑๘

ชื่อโครงการ	ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๓-๕๑-๔๑ บ
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางรุ่งราวรรณ บัวชัย
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่าซึ่ง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์กรพัฒนากุล)

วันที่รับรอง

๑๕ มีนาคม ๒๕๕๑



No. ๗. 140

Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

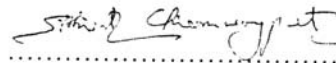
Title of Project : The Needs and the Responses as Perceived
by the Family Members of Hospitalized
Traumatic Brain Injury Patients

Registered Number : 0090.51

Principal Investigator : Mrs. Rungrawan Buachai

Name of Institution : Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.


..... Chairman

(Mr. Sithisat Chiamwongpaet)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 10 JUL 2008



คณะกรรมการวิจัย
โรงพยาบาลพรัตนราชธานี

ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลพรัตนราชธานี

ชื่อโครงการ ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองขณะพักรักษาในโรงพยาบาล

เลขที่ 6/2551

ผู้วิจัย นางรุ่งราวรรณ บัวชัย

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจาก
คณะอนุกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลพรัตนราชธานี ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลใน
โรงพยาบาลพรัตนราชธานีได้ ตามเงื่อนไขและแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

ลงนาม.....
(แพทย์หญิงมุสตี ธรรมานวัตร)
ประธานกรรมการวิจัย

รับรองวันที่ 10 เมษายน 2551

ภาคผนวก จ

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรายข้อของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเรียงตามลำดับความสำคัญ และคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ (N=93)

ความต้องการรายข้อ	ความต้องการ		การได้รับการตอบสนองความต้องการ	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อที่ 1. รู้สึกมีความหวัง (เช่น หวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ)	3.94	0.24	3.24	0.69
ข้อที่ 10. ได้รับคำตอบจากเจ้าหน้าที่ที่ตรงกับความเป็นจริง	3.89	0.34	3.41	0.71
ข้อที่ 14. ได้คุยกับแพทย์ทุกวัน	3.83	0.43	2.65	1.01
ข้อที่ 42. สามารถสอบถามอาการของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ได้ทางโทรศัพท์เมื่อไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้	3.83	0.45	1.98	1.21
ข้อที่ 7. วางใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ต้องออกจากโรงพยาบาลไปชั่วคราว	3.81	0.42	3.20	0.80
ข้อที่ 13. ได้รับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการคืบหน้าของผู้ป่วย	3.81	0.49	2.90	0.93
ข้อที่ 16. ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างไร	3.80	0.54	3.12	0.81
ข้อที่ 32. ได้พูดคุยเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนัก	3.77	0.53	2.87	0.96
ข้อที่ 2. รู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความสนใจดูแลผู้ป่วย	3.76	0.49	3.48/	0.60
ข้อที่ 8. ทราบการทำนายโรคของผู้ป่วย	3.74	0.65	2.94	0.97
ข้อที่ 12. ได้รับคำอธิบายด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย	3.74	0.55	3.15	0.82
ข้อที่ 3. มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด	3.73	0.51	3.31	0.73
ข้อที่ 4. ได้ทราบถึงเหตุผลของสิ่งที่กระทำต่อผู้ป่วย	3.73	0.51	3.14	0.73
ข้อที่ 11. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง	3.71	0.63	2.99	0.89
ข้อที่ 6. โทรศัพท์แจ้งถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไปที่บ้าน	3.70	0.70	2.09	1.16
ข้อที่ 38. มีห้องน้ำอยู่ใกล้ๆที่พักรอเยี่ยม	3.67	0.64	3.16	0.90

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรายข้อของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเรียงตามลำดับความสำคัญ และคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ (N=93) (ต่อ)

ความต้องการรายข้อ	ความต้องการ		การได้รับการตอบสนองความต้องการ	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อที่ 15.รับทราบอย่างชัดเจนถึงกิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วย	3.66	0.66	3.10	0.87
ข้อที่ 30.ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น ให้การต้อนรับด้วยมิตรภาพ พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่มีความเห็นอกเห็นใจ)	3.66	0.78	3.33	0.90
ข้อที่ 25.ได้มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยบ้าง	3.63	0.63	3.53	0.56
ข้อที่ 16.ได้รับทราบเกี่ยวกับแผนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย	3.60	0.69	2.09	1.12
ข้อที่ 18.ทราบว่าจะถามข้อมูลเรื่องใดกับเจ้าหน้าที่คนใด	3.60	0.72	2.78	0.96
ข้อที่ 43.ได้รับการบอกเล่าหรือแนะนำถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาต่างๆเกิดขึ้น	3.56	0.77	2.61	0.98
ข้อที่ 22.เข้าไปดูผู้ป่วยได้บ่อยๆ	3.53	0.71	3.27	0.80
ข้อที่ 24.เปลี่ยนแปลงเวลาเยี่ยมได้เป็นกรณีพิเศษเมื่อมีความจำเป็น	3.53	0.88	2.74	1.10
ข้อที่ 19.เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกเวลา	3.45	0.85	2.92	0.90
ข้อที่ 26.ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำเมื่ออยู่ข้างเตียงผู้ป่วย	3.40	0.79	2.60	1.02
ข้อที่ 17.ทราบเกี่ยวกับประเภทของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย	3.39	0.82	2.47	1.00
ข้อที่ 41.มีคนให้ความช่วยเหลือปัญหาการเงิน	3.31	1.06	2.52	1.12
ข้อที่ 29.มีเพื่อนอยู่ใกล้ๆคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ	3.29	0.95	2.99	0.96
ข้อที่ 23.ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงตามเวลา	3.28	0.85	3.65	0.52
ข้อที่ 37.มีอาหารดีๆขายในโรงพยาบาล	3.23	0.95	3.00	0.89

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรายข้อของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเรียงตามลำดับความสำคัญ และคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการ (N=93) (ต่อ)

ความต้องการรายข้อ	ความต้องการ		การได้รับการตอบสนองความต้องการ	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อที่ 5.ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งแรก	3.03	0.86	2.34	1.09
ข้อที่ 21.มีที่พักรอเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย	3.02	1.05	2.44	0.96
ข้อที่ 36.ได้พูดคุยกับพยาบาลคนเดิมทุกวัน	3.00	1.03	2.61	0.94
ข้อที่ 39.มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณที่พักรอเยี่ยม	2.92	1.05	2.38	0.90
ข้อที่ 35.มีโทรศัพท์ใกล้ที่พักรอเยี่ยม	2.89	1.21	2.61	1.02
ข้อที่ 45.มีคนสนใจสุขภาพของญาติบ้าง	2.86	1.04	2.34	1.10
ข้อที่ 44.ได้รับการบอกเล่าแนะนำถึงบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือปัญหาครอบครัว	2.83	1.09	2.11	0.97
ข้อที่ 20.มีคนอยู่เป็นเพื่อน เมื่อเข้าเยี่ยม	2.73	1.18	2.66	0.99
ข้อที่ 31.ได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่ไม่ดีของตน เช่นความรู้สึกผิด โกรธ	2.67	1.15	2.33	0.99
ข้อที่ 27.ได้รับทราบว่าจะทำพิธีกรรมทางศาสนาอะไรได้บ้างขณะอยู่โรงพยาบาล	2.27	1.19	1.70	0.98
ข้อที่ 34.ได้อยู่คนเดียวบ้างบางเวลา	2.27	1.15	2.46	1.03
ข้อที่ 40.มีสถานที่อยู่ตามลำพังขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล	2.13	1.16	2.17	0.85
ข้อที่ 33.ได้รับการกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก โดยการร้องไห้	1.96	1.21	1.78	1.09
ข้อที่ 28.มีพระมาเยี่ยมและทำพิธีกรรมทางศาสนาได้	1.90	1.10	1.46	0.90

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางรุ่งราวรรณ บัวชัย
วัน เดือน ปีเกิด	16 พฤศจิกายน 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดชัยภูมิ
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2528-2532 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) (เกียรตินิยมอันดับ 2) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2548-2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2532- ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6 หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 0-2201-1521
ที่อยู่	225/147 หมู่บ้านชินฤทัย ถนนกรุงเทพ-นนท์ ตำบลบางซื่อ อำเภอบางซื่อ กรุงเทพมหานคร 10800