

## ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง Anxiety in Caregiver of Patients with Traumatic Brain Injury

จิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน\*

เพ็ญจันทร์ มณีโชติ

ดวงใจ สวัสดิ์

กลุ่มวิชาพื้นฐานการพยาบาล การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

\*e-mail: jiranuwat@bcnt.ac.th

Jiranuwat Chansungnoen

Penjan Maneechote

Duangjai sawatdee

Fundamental of Nursing, Adult and Aging Nursing Department

Boromarajonani College of Nursing, Trang

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลกับหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง สุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 35 คน ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการโดยให้ความรู้ด้วยแผ่นพับ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองและการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และสถิติที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $t=4.186, P<.05$ )

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง



## Abstract

The purpose of comparative research was to compare anxiety in caregiver of patients with traumatic brain injury who admitted and discharged. The data were purposively collected from 35 caregiver of patients with traumatic brain injury at trauma ward, Trang hospital, Trang Province. The instruments in this study were demographic data recording form and anxiety in caregiver of patients with traumatic brain injury test which internal consistency of items on this instrument was analyzed using Cronbach's alpha. The reliability alpha in the sample of the entire instrument was .90. Data were analyzed using frequency, percentage and Paired t-test.

Based on this study, it can be concluded that significant differences in mean of anxiety in caregiver of patients with traumatic brain injury who admitted was higher than the discharged one. ( $t=4.186$ ,  $P<.05$ )

**Key words:** Anxiety; Caregiver of Traumatic Brain Injury

## บทนำ

การบาดเจ็บที่สมองถือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและวิกฤติ พบได้บ่อยในประเทศไทย สาเหตุของการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุทางจราจรทั่วประเทศ ปีพ.ศ. 2555-2557 จำนวน 185,206 ราย (Office of Transport and Traffic Policy and Planning. Ministry of Transport, 2015) กว่าครึ่งหนึ่งมีการกระทบกระเทือนต่อสมอง เป็นสาเหตุการตายและเกิดความพิการที่สำคัญในวัยรุ่นหรือประชากรวัยเจริญพันธุ์ พบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-51 ปี (Pommala, 2010; Wongkrai & Jitpanya, 2007; Phipp, et al., 1991) มีผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและต่อครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ป่วยเมื่อเซลล์สมองถูกทำลายทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตและทุพพลภาพ (Ratanalert, 2007) ผู้ป่วยมักจะมีคามผิดปกติหรือความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงการดำรงชีวิต (Nathan, et al., 2007) ความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกระดูกอ่อนไหว กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ทำให้สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว มีความบกพร่องทางด้านความรู้สึก และการรับรู้ เช่น สมาธิสั้น สมองง่าย เป็นต้น ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พฤติกรรมการเข้าสังคมไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า การบาดเจ็บทางสมองทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ระบบปัสสาวะ และระบบผิวหนัง และยังก่อให้เกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบตามมา นอกจากนี้การบาดเจ็บที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยมี

ความบกพร่องด้านการควบคุมเกี่ยวกับ อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ อาจทำให้เสียชีวิตได้ (Smeltzer, et al., 2008) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามลำพัง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ตลอดชีวิต (Dikman, et al., 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง จะต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งมีความพันพันกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้องที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน (Pommala, 2010) โดยผู้ดูแลจะดูแลกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่าง ๆ ทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่องเกือบ 24 ชั่วโมง จึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Wantana, 2003; Buengmoom & Thanasateangkoo, 2009) ซึ่งนับว่าปัญหาคุณภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบทางด้านร่างกายพบว่า นอกจากให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว ผู้ดูแลจะต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (Wantana, 2003) ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเกิดความเหนื่อยล้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น มีอาการปวดสมอง ปวดเมื่อยบริเวณร่างกาย จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าจะสนใจตนเอง (Nualsrithong, et al., 2006; Buddhawan, et al., 2003) อาจทำให้มีผลต่อระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีแนวโน้มที่ร่างกายเกิดการติดเชื้อ หรือมีไข้ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ เกิดภาวะที่น้ำตาลในเลือด และระดับคอเรสเตอรอลในเลือดสูง เนื่องจากการมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานเพิ่มมาก

ขึ้น ส่งผลให้เป็นโรคต่าง ๆ เช่น ภูมิแพ้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Teel, et al., 2001)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดขึ้นตั้งแต่ใน ระยะแรกที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ เพราะเนื่องจากการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24-72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Harjinder, 2009; Degeneffe, 2008) และจากการศึกษาของ Nualsrithong, et al., (2006) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีการปรับตัวและการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะเกิดความเครียด ทุกข์ใจ และเกิดความวิตกกังวล (Juan, et al., 2011) ความวิตกกังวลเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกตึงเครียด เกิดจากการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอาจทำให้ได้รับอันตรายหรือถูกคุกคาม (Spielberger, 1972) แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ ความวิตกกังวลตามสภาพการณ์ และความวิตกกังวลแฝง ซึ่งความวิตกกังวลตามสภาพการณ์เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสภาพการณ์นั้นของแต่ละบุคคลในขณะนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว เครียด ส่วนความวิตกกังวลแฝง เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของตัวบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ เกิดความวิตกกังวลเมื่อความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองถูกคุกคาม (Spielberger, 1972) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลตามสภาพการณ์ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากการกลัวสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Hudak, et al., 1998) สาเหตุของความวิตกกังวล คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการไม่รู้ อาการของผู้ป่วย (Testani, et al., 1992) และวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Nualsrithong, et al., 2006) ดังนั้นผู้ดูแลจึงเกิดความวิตกกังวลที่รุนแรงมากขึ้นหรือสูงขึ้น ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เกิดความสับสน เกิดความคับข้องใจไม่ทราบว่าควรปฏิบัติตนอย่างไร หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะความเครียดในระดับสูงที่มากกว่าบุคคลทั่วไป (Pandee, et al., 2006) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงที่สูงขึ้น ร่างกายจะตอบสนองด้วยการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งฮอร์โมนเกี่ยวกับความเครียด ออกมากระตุ้นอวัยวะ

ต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดหัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น ความดันโลหิตสูง ปากแห้ง เบื่ออาหาร ตัวสั่น ใจสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี อาจเกิดพฤติกรรมถอยหนีเหตุการณ์ (Jarussang, 2006; Verhaeghe, et al., 2006; Reanrhom, 2008) ทำให้การทำหน้าที่ที่บทบาทผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางลบ ดังนั้นการลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้อในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่าขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ

1. ประชากร คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง มีอายุ 20-59 ปี
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา คู่สมรสหรือบุตร ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรง จำนวน 35 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและญาติตามเกณฑ์ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจากอุบัติเหตุจราจรหรืออุบัติเหตุอื่น ๆ บาดเจ็บในระดับปานกลางถึงรุนแรง ผล Glasgow Coma Scale 3-12 คะแนน มีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีระดับความพิการอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน และไม่มีการบาดเจ็บในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น การบาดเจ็บของ C-spine

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง มีอายุ 20-59 ปี สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง เป็นผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ใน



โรงพยาบาล และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ความแปรปรวนลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Grove, 2005) การศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และ (2) แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง เป็นแบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญ State-Trait Anxiety Inventory: STAI form Y-1 (Spielberger, 1983) ซึ่งเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองตามสถานการณ์ ของ Spielberger

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และการหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ที่มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรังและโรงพยาบาลตรังเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า

การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มี การบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

7. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ ทำหนังสือผ่านวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลทำวิจัยและขอความร่วมมือใช้สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน สืบจากรายชื่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และพบผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บข้อมูลโดยประเมินความวิตกกังวลดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ประเมินความวิตกกังวลภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

8. วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ และ (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล กับหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยสถิติ (Pair t-test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.14 เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.57 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.57 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 นับถือ

ศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 51.43 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.86 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 34.29

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คะแนนความวิตกกังวล	ขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล			หลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล			df	t
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง	55.17	11.513	ปานกลาง	47.66	11.214	ปานกลาง	34	4.186*

### อภิปรายผลการวิจัย

การบาดเจ็บทางสมองเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่วิกฤติ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จากการศึกษาของ Nualsrithong, et al., (2006) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมักรู้สึกไม่สบายใจวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีการปรับตัวและการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะ ทุกข์ใจ และเกิดความวิตกกังวล ซึ่งในระยะนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองต้องการมากที่สุด คือ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Chien, et al., 2006) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตรัง โดยการให้ข้อมูลความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเกี่ยวกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง การป้องกันการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการให้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองร่วมกับการอธิบายและการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารและน้ำ การพลิกตัว การพูดคุย การสัมผัสและให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นต้น ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลทำให้มีความวิตกกังวลน้อยลง สอดคล้องกับการวิจัยของ Sawasdinarnuenart, et al., (2013) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการวิจัยของ Reanrhom (2008) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซึ่งต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=4.186, P<.05$ )

ได้รับเคมีบำบัด พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลต่าง ๆ กับผู้ดูแลสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้แต่อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการให้พยาบาลแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Chantapreda & Jitpanya (2007) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองกลัวปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมองว่าการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นจุดเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเกิดความเครียดและความวิตกกังวล เนื่องจากการดูแลที่ต้องเพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจากงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ ประกอบกับความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยมีมากขึ้นและยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะยิ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น

### สรุป

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลลงเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ นับเป็นการส่งเสริม



ภาวะสุขภาพให้ยั่งยืน อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและรวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้บาดเจ็บทางสมอง การป้องกันการติดเชื้อภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ร่วมกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยลง

2. ส่งเสริมให้มีการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้บาดเจ็บทางสมอง การป้องกันการติดเชื้อภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการใช้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองร่วมกับการอธิบายและการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวันให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองนำไปใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลขณะที่รับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งนอกจากจะช่วยในการบรรเทาความวิตกกังวลแล้วยังส่งเสริมการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน โดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมในการจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยมีวิธีการวิจัยใช้แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง

2. ควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน

### References

- Buddhawan, N., Thosingha, O., Unhasutaq, K., & Danaidutsadeekul, S. (2003). Factors influencing health status of caregivers of post-operative neurosurgical patient. *The Thai Journal of SURGERY*, 24(1), 15-20.
- Buengmoom, L., & Thanasate-angkoo, S. (2009). Caregivers activities in providing caring for patients with hemiplegia at home. *Journal of Nursing and Health Care*, 27(4), 40-47. [in Thai]
- Burn, N., & Glove, S. K. (2005). *Nursing Research*. 5<sup>th</sup> ed. U.S.A.: W.B. Saunders Company.
- Chantapreda, S., & Jitpanya, C. (2007). The effect of giving information and yoga practice on stress in family caregivers of patients with brain injury. *Kuakarun Journal of Nursing*, 15(1), 5-19. [in Thai]
- Chien, W. T., Chiu, Y. L., Lam, L. W., & Ip, W. Y. (2006). Effects of a needs based on education programmer for family cares with a relative in an Intensive care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 39-50.
- Degeneffe, C. E. (2008). Family caregiving and traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3, 42-50.
- Dikman, S.S., Machamer, J.E., Powell, J.M., & Temkin, N.R. (2003). Outcome 3 to 5 years after moderate to severe traumatic brain injury. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 84(10), 1449-1457.



- Harjinder, S. B. (2009). Communicating with the caregiver in neurotrauma. *Indian Journal of Neurotrauma*, 6, 99-102.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P.G. (1998). *Critical care nursing : A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Jarussang, N. (2006). Clinical nursing guideline for helping severe traumatic patients families. *Srinagarind Med J*, 21(1), 77-88. [in Thai]
- Juan, C.A.L., Elizabeth, N., Teresita, V.C., Alison, D., Miriam, J.M., & Maria, L.M.C. (2011). Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Guadalajara, Mexico. *J Rehabi. Med*, 43, 983-986.
- Nathan, D. Z., Douglas, I. K., & Ross, D. Z. (2007). *Brain Injury Medicine: Principles and Practice*. New York: Demos Medical.
- Nualsrithong, P., Songwathana, P., & Hirunchunha, S. (2006). Fatigue and fatigue management among caregivers of hospitalized patients with head injuries. *Songklanagarind Medical Journal*, 24(3), 153-161. [in Thai]
- Office of Transport and Traffic Policy and Planning, Ministry of Transport. (2015). *The Report Analyzes Road Accident*. Retrieved February 1, 2016, from <http://www.otp.go.th/>. [in Thai]
- Pandee, D., Kunsongkeit, W., Masinghboon, K., & Wachirawat, W. (2006). Predictors of coping strategies among family members of patients with head injury. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 14(3), 52-63. [in Thai]
- Phipp, W. J., Long, B. C., Woods, N. F., & Cassmeyer, V. L. (1991). *Medical-surgical nursing concepts and clinical practice (4<sup>th</sup> ed.)*. St.Louis: Mosby Year Book.
- Pommala, W. (2010). *Factors Related to Family Participation in Caring of Traumatic Brain Injury Patients*. M.N.S Thesis (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Burapha University. [in Thai]
- Ratanalert, S. (2007). Evidence-based practice in DE compressive Craniotomy in the Treatment of Traumatic Brain Injury. In Sakoolnamarka, S.(Ed.). *The NAT update 2007 Textbook*. Bangkok: Beyond Enterprise. [in Thai]
- Reanrhom, C. (2008). *Effects of Symptom Management Program Combined with Qigong on Anxiety and Fatigue in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy*. M.N.S Thesis (Nursing Science), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. [in Thai]
- Sawasdinaruenart, S., Sae-Sia, W., & Songwattana, P. (2013). Effects of information and emotional support program on caregivers stress and stress impacts in caring for patients with traumatic brain injury in critical phase. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(2), 1-13. [in Thai]
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Management of Patients with Neurologic Dysfunction*. Philadelphia: Lippincott William Wilkins.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an Emotional State. in C. D. Spielberger (Ed.). *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STA) from Y: Self-evaluation Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Teel, C. S., Duncan, P., & Lai, S. M. (2001). Caregiving experiences after stroke. *Nursing Research*, 50(1), 53-60.



- Testani, D. L., Chappel, A. L., & Eueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: A family experience. *Journal of Neuroscience Nursing, 24*, 317-323.
- Tracy, J., Fowler, S., & Magarelli, K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied Nursing Research, 12*(3), 121-127.
- Verhaeghe, S., Defloor, S., & Grypdonck, M. (2006). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 14*(8), 1004-1012.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain injury*. Unpublished Master's Thesis, Adult Nursing, Mahidol University.
- Wongkrai, B., & Jitpanya, C. (2007). The effect of family needs supporting program on adjustment of family members of patients with traumatic brain injury. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 19*(2), 86-97. [in Thai]