



ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้  
ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



ชลิตา เกิดภิรมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้  
ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



ชลิตา เกิดภิรมย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECTS OF USING DISCHARGE PLANNING WITH FAMILY CENTERED  
ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF CAREGIVER  
IN TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS**



**CHALIDA KEADPHIROM**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Sciences (Nursing Administration)**

**Graduate Education, Faculty of Nursing, Saint Louis College**

**Academic year 2019**

**Copyright of Saint Louis College**

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

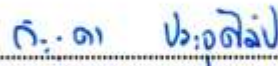
ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถ  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษิตตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
วันที่ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2560



ชลิศา เกิดภิรมย์

ผู้วิจัย




รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์, Ph.D.  
ประธานสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, Ph.D.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักนิมิต, Ph.D.  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, Ph.D.  
ประธานหลักสูตร



รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ เกือบบุญราชชัย, Ph.D.  
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออบปักยิม อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และให้ความช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่กรุณาให้ความรู้ในการศึกษา ซึ่งเป็นพื้นฐานและเป็นประโยชน์ต่อการทำการศึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนกำลังใจจากคณาจารย์ทุกท่าน

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความกรุณาในการดำเนินการวิจัยและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณเพื่อนๆ น้องๆ เพื่อน ๆ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ต่อไป และให้กำลังใจตลอดมา

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดา-มารดา ที่ให้ความช่วยเหลือเสียสละเวลาให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา คุณค่าอันพึงมีจากการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ หากว่าเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าทางวิชาการแก่ผู้สนใจ ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีทั้งหมดเพื่อตอบแทนพระคุณบิดา-มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน จนเป็นผลให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

ชลิดา เกิดภิรมย์

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 120301002; สาขาวิชาการบริการการพยาบาล, พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: ชลิตา เกิดภิมรัมย์
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECTS OF USING DISCHARGE PLANNING WITH FAMILY CENTERED ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF CAREGIVER IN TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสกุลย์, Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวรรณิ ละอองปักษิณ, Ph.D.
คำสำคัญ	: การวางแผนจำหน่าย / ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง / การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
จำนวนหน้า	: 177 หน้า

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ 2) เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 58 คน ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำการสุ่มแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 29 คน กลุ่มทดลองได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ คู่มือการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผ่นพับ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 2) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

<b>ACADEMIC CODE</b>	: 120301002; NURSING ADMINISTRATION, M.N.S. (NURSING ADMINISTRATION)
<b>STUDENT'S NAME</b>	: CHALIDA KERDPHIROM
<b>TITLE OF THESIS</b>	: EFFECTS OF USING DISCHARGE PLANNING WITH FAMILY CENTERED ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF CAREGIVER IN TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS.
<b>THESIS ADVISOR</b>	: ASSOC. PROF. PUANGTIP CHAIPHIBALSARISDI, Ph.D.
<b>THESIS CO-ADVISOR</b>	: ASST. PROF. SUWANEE LAORPAKSIN, Ph.D.
<b>KEY WORD</b>	: DISCHARGE PLANNING / FAMILY CENTER / SELF-EFFICACY / TRAUMATIC BRAIN INJURY
	: 177 PAGES

### ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to 1) compare caregivers' self- efficacy in traumatic brain injury patients before and after using discharge planning with family centered group and routine discharge planning group and to 2) compare caregivers' self- efficacy in traumatic brain injury patients after received discharge planning with family centered group and routine discharge planning group. Subjects were 58 caregivers of hospitalize traumatic brain injury patients who were purposive assigned 29 in each experimental group and control group. The experimental group received discharge planning with family centered while the control group received routine discharge planning activities. The research instruments included manual of discharge planning with family center, action plan for traumatic brain injury care, brochures for caring and the caregivers' self- efficacy questionnaire. All research instruments were tested for content validity by three experts. The caregivers' self- efficacy questionnaire had Cronbach's alpha coefficient of 0.90. All data were analyzed by mean, standard deviation and t – test.

Majors results were as : 1) Caregivers' self – efficacy in traumatic brain injury patients after using the discharge planning with family centered was statistically significant higher than before at the 0.5 level. 2) Caregivers' self – efficacy in traumatic brain injury patients who received the discharge planning with family centered was statistically significant higher than those caregivers who received routine discharge planning, at the 0.5 level.

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่.....	
<b>1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	7
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
<b>2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>11</b>
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	13
2.2 แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.....	18
2.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.....	23
2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	33
2.5 ผู้ดูแลผู้ป่วย.....	38
2.6 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	40
2.7 การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.....	50
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ) .....	หน้า
<b>3</b> วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
3.2 จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	54
3.3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
3.7 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	67
<b>4</b> ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อน และหลังทดลองของกลุ่มทดลอง.....	73
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง.....	74
<b>5</b> สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	78
5.2 อภิปรายผล.....	78
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	83
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก.....	96
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
ข หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	99
ค (ตัวอย่าง) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	164
จ หนังสือเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	170

## สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ) .....	หน้า
จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	174
ประวัติผู้วิจัย.....	177

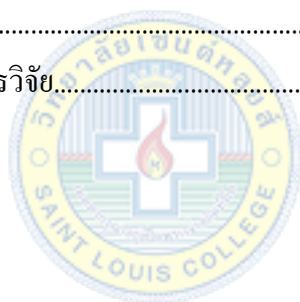


## สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ โรคประจำตัว.....	71
2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยการ ใช้สถิติ Pair t – test.....	73
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ด้วยการ ใช้สถิติ Independent t – test.....	74
4 แสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายแบบปกติก่อนการทดลอง.....	165
5 แสดงการ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทำการทดลอง ด้วยการ ใช้ Independent t – test.....	165
6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายข้อ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง.....	166
7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายข้อ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม.....	168

## สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน.....	41
2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น Bandura.....	42
3 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์จาก Bandura.....	43
4 แสดงรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	44
5 แสดงการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการทำนายพฤติกรรม.....	46
6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52
7 สรุปลขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	67



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก แม้ว่ารัฐบาลแต่ละประเทศจะกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว แต่จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลับเพิ่มขึ้นทุกปี (รุ่งนภา เทียวชะอ่า, 2559) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) รายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก พ.ศ.2556 ว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 38.10 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากประเทศนิวเอ และสาธารณรัฐโดมินิกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556; อ้างใน รุ่งนภา เทียวชะอ่า, 2559) ด้านสถิติเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง พบว่าการบาดเจ็บที่สมองมีอัตราการตายเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งและโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในคนวัยทำงาน สถิติอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ.2556 เกิดขึ้นจำนวน 174,487 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 12,898 คน บาดเจ็บสาหัส 17,259 คน บาดเจ็บธรรมดา 65,410 คน เกิดความเสียหายมากกว่า 4,881 ล้านบาท การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุนี้สมองเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดประมาณร้อยละ 31.65 (สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิติกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557) พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2555 – 2557 ประชากรที่ได้รับอุบัติเหตุมีอัตราการตาย 21.88, 22.89 และ 23.16 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และในกรุงเทพมหานครมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อปีเท่ากับ 174, 249 และ 269 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะมักพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี อุบัติเหตุเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ประสบเหตุได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองถึงร้อยละ 62.95 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายมักพบความผิดปกติ ด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว ส่วนด้านจิตใจพบอาการเฉยเมย อารมณ์แปรปรวน วุ่นวาย อาการดังกล่าวอาจเกิดร่วมกันหรือเกิดอย่างใดอย่างหนึ่ง และยังมีผลต่อการรู้คิด เซาว์ปัญญา การตัดสินใจและการทำหน้าที่ในครอบครัว (สุภา ดันตวิสุทธิ, และคณะ, 2554)

จากสถิติดังกล่าวปัญหาที่ตามมา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองมีภาวะวิกฤตเฉียบพลันตามมาด้วยภาวะเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านการพูด การจับถ้าย การเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายต้องเจาะคอเพื่อหายใจและระบายเสมหะ

หากผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องก็สามารถกลับเข้าสู่ระยะวิกฤตใหม่ได้ด้วยภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่กลับมารักษาซ้ำ (พูลสุข จันทโรตตร, 2556) ดังนั้น การดูแลไม่ได้สิ้นสุดที่โรงพยาบาลเท่านั้น ยังต้องมีการดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้าน ซึ่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับการเตรียมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จากการศึกษาของ Nelson, et al. (2005) ศึกษาภาวะการเจ็บป่วยวิกฤตสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง สิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ คือ ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยและการรักษา 2) การพยากรณ์โรค 3) ผลกระทบของการรักษา 4) การเกิดภาวะแทรกซ้อน 5) การคาดหวังการดูแลในระยะยาวรวมถึงภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว และ 6) ทางเลือกในการรักษาต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่สูญเสียสมรรถภาพของ โคมพิไล นันท์รักษา (2557) พบว่าเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ความต้องการของญาติผู้ดูแล คือ รับทราบข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย การได้มีส่วนร่วมในการดูแล และการได้รับการฝึกทักษะการดูแลความสะอาดทั่วไป การดูแลหลังขั้วถ่าย การให้อาหารสายยาง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ ผลการวิจัยพบว่า การมีโอกาสร่วมดูแลจะทำให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนบทบาทได้ดีขึ้น และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ รุ่งนภา เขียวชะอำ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะใน 72 ชั่วโมงแรก ถือเป็นภาวะวิกฤต สิ่งที่ญาติและผู้ดูแลต้องการ คือ ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การพยากรณ์โรค การรักษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย แต่เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วญาติผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลความสะอาดทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การวางแผนจำหน่ายที่ใช้ในหอผู้ป่วยนั้นใช้แบบ D-M-E-T-H-O-D ของกองการพยาบาล (2539) ที่เน้นการให้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่อง โรค (Diagnosis) การรับประทานยา (Medication) การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment) การรักษา (Treatment) การดูแลสุขภาพ (Health) การมาพบแพทย์ตามนัด (Out Patient) และการรับประทานอาหาร (Diet) เมื่อญาติมารับผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลจะสรุปอาการผู้ป่วยที่จะจำหน่ายหรือบันทึกการสอนสุขวิทยาทั่วไป และแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย โดยไม่ได้เชื่อมโยงปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายแล้ว 3 วัน และ 7 วัน จากการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะยาว พบว่าผู้ดูแลให้การดูแลไม่ถูกวิธีหรือตัดสินใจแก้ปัญหาไม่ถูกต้องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร (Aspirate Pneumonia) และกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤตอีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ พูลสุข จันทโรตตร (2556) และยุวรรณา หวังกิริติกานต์และคณะ (2557) ที่พบว่า ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแล้ว บางรายมีปัญหาข้อยึดติด มี

แผลกดทับ คิดเชื่อในระบบทางเดินหายใจ สำคัญขณะให้อาหารทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ (Aspirate Pneumonia) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง ถ้าการเตรียมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพ (พูลสุข จันทโรตร, 2556)

จากเหตุการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการวางแผนจำหน่ายที่ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้านเพียงครั้งเดียวในวันที่จำหน่ายนั้นมีผลต่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแลขาดการส่งเสริมให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาเหล่านี้จะลดลงหากมีการเสริมสร้างสมรรถนะแก่ผู้ดูแล จึงต้องมีการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพ ในกระบวนการการวางแผนจำหน่ายนี้สิ่งที่ยังเป็นช่องว่าง คือ การฝึกและประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องอย่างถูกต้อง มีการตัดสินใจที่เหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการวางแผนจำหน่ายที่เสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแล

การเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลสามารถทำได้โดยพยาบาลต้องเป็นผู้เตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักด้วยการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล เรียนรู้วิธีการดูแลด้วยการลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจใน มีทักษะการดูแล และยังได้ฝึกการแก้ปัญหาที่พบขณะลงมือปฏิบัติจริงอีกด้วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่สามารถจัดการและกระทำด้วยความตั้งใจอย่างมีเป้าหมายไปสู่การประสบความสำเร็จ การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ควรวัดเจาะจงกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการกระทำเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้น ผู้ดูแลต้องมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีสภาพปัญหาการดูแลที่แตกต่างกัน พยาบาลต้องประเมินปัญหาเชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบริบทของแต่ละครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาหรือตัดสินใจเมื่อพบอุปสรรคขณะทำกิจกรรมการดูแลทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลตลอดกระบวนการดูแล ให้เกียรติและยอมรับในความคิดเห็น การกระทำ และการตัดสินใจของผู้ดูแล นั่นคือ การนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายและเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแล

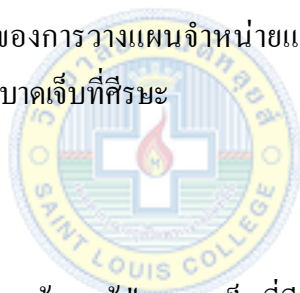
การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการเป็นหุ้นส่วนกัน ทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลในการจัดการดูแล ตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การวางแผน การดูแล และประเมินผลการดูแล ซึ่งแต่ละฝ่าย

ทำงานร่วมกันด้วยความเคารพกันและกัน การรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับในสิ่งที่ครอบครัวเลือกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จะถูกรวมอยู่ในการวางแผนและให้การดูแลเพื่อให้ครอบครัวยอมรับในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ครอบครัวสามารถบริหารจัดการการดูแล มีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมากขึ้น ลดความเครียดของครอบครัวและสามารถลดอัตราการอยู่โรงพยาบาลซ้ำได้ Galvin, et al., (2000) พบว่าการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย การตระหนักและการเคารพ (Recognize and Respects) การร่วมมือกัน (Collaborative) และการสนับสนุน (Support) พยาบาลจึงต้องปรับบทบาทจากผู้กระทำโดยตรงมาเป็นผู้สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวให้กระทำได้ด้วยตนเอง โดยการแนะนำ พูดชักจูง สอน สาธิตและเป็นแบบอย่างแก่ผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สอดคล้องกับ รัชณี นามจันทรา (2552) ที่ว่าการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองภายใต้บริบทของครอบครัวนั้น ต้องอาศัยแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือมีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและครอบครัว เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก เช่น ลดความวิตกกังวล ระยะเวลาฟื้นตัวเร็วขึ้น เพิ่มความมั่นใจและทักษะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นการจัดบริการวางแผนจำหน่ายที่พยาบาลและครอบครัวทำงานร่วมกัน มีการให้เกียรติและยอมรับในความคิด การกระทำและการตัดสินใจของผู้ดูแล โดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่ม มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกันตลอดกระบวนการดูแล เมื่อครอบครัวหรือผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีจะเกิดความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ ทุกครั้งที่มีการพูดคุยพยาบาลจะเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็น ชักถามในสิ่งที่ต้องการทราบ หรือปัญหาที่ผู้ดูแลต้องการให้ช่วยเหลือ และตอบสนองสิ่งที่ครอบครัวต้องการทันทีตามความเหมาะสม หลังจากนั้นพยาบาลจะถามถึงความพร้อมของผู้ดูแลทุกครั้งก่อนการฝึกทำกิจกรรมการดูแลหรือสิ่งที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้ พยาบาลกำหนดหัวข้อการเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ผู้ดูแลเลือกเรียนรู้ตามลำดับที่ผู้ดูแลต้องการ กิจกรรมการดูแลประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลด้านจิตใจ เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมจะทำการสอนและฝึกทักษะการดูแล และจะนัดหมายกับผู้ดูแลในการสอนครั้งต่อไป ในแต่ละกิจกรรมผู้ดูแลจะได้ฝึกทำอย่างน้อย 2 ครั้ง/กิจกรรม หรือจนกว่าผู้ดูแลจะทำได้สำเร็จ เมื่อได้เรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลจนครบแล้ว พยาบาลจะประเมินการฝึกทักษะของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ วิธีการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้ผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมการดูแลที่ตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการสร้างการรับรู้จากประสบการณ์

ตรงที่ได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง การที่ผู้ดูแลได้ลงมือทำกิจกรรม การดูแลจนสามารถทำได้ ถือเป็นประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1997) ดังนั้น การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วย โดยวัดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และการดูแลด้านจิตใจ (Coco, et al., 2011)

จากเหตุผลดังกล่าว การมีส่วนร่วมของครอบครัว การสร้างความมั่นใจในการดูแล การสนับสนุนด้านข้อมูลสุขภาพ จะนำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน การพัฒนารูปแบบการดูแล ศึกษาความวิตกกังวลของครอบครัว การจัดการอาหารเหนือลำของผู้ดูแล การเผชิญความเครียดของครอบครัว แต่ยังไม่มีการศึกษาด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ



## 1.2 คำถามการวิจัย

- 1) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางหรือไม่
- 2) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติหรือไม่

## 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

## 1.4 แนวคิดเหตุผลการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ เปลี่ยนไป เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความทรงจำ การรู้คิด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขา การควบคุมอารมณ์ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนปกติ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ทั้งยังเป็นผู้คุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้อื่น การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทุกประเภท

การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family Centered Care) เป็นความร่วมมือระหว่างครอบครัวและบุคลากร โดยตระหนักว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญของชีวิตผู้ป่วย การสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมมีการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านทุกราย แต่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวลกลัวว่าจะไม่สามารถดูแลได้ Lam and Beaulieu (2004) กล่าวว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรได้รับการสอนในเรื่องการช่วยทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนครั้งที่ได้รับการสอนนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินของพยาบาล ดังนั้น การที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้นั้น ต้องเกิดจากการเรียนรู้ในการทำกิจกรรมนั้นๆ ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่า บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง คือ 1) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Galvin, et al., 2000) ซึ่งประกอบด้วย 1) การตระหนักและการเคารพ (Recognize and Respect) พยาบาลรับฟังและเข้าใจถึงความแตกต่างของแต่ละครอบครัว ยอมรับในการแสดงความคิดเห็น เคารพในการตัดสินใจ และการกระทำ 2) การร่วมมือ (Collaborative) เป็นการยอมรับให้ครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องในการดูแล ส่งเสริมการตัดสินใจ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัว และ

3) การสนับสนุน (Support) เป็นการสนับสนุนครอบครัวในบทบาทผู้ดูแล โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มาใช้ใน การการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม โดยประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ดูแลขณะที่ยังรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา มีการให้คำแนะนำ ฝึกทักษะการดูแลให้แก่ผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ถูกต้อง และผู้วิจัยยังนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) มาใช้เป็นกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความพร้อม ได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ร่วมประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ฝึกทักษะการดูแลจนสามารถทำได้สำเร็จ และประเมินผลการดูแลร่วมกับพยาบาลระหว่างการทำกิจกรรม มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวสามารถติดต่อได้ ตลอดจนการให้คำปรึกษาเมื่อพบกับปัญหาต่างๆ มีการพูดคุยจูงใจด้วยการพูดให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหรือกล่าวชื่นชมเมื่อทำกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยสร้างการรับรู้ในความสามารถ ความมั่นใจในการดูแลและความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้จะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้คือ

- 1) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 2) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

## 1.5 ขอบเขตการวิจัย

- 1) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทำการทดลองที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงชั้น 9 หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริพดี
- 2) ประชากร ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมองที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงชั้น 9 หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริพดี
- 3) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย
  - 3.1) ตัวแปรต้น คือ การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการวางแผนจำหน่าย แบบปกติ

3.2) ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

## 1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การวางแผนจำหน่ายโดยใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Galvin, et al., 2000) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1) การตระหนักและการเคารพ (Recognize and Respect) หมายถึง การที่พยาบาลแสดงออกถึงการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นฐานการบริการ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การรับฟังปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดการให้บริการ ยอมรับในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2) การร่วมมือ (Collaborative) หมายถึง การที่พยาบาลยอมรับให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการวางแผนการดูแลและให้การดูแลร่วมกัน ส่งเสริมการตัดสินใจของครอบครัว พิจารณาสິงที่ต้องทำก่อนและเหมาะสมที่สุดตามความต้องการของครอบครัว

3) การสนับสนุน (Support) หมายถึง การที่พยาบาลสนับสนุนครอบครัวในบทบาทผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ สนับสนุนให้ครอบครัวพึ่งตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนี้ได้นำเทคนิคการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1997) มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างคุณค่าเพื่อส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ ประกอบด้วย พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดแสดงความคิดเห็นหรือระบายความรู้สึกเพื่อให้ผู้ดูแลได้ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด เข้าใจปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (เป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์) มีการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและสอบถามความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา ร่วมกันวางแผนการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นและเลือกตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับ การดูแล

**กิจกรรมที่ 2** การสร้างความมั่นใจ ประกอบด้วย การสนทนา การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ดูแล พยาบาลให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะโดยการสอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ พร้อมกับลงมือฝึกทำกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจด้วยการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงและได้ฝึกทักษะการดูแลที่ถูกต้อง มีการให้ผู้ดูแลทบทวนประสบการณ์เดิมที่ได้ฝึกปฏิบัติจริงแล้วนั้น พร้อมกับให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและแผ่นพับที่มีภาพประกอบเนื้อหาที่ชัดเจนเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถนำกลับไปอ่านที่บ้านได้ ทำให้เข้าใจและจดจำได้มากขึ้น

**กิจกรรมที่ 3** การให้กำลังใจ หลังจากที่พูดคุยทักทายผู้ดูแลแล้ว พยายามให้ผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติไปแล้ว เมื่อผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมแล้ว พยายามกล่าวชมผู้ดูแล และพูดเสริมหากผู้ดูแลจำไม่ได้พร้อมทั้งให้กำลังใจ และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพูดชื่นชมเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ พูดให้กำลังใจเมื่อมีอุปสรรคปัญหาต่างๆ

**กิจกรรมที่ 4** การประเมินผล เมื่อผู้ดูแลได้ฝึกทักษะครบทุกกิจกรรมแล้ว พยายามประเมินทักษะของผู้ดูแล และประเมินผลการดูแลร่วมกับผู้ดูแล

**การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ** หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 4 ด้าน (Coco, et al., 2011) ดังนี้

1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการทำความสะอาดร่างกายช่องปาก ทำความสะอาดหลังการขับถ่าย และการให้อาหาร

2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลแผล การทำแผลเจาะคอ การจัดทำนอน การป้องกันการสำลักอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย หมายถึง ผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยได้ โดยการบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา การฝึกให้ผู้ป่วยนั่ง ยืน เดิน พูด การสวมเสื้อผ้า และการฝึกผู้ป่วยให้รับประทานอาหารด้วยตนเอง

4) การดูแลด้านจิตใจ หมายถึง ผู้ดูแลเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เอาใจใส่ในความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่แสดงอาการโกรธเมื่อผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจโดยการพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

**ผู้ดูแล** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยหรืออยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ ปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรงในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้านการดูแลได้เหมาะสม

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) พัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2) เป็นต้นแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ



## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาผลของการจัดบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา แนวคิดทฤษฎี เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

- 2.1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.1.2 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.1.3 การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.1.4 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อผู้ป่วย
- 2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

#### 2.2 แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care)

- 2.2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care)
- 2.2.2 หลักการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 2.2.3 ทักษะที่ใช้ในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 2.2.4 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

#### 2.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- 2.3.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 2.3.2 แนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 2.3.3 ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 2.3.4 การวางแผนจำหน่ายแบบปกติและการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็น

ศูนย์กลาง

- 2.3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

#### 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

- 2.4.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2.4.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 2.4.3 บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย

## 2.5 ผู้ดูแลผู้ป่วย

2.5.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วย

2.5.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย

2.5.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

## 2.6 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.6.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.6.2 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.6.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.6.4 ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

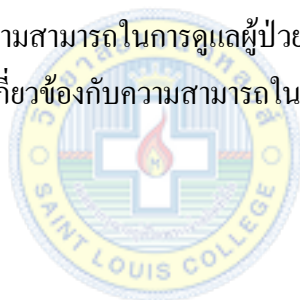
2.6.5 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.6.6 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.6.7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.6.8 การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.6.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง



## 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### 2.1.1 ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

The European Federation of Neurological Societies (2002) และ WHO (2006) ให้ความหมายของบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือเกิดพยาธิสภาพในสมอง อันเนื่องมาจากมีแรงภายนอกสมองมากระทบ

Barker (2002) กล่าวว่า การบาดเจ็บที่สมอง คือ การบาดเจ็บที่มีผลให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา อารมณ์ สังคม

Barker and Blank-Reid (2002) กล่าวว่า การที่สมองได้รับความกระทบกระเทือน (Traumatic Brain Injury : TBI) สามารถใช้แทนคำว่า “บาดเจ็บที่ศีรษะได้”

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2008) ให้ความหมายของบาดเจ็บที่ศีรษะว่าเป็น การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง

จันทพร ชีรทองดี (2548) การบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงที่ศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง เส้นประสาทสมอง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดความผิดปกติ มีความบกพร่องของระดับความรู้ตัว มีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจและด้านพฤติกรรม

ดังนั้น การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงภายนอก ทำให้การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในสมอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระดับความรู้สึกตัว และความบกพร่องด้านร่างกาย ความคิด ความเข้าใจและพฤติกรรม

### 2.1.2 พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ อธิบายตามลักษณะที่เกิดขึ้นได้ 2 ระยะ (นครชัย เดือนปฐม, 2541) คือ

1) การบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary Head Injury) ได้แก่ การบาดเจ็บของหนังศีรษะหรือสมอง ซึ่งเกิดจากแรงมากระทบโดยตรง เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ลักษณะของการบาดเจ็บนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความแรง และทิศทางของแรงที่มากระทบที่ศีรษะ

2) การบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary Head Injury) เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายภายหลังจากเกิดเหตุซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะแรก หรือจากเหตุปัจจัยภายนอกที่ทำให้เนื้อสมองขาดออกซิเจน การบาดเจ็บทุติยภูมินี้ส่วนมากสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หรือถ้าเกิดขึ้นแล้วก็สามารถควบคุมจนลดความรุนแรงลงหรือหายได้ในที่สุด เช่น การตกเลือดในสมอง ก็

มีทางรักษาให้หายหรือทุเลาลงจนไม่เกิดการทำลายเนื้อสมองได้ ถ้ามีการค้นพบได้อย่างรวดเร็วและทำการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

### 2.1.3 การประเมินการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องได้รับการประเมินทางระบบประสาททุกรายเมื่อแรกรับ และในเวลาต่อมาเป็นระยะๆ การประเมินทางระบบประสาทที่สำคัญและใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การประเมินระดับความรู้สึกตัวเพราะทำให้ทราบถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับสมองและทราบถึงระยะเริ่มแรกสุดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ และผลของการรักษาว่าดีขึ้นหรือเลวลง (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541)

Teasdale & Jennett (1974) ได้ร่วมกันคิดค้นวิธีประเมินความรู้สึกตัว โดยให้ชื่อว่าแบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Score) ซึ่งจะประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน คือ การลืมตา (Eye Opening) การตอบสนองด้วยเคลื่อนไหว (Motor Response) และการตอบสนองด้วยการพูด (Verbal Performance) โดยมีรายละเอียดและคะแนนในแต่ละด้าน ดังนี้

#### การลืมตา (E = Eye opening)

E1	=	ไม่ลืมตาเลย
E2	=	ลืมตาเมื่อเจ็บ
E3	=	ลืมตาเมื่อเรียก
E4	=	ลืมตาเอง

#### การตอบสนองด้วยเคลื่อนไหว (M = Motor Response)

M1	=	ไม่ขยับเลย
M2	=	แขนเหยียดผิดปกติ (Decerebration)
M3	=	แขนงอผิดปกติ (Decortication)
M4	=	ขยับเมื่อเจ็บ (Response to pain)
M5	=	เอามือปิดตำแหน่งเจ็บได้ (Localized to pain)
M6	=	ทำตามคำสั่งได้ (Obey to command)

#### การตอบสนองด้วยการพูด (V = Verbal response)

V1	=	ไม่ออกเสียง
V2	=	ออกเสียงไม่เป็นภาษาไม่มีความหมาย
V3	=	ออกเสียงเป็นภาษาเป็นคำๆมีความหมาย
V4	=	ออกเสียงเป็นประโยคแต่สับสน
V5	=	พูดคุยได้ตามปกติ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บ ได้เป็น 3 ระดับ (Rimel, et al. 1981; ทิพพพร ตังอำนาจ, 2541; ไสว นรสาร และพิรญา ไสไหม, 2559) ดังนี้

1) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor Head Injury : MHI) คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 13-15 คะแนน ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เอง หรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อยหรือสับสนเป็นบางครั้ง

2) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate Head Injury: Mo.HI) คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 9-12 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลาจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวดสามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆ ได้ถูกต้องโดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจมีเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

3) การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Head Injury: SHI) คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 3-8 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆ อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มี Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ 9-12 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว มักมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วยังคงต้องการการดูแลเฉพาะที่ต่อเนื่อง และหากดูแลไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีโอกาสกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤตอีกครั้ง (โคมพิไล นันทรักษา, 2557)

#### 2.1.4 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะดังนี้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2540; Warden, Salazar, Martin, Schwab, Coyle & Walter, 2000)

##### 1) ผลกระทบระยะเฉียบพลัน

1.1) ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว หากการบาดเจ็บทำให้เกิดอันตรายต่อสมองใหญ่ทั่วๆ ไป (Cerebral Cortex) หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนของก้านสมองในส่วนควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Brain Stem Reticular Formation) จะส่งผลให้มีอาการหมดสติ ไม่มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆ กัน หรือไม่ตอบสนองเลยแล้วแต่ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อยเพียงใด

1.2) ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ในระยะเฉียบพลันจะไม่เห็นผลกระทบทางด้านจิตสังคมเด่นชัดนัก บางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตลอดไป ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

1.3) ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (Hickey, 2003) แต่ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพเป็นปกติเหมือนเดิมได้ทุกราย ส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ ประกอบกับการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ตามมา

2) ผลกระทบระยะยาว เมื่อสมองได้รับความกระทบกระเทือน ทำให้บุคคลมีความสามารถลดลงในด้านความรู้สึกตัว ความสนใจ สมาธิ ความจำ การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร การควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Fujimoto, Longhi, Saatman, Conte, Scocchetti, & McIntosh, 2004; Salmond & Sahakian, 2005) ส่งผลกระทบ 5 ด้าน ดังนี้

2.1) ความผิดปกติด้านความตั้งใจ สมาธิ และการรวบรวมความคิด (Attention Concentration Impairment) เกิดจากสมองซีกหน้า (Anterior Cerebral Hemisphere) หรือบริเวณพรีฟรอนตอล (Prefrontal Area) ได้รับความกระทบกระเทือนหรือถูกทำลาย (Granacher, 2003) ทำให้มีสมาธิสั้น ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง (Hickey, 2009) มีการตอบสนองช้า คิดช้าและตัดสินใจช้า ทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ดี พบในระยะ 1-3 เดือน หลังการบาดเจ็บที่สมอง (Silver, McAllister, & Yudofsky, 2005)

2.2) ความผิดปกติด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร (Language and Communication Impairment) สมองส่วนที่สื่อความหมายอยู่บริเวณซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ ซึ่งทำหน้าที่แปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน พบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของการพูดจา (Wernicke's Aphasia) คือ พูดได้แต่จับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม หากมีพยาธิสภาพที่บริเวณโบรคา (Broca) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อน และสายเสียง ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่เห็นหรือสิ่งที่ผู้อื่นพูด แต่ไม่สามารถพูดหรืออธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (Wantana, 2003; Silver, et al., 2005)

2.3) ความผิดปกติด้านความจำ (Memory Impairment) ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงด้านความจำ มีผลมาจากระบบลิมบิก (Limbic System) ถูกทำลาย จึงทำให้มีการลดลงของความจำ (Hickey, 2014) เกิดปัญหาด้านความจำและการลืม ซึ่งมีผลกระทบต่อความสามารถด้านการเรียนรู้ของผู้ป่วย (Silver, et al., 2005)

2.4) ความผิดปกติด้านการรับรู้ (Perceptual Impairment) การบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว สับสน สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ (Fujimoto, et al., 2004) ไม่เข้าใจแนวคิดลึกซึ้ง ทำให้มีปัญหาด้านการตัดสินใจและมีความบกพร่องในการแก้ปัญหา

2.5) ความผิดปกติด้านกระบวนการควบคุมหรือการควบคุมตนเอง (Self Regulation Impairment) เป็นความบกพร่องด้านความสามารถในการควบคุมการกำหนดเป้าหมายและการแสดงออกของพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเกิดความผิดปกติที่ Orbitofrontal Area ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับกระบวนการคิดของการตัดสินใจและความคิดสร้างสรรค์ หากสมองส่วนนี้ได้รับบาดเจ็บจะทำให้มีความผิดปกติของกระบวนการคิด อาจมีพฤติกรรมแสดงออกต่อสังคมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยไม่สามารถรู้ตัว (Kennedy & Coelho, 2005)

### 2.1.5 งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความต้องการของครอบครัวมีการปรับตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

รุ่งนภา เขียวชะอำ และคณะ (2554) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า แนวปฏิบัติที่เน้นความจำเพาะเจาะจงกับความเป็นปัจเจกของญาติแต่ละราย ทำให้การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีประสิทธิภาพส่งผลให้ญาติมีวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สุภา ตันติวิสุทธิและคณะ (2554) ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการพยาบาลการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรงโดยใช้โมเดลของ CURN เป็นกรอบแนวคิดสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านโรงพยาบาล

สุมามิตา สวัสดิ์ดินถนาท, วิภา แซ่เซี้ย, และประณีต ส่งวัฒนา. (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะวิกฤต พบว่า ความเครียดและผลกระทบความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

มาฆะ กิตติธรรกุล (2558) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า บทบาทพยาบาลมีความสำคัญนอกจากจะต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะแล้ว ยังต้องปฏิบัติตามแนวทางอย่างครบถ้วน โดยมีระบบการนิเทศอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นการลดภาวะแทรกซ้อน วันนอนโรงพยาบาล ความพิการ ตลอดจนการเสียชีวิตได้

Kreutzer, et al. (1992) ได้ศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่ออารมณ์ จิตใจและสังคมของครอบครัว และได้สรุปไว้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่ พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ทำให้ครอบครัวมีระดับความเครียดสูง มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล รวมทั้งมีการปรับตัว

ทางสังคมลดลง นอกจากนี้การบาดเจ็บที่ศีรษะยังทำให้ครอบครัวเผชิญปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะแสดงปฏิกิริยาที่แตกต่างกันไปแต่ละบุคคล เช่น โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เป็นต้น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544)

Curtiss, et al. (2000) ได้ศึกษากลุ่มภรรยาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ร้อยละ 60 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ภรรยาต้องรับหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นบทบาทที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนและยังต้องทำบทบาทเดิมของตนในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้ภรรยาเกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากกับบทบาทที่เปลี่ยนไปและอาจส่งผลให้ระบบครอบครัวล้มเหลวในการดำเนินชีวิตครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งทำให้ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนไป (Tyerman & Booth, 2001) ผลกระทบเหล่านี้อาจนำไปสู่ความขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น ปัญหาการหย่าร้าง (Frye, 1987)

## 2.2 แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care)

### 2.2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care)

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดที่มีความสำคัญ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหากับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง มักจะส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวด้วยการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (รุจา ภาณุพลย์, 2541) เพื่อลดผลกระทบต่อครอบครัวที่อาจเกิดขึ้นและทำให้ครอบครัวปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวจึงมีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย เป็นผู้ทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าพยาบาลและยังเชื่อมโยงความหวังไคระหว่างกัน (สุริยา พองเกิด และคณะ, 2559) การดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่พยาบาลและทีมสุขภาพควรตระหนักทั้งทางนโยบายและทางปฏิบัติ

Association for The Core Children's Health : ACCH (Bruce & Richie, 1997) กล่าวถึงแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care) ว่ามีปรัชญาของการดูแล คือ การตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย โดยเชื่อว่าครอบครัวและทีมสุขภาพมีฐานะเท่าเทียมกัน (Partnership) ครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนในการเป็นผู้ดูแลและตัดสินใจ (Participating in The Care and Decision Making) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ดังนี้

(1) ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่เข้ามาและจากไป

(2) ต้องมีความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ (Family-Professional Collaboration)

(3) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ

(4) ให้การดูแลครอบครัวโดยตระหนักและเคารพในความแตกต่างของภาวะอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศักยภาพและความเป็นบุคคลของครอบครัว

(5) ตระหนักและยอมรับความแตกต่างของวิธีการเผชิญความเครียดแต่ละครอบครัว

(6) เข้าใจถึงความต้องการและปฏิบัติต่อครอบครัวตามระยะพัฒนาการ

(7) ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยให้มีกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่าง ครอบครัวกับครอบครัว (Parent-to-parent Support)

(8) จัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้

Johnson (2003) ได้ให้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care) ประกอบด้วย 8 หลักการ ดังนี้

(1) ครอบครัวมีความเข้มแข็ง (Family Strengths) ในแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันควรให้การสนับสนุนและช่วยเหลือให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร โดยสร้างครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง และแนะนำแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือครอบครัวได้

(2) ให้ความเคารพ ความเอาใจใส่ (Respect) เคารพคุณค่าของครอบครัว ความเชื่อพื้นฐานทางศาสนาและวัฒนธรรม โดยเชื่อว่าครอบครัวรู้จักบุตรดีและมีอำนาจในการตัดสินใจ

(3) การบอกทางเลือก (Choice) บอกทั้งข้อดีและข้อเสีย เพื่อให้ครอบครัวใช้สำหรับเป็นทางเลือก และสนับสนุนในสิ่งที่ครอบครัวเลือก

(4) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information Sharing) ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ

(5) การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ (Support) ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัวในการตัดสินใจ และช่วยเหลือในการจัดการกับความเจ็บป่วยของบุตร

(6) มีความยืดหยุ่น (Flexibility) การให้บริการแก่ครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างถูกต้องเหมาะสม

(7) การสร้างความร่วมมือ (Collaboration) เป็นการทำงานร่วมกับครอบครัว เพื่อให้การดูแลและตอบสนองความต้องการของบุตร ได้ดีที่สุด

(8) การสร้างพลัง (Empowerment) การให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลบุตร โดยการสร้างครอบครัวให้มีความเข้มแข็งบนพื้นฐานความสามารถของครอบครัวเองมากกว่าการมองข้อจำกัดของครอบครัว

### 2.2.2 หลักการการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นครอบครัวและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบการดูแลที่ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว และนำประสบการณ์การดูแลและการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว มาเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการสุขภาพ การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงเป็นรูปแบบการดูแลที่นำความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว มาร่วมในการวางแผน การประเมินผลการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการสุขภาพ

สถาบันเพื่อการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (The Institute for Family-Centered Care) มีหลักการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประกอบด้วย

1) การให้เกียรติและความเคารพ (Dignity and Respect) หมายถึง บุคลากรสุขภาพรับฟังและเคารพความคิดเห็น (perspective) ของผู้ป่วยและครอบครัว และสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือก (Choice) ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวจะถูกรวมอยู่ในการวางแผนและการให้การดูแล

2) การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information Sharing) หมายถึง บุคลากรสุขภาพมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสมบูรณ์ ปราศจากอคติ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ และทันเวลา เพื่อการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

3) การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจที่พวกเขาเลือก

4) ความร่วมมือกัน (Collaborative) หมายถึง ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และผู้บริหารร่วมมือกันในการกำหนดนโยบาย พัฒนาโครงการ ดำเนินโครงการ และประเมินผลโครงการ ตลอดจนร่วมกันออกแบบการให้บริการสุขภาพ การจัดการศึกษาของบุคลากรวิชาชีพและให้การดูแลด้านสุขภาพ

Galvin, et al. (2000) พบว่า ปรัชญาการพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย

1) การตระหนักและการเคารพ (Recognizes and Respects) คือ การเคารพและยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเป็นบุคคล ความมีอิสระทางความคิดและการกระทำ

2) การร่วมมือกัน (Collaboration) หมายถึง ครอบครัวและบุคลากรวิชาชีพมีความเท่าเทียมกันในการเป็นส่วนของการดูแล การยอมรับให้ครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจ ในวิถีทางที่ตนเลือก และการใช้ปฏิสัมพันธ์ให้เป็นประโยชน์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัว

3) การสนับสนุน (Support) หมายถึง การดูแลที่สนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สนับสนุนการพึ่งตนเอง เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และตระหนักในตนเอง

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สัมพันธภาพระหว่าง บุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวจะเปลี่ยนจาก ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเป็นการทำงานร่วมกัน โดยบุคลากรสุขภาพ ต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับและเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและทำงานร่วมกันตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่กำหนด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล นอกจากนี้ยังร่วมมือในการจัดบริการสุขภาพและพัฒนาการให้บริการสุขภาพ โดยแต่ละฝ่ายต่างได้รับ ประโยชน์จากการทำงานร่วมกัน (รัชนี นามจันทร์, 2552)

จะเห็นได้ว่า ทั้งหลักการของสถาบันเพื่อการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และแนวคิด ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Galvin, et al. (2000) มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องการให้เกียรติ การเคารพ การยอมรับ และการร่วมมือ แต่แนวคิดของ Galvin, et al. (2000) ครอบคลุมถึงการสนับสนุนทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการพึ่งตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งนภา เขียวชะอำ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งครอบคลุมถึงด้านจิตใจ และสนับสนุนญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ของ Galvin, et al. (2000) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

### 2.2.3 ทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered Care) พบว่าการทำงานร่วมกับครอบครัวนั้น (Collaborative Relationship) จะต้องอาศัยทักษะต่างๆ ดังนี้ (Ahmann, 1994)

1) การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนตรงไปตรงมา และไม่อคติ กับครอบครัว การสื่อสารสองทาง (Two-way Communication)

2) การแลกเปลี่ยนความคิด (Dialogue) หมายถึง มีการพูดคุยกับครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในมุมมองของครอบครัว เพราะสิ่งที่ครอบครัวคิดอาจแตกต่างจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์

3) การฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) หมายถึง การรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่พูดคุย ซักถามว่าครอบครัวต้องการหรือวิตกกังวลเรื่องใด

4) ตระหนักและยอมรับในความแตกต่าง (Awareness and Acceptance of Difference) หมายถึง การยอมรับการแสดงออกของครอบครัวว่ามีความแตกต่างกัน ทั้งความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยถือเป็นเรื่องปกติ

5) การต่อรอง (Negotiation) หมายถึง ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแบบที่ครอบครัวต้องการ

ทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนี้สอดคล้อง Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเองย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง แต่จะมีกำลังใจ และความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หัวใจของการดูแลผู้ป่วยที่เน้นครอบครัว เป็นศูนย์กลาง คือ การให้เกียรติและความเคารพ ซึ่งสามารถที่จะผนวกกับแนวคิดของ Bandura ได้ในเรื่องการเสริมสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจให้กับผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม หรือเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองประกอบกับการเพิ่มแรงสนับสนุน โดยการให้ ข้อมูลต่างๆ พูดชักจูงและให้กำลังใจ ทำให้ญาติรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้

#### 2.2.4 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล ประกอบด้วย

1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านใดและต้องการการดูแลอะไรบ้าง และพยาบาลสะท้อนข้อมูลกลับให้แก่ผู้ดูแลว่าพยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่ว่าผู้ป่วยต้องการแบบนี้

2) การวางแผนให้การดูแล พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันวางแผนให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ดูแลเสนอข้อมูลและเลือกตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

3) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย พยาบาลสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลแล้วพร้อมที่จะทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามที่ร่วมกันวางแผนการดูแลหรือไม่อย่างไร หากผู้ดูแลมีความพร้อม พยาบาลจะทำการสอนและเป็นตัวแบบในการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลได้ทดลองทำงานสำเร็จเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้

4) การประเมินผลการดูแล พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลประเมินความมั่นใจของผู้ดูแล เพราะหากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองแล้วก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่ง Bandura (1977) กล่าวว่า การมีความรู้ความสามารถจะไม่ช่วยให้คนเราประสบความสำเร็จได้หากบุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

## 2.3 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนการจำหน่ายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการบริการด้าน จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคลและครอบครัว ซึ่งถือเป็นบริการที่จำเป็นอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วยและเป็นสิ่งประกันคุณภาพ การรักษาสภาพการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมอย่างเต็มที่ ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (กฤษดา แสวงดี, ธีรพร สติธองกูร, และเรวดี ศิรินคร, 2539)

### 2.3.1 ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

McKeehan (1981) ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพหลายสาขาซึ่งทำงานร่วมกัน เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่อีกสิ่งแวดล้อมหนึ่ง

Roden & Taft (1990) ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องคือเป้าหมายและผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการนี้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากการดูแลระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วย

Lowenstein & Hoff (1994) ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายว่าเป็นการความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วย และผู้ดูแล หาแหล่งประ โยชน์เพื่อให้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Armitage & Kavanagh (1995) ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแล ที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจากสถานที่หนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย จากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่นหรือจากสถานบริการไปยังบ้านของผู้ป่วย

วันเพ็ญ พิชาติพรชัย และคณะ (2546) ให้ความหมายการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพไปยังสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจากการจำหน่ายของ โรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินผล

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อเตรียมผู้ป่วย และผู้ดูแลให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ ตอบสนอง

ความต้องการการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล โดยใช้ทรัพยากร และความสามารถใน  
ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือแหล่งประ โยชน์ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.3.2 แนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายไว้หลากหลาย ดังนี้

Lowenstein & Hoff (1994) เสนอแนวคิดว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นบทบาทสำคัญของ  
บุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ใน  
การวางแผนจำหน่าย ได้แก่

- (1) การประเมินความต้องการ การดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- (2) การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดแผนการจำหน่ายการปฏิบัติ  
ตามแผน
- (3) การประเมินศักยภาพของหน่วยงาน หรือแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม
- (4) ปรับปรุงแผน โดยพิจารณาถึงภาวะสุขภาพสังคมและการเงินที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย
- (5) ติดต่อสื่อสารถึงแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- (6) กำหนดการติดตามดูแลแผนและประเมินผลภายหลังการจำหน่าย
- (7) ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่จำเป็น  
ภายหลังการจำหน่ายซึ่งก่อให้เกิดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม
- (8) จัดการจำหน่ายสู่การดูแลในระดับต่อไปโดยประสานงานส่งต่อกับศูนย์บริการ  
สุขภาพ
- (9) จัดเก็บแผนการจำหน่ายในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

Erb (1997) เสนอแนวคิด การวางแผนจำหน่ายมีปรัชญาพื้นฐานว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความเป็น  
หนึ่งเดียวในระบบสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบในการ  
จัดเตรียมแผนการจำหน่าย โดยเฉพาะส่วนของการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวในเรื่องต่อไปนี้

- (1) ความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย และผู้ดูแล (Care Giver) หรือครอบครัว
- (2) การวางแผนการจำหน่ายในทุกส่วน เป็นการบูรณาการการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- (3) ปรัชญาและจุดมุ่งหมายขององค์กรเป็นเครื่องสนับสนุนให้เกิดแนวคิดการวางแผน  
จำหน่าย
- (4) ทีมสหสาขาต้องมีส่วนเกี่ยวข้องช่วยสนับสนุน
- (5) มีวิชาชีพในทีมสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และบริการเมื่อมีภาวะ  
วิกฤต

McKeehan (1981) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้คือ

(1) โครงสร้าง (Structure) แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทางการ (Formal Structure) หมายถึง การวางแผนจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ซึ่งทุกขั้นตอนกระทำขึ้นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรทุกขั้นตอน หรือแนวทางปฏิบัติต่างๆ ส่วนรูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal Structure) เป็นการเตรียมจำหน่ายที่กระทำในขั้นตอนต่างๆ ซึ่งปราศจากหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

(2) กระบวนการ (Process) ในการวางแผนจำหน่ายเป็นหลักการเดียวกับกระบวนการพยาบาล เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแผนการจำหน่าย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมิน รวบรวมข้อมูล เน้นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแบบแผนชีวิต ตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาล และในปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัย (Nursing Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยปัญหาหรืออุปสรรคใดก็ตามที่มีผลต่อความต้องการจำเป็นของครอบครัวภายหลังจำหน่าย โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดแผนการปฏิบัติ (Prescription of Plan) เป็นการวางแผนสำหรับการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาให้สำเร็จลุล่วง โดยความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติตามแผนการที่ร่วมกันกำหนดไว้ โดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลสำเร็จที่เกิดขึ้นว่าบรรลุเป้าหมายตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่

(3) ผลลัพธ์ (Outcome) การประเมินผลการวางแผนจำหน่าย สามารถประเมินได้ 2 ด้าน คือ

(3.1) ด้านผู้ป่วย และครอบครัว การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวางแผนจำหน่ายนั้น สามารถประเมินได้จากจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลง จำนวนครั้งของการกลับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง ความต้องการบริการหลังจำหน่ายลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการต่างๆ ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับไม่ซ้ำซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

(3.2) ด้านทีมสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสำเร็จของการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลงแต่คุณภาพของการบริการไม่ได้ลดลง (Cost Effectiveness) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการลดลงของจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล (length of Stay) และอัตราการเข้ารับ

การรักษาซ้ำ (Lowenstein and Hoff, 1994) บุคลากรมีโอกาสพัฒนาการปฏิบัติงานและการทำงานเป็นทีม รวมทั้ง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า

McClelland, Kelly, & Buckwalter (1985) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายไม่ใช่แค่การส่งต่อและการดูแลภายหลังจำหน่ายเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการดูแลก่อนเข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษาและบริการให้ความรู้ การฟื้นฟูและให้การสนับสนุนครอบครัว และนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้อย่างคุ้มค่า ทีมสุขภาพต้องมีหลากหลายวิชาชีพ ดำเนินการประสานงาน ช่วยเหลือโดยประเมินแต่ละบุคคลในเรื่องความต้องการดูแลด้านสุขภาพ ความสะดวกสบาย และความคุ้มค่า ซึ่งมีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วน คือ

(1) ส่วนประกอบเชิงโครงสร้าง (The Structure Component) มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน บทบาทในการดูแลของบุคลากรในทีมสุขภาพที่ชัดเจน รวมทั้งการกระบวนกรในการปฏิบัติ (Procedures) ซึ่งต้องใช้ภาวะผู้นำในการบริหารจัดการ (Leadership Styles) และรูปแบบการติดต่อสื่อสาร (Communication Patterns) ที่มีประสิทธิภาพ

(2) ส่วนประกอบเชิงกระบวนการ (The Process Component) ต้องใช้กระบวนการตัดสินใจอย่างมีวิญญูณ ใช้เวลาพอประมาณ สร้างขวัญใจและกำลังใจ (Hope) แก่ผู้ป่วยรวมทั้งใช้ระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจเลือก (Freedom of Choice) แผนการปฏิบัติได้ด้วยตนเองซึ่งต้องการข้อมูลที่เพียงพอประกอบการตัดสินใจ

(3) ส่วนประกอบเชิงผลลัพธ์ (The Outcome Component) คือ สุขภาพดีของผู้ป่วย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายในการดำเนินการที่ได้กำหนดขึ้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย (Function) ความสะดวกสบายของผู้ป่วย (Comfort) ซึ่งหมายรวมถึง สมรรถนะในการดูแลตนเองและความพึงพอใจ (Satisfaction) ในการบริการที่ได้รับสืบเนื่องมาจากปฏิบัติการเชิงโครงสร้าง และเชิงกระบวนการ

### 2.3.3 การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ร่วมตัดสินใจ และร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย พยาบาลและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี สื่อสารกับผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

(1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลร่วมกัน ประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านใด ต้องการการดูแลอะไรบ้าง และพยาบาลจะสะท้อนข้อมูลกลับไปให้แก่ผู้ดูแลว่าพยาบาลเข้าใจถูกหรือไม่ว่าผู้ป่วยต้องการแบบนี้

(2) การวางแผนให้การดูแล พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันวางแผนให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยพยาบาลรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ดูแลเสนอข้อมูลและเลือกตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

(3) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย พยาบาลสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลว่าพร้อมที่จะทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามที่ร่วมกันวางแผนการดูแลหรือไม่อย่างไร หากผู้ดูแลมีความพร้อมพยาบาลจะทำการสอน สาธิต และเป็นตัวแบบในการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลให้ผู้ดูแลได้ทดลองทำงานสำเร็จในเรื่อง การให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย ดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ฝึกบริหารกล้ามเนื้อแขนขา นอกจากนี้หากเกิดปัญหาขณะทำกิจกรรมการดูแล ผู้ดูแลได้เรียนรู้การตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดประสบการณ์และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้

(4) การประเมินผลการดูแล พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการดูแลผู้ป่วยว่าบรรลุเป้าหมายตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ และพยาบาลประเมินความมั่นใจของผู้ดูแล เพราะหากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเองแล้วก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้

นอกจากนี้พยาบาลให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในชุมชนรวมทั้งการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดดูแลที่ต่อเนื่อง การใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

### 2.3.4 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ D-M-E-T-H-O-D

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้นำแบบแผน D-M-E-T-H-O-D มาใช้ในขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย โดยพยาบาลต้องเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นแบบแผนการจำหน่าย หรือแบบแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย อีกทั้งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติหรือผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาดังแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องตลอดจนส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M : Medication ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย

E : Environment & Economic ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม บางรายอาจต้องการการฝึกฝนอาชีพใหม่ เป็นต้น

T : Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ มีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

H : Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆด้วย

O : Outpatient Referral ผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลาและสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน นอกจากนั้นการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือได้ด้วย

D : Diet ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถเลือกรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสารเสพติดต่างๆ

### 2.3.5 ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ อาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว มีความต่อเนื่องในการบริการ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวางแผนจำหน่าย สรุปได้ดังนี้ (Faruggio, 1993)

- 1) ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาล
- 2) ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำลดลง
- 3) มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร คุณภาพการดูแลดีขึ้น และแผนจำหน่ายจะสะท้อนแนวคิดการดูแล โดยมุ่งองค์รวมของผู้ป่วย เน้นการดูแลตนเอง และการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในที่สุดจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

- 4) ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง การเลือกใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมสามารถช่วยลดต้นทุนในการดูแลรักษาสุขภาพได้ จากระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลลดลง

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่ช่วยเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความพร้อมในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต้องการการดูแลที่ซับซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพที่บ้านเป็นเวลานาน จึงต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก ในการวิจัยนี้ได้นำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางบูรณาการในการวางแผนจำหน่าย โดยมีกระบวนการเป็นไปตามกระบวนการพยาบาลภายใต้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประกอบด้วย การตระหนักและเคารพ การร่วมมือ และการสนับสนุน แล้ววัดผลลัพธ์ที่ผู้ดูแล คือ การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### 2.3.6 การวางแผนจำหน่ายแบบปกติและการวางแผนจำหน่ายที่บูรณาการแนวคิดของ McKeehan (1981) กับครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ	การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
<p><b>Input</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประวัติผู้ป่วย ประวัติการรักษา และข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ</li> </ul> <p><b>Process</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม มีการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาล คือ ประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล</li> <li>- ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพตามแผนการรักษาเช่น นักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้ประเมินผลภายหลังจากที่ส่งผู้ป่วยไปรับคำปรึกษาในหน่วยต่างๆ จากทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- พยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ญาติในช่วงเวลาเยี่ยม คือ 12.00 – 18.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ไม่แน่นอนเนื่องจากญาติบางคนรอเวลาเลิกงาน หากญาติมาเยี่ยมในช่วง</li> </ul>	<p><b>Input</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประวัติผู้ป่วย ประวัติการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ และ</li> <li>- คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนการสอน แผ่นพับ</li> <li>- คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับผู้ดูแล</li> </ul> <p><b>Process</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยแนะนำตัว ให้ข้อมูลเบื้องต้นในการรักษา พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล รับฟังปัญหา ความต้องการของครอบครัวอย่างตั้งใจ พูดให้กำลังใจแก่ครอบครัว และให้ความช่วยเหลือเท่าที่ทำได้เหมาะสม เพื่อคลายความวิตกกังวลของครอบครัว</li> <li>- ขอความร่วมมือกับครอบครัวในการเข้าร่วมโครงการวิจัย</li> <li>- เมื่อครอบครัวมาเยี่ยมพยาบาลแนะนำตัวกล่าวทักทาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้ครอบครัวทราบ ตั้งใจรับฟังความคิดเห็น</li> </ul>

การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ	การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
<p>ที่พยาบาลมีกิจกรรมพยาบาลมากก็จะไม่ได้ ให้</p> <p>ข้อมูล แก่ญาติ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงแพทย์ จะติดต่อให้ข้อมูลแก่ญาติและสอบถามทางเลือก รักษาเพื่อให้ญาติตัดสินใจ - เมื่อมีแผนการรักษา “จำหน่ายผู้ป่วย” พยาบาลจะประสานงานกับเภสัชกรเรื่องยากลับบ้าน และออกใบนัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลจะติดต่อญาติให้มารับผู้ป่วยกลับบ้าน และ สอนวิธีการดูแลพร้อมกับให้แนะนำเรื่องโรค การรับประทานอาหารและยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การรักษา วิธีการดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัด</li> <li>- กรณีที่ผู้ป่วยมีสายยางให้อาหารหรือสายสวน ปัสสาวะ แบบคาติดตัวกลับไปบ้านด้วย พยาบาล จะประสานงานกับทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน</li> <li>- หลังผู้ป่วยจำหน่าย 3 และ 7 วัน จะมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์</li> </ul>	<p>หรือสิ่งที่ครอบครัวอยากบอก พุดคุยแลกเปลี่ยน ข้อมูล และพุดให้กำลังใจแก่ครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลประสานงานกับแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการให้ข้อมูลในส่วนของ การเจ็บป่วย การรักษา</li> <li>- เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติแล้ว ผู้วิจัยจะพบผู้ดูแล 4 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการ วางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้</li> </ul> <p><b>ครั้งที่ 1</b> กิจกรรมการสร้างคุณค่าพยาบาลสร้าง สัมพันธภาพกับผู้ดูแลทุกครั้ง มีการพุดคุยทักทาย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามหรือบอกความต้องการ พยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ แล้ว นำมาจัดลำดับความ สำคัญในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการแล้วให้ความช่วยเหลือ ทันทีตามความเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลจะพุดคุยอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้กำลังใจครอบครัวและสอบถามความพร้อมในการ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแล มีความพร้อม พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ เรียนรู้โดย</li> <li>- พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วย และพยาบาลจะสะท้อน ข้อมูลกลับไปแก่ผู้ดูแลว่าพยาบาลเข้าใจลูกหรือไม่</li> <li>- พยาบาลและผู้ดูแลวางแผนการดูแลร่วมกัน ให้ การดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ดูแล เสนอข้อมูลและเลือกตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแล</li> <li>- พยาบาลนัดผู้ดูแลในการเรียนรู้และร่วมทำ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป</li> </ul>

การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ	การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
	<p><b>ครั้งที่ 2</b> กิจกรรมสร้างความมั่นใจ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย พยาบาลสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลว่าพร้อมที่จะทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามที่ร่วมกันวางแผนการดูแลหรือไม่อย่างไร หากผู้ดูแลมีความพร้อมพยาบาลจะทำการสอน สาธิตทันที และเป็นตัวแบบในการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลได้ทดลองทำอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือจนสามารถทำได้ กิจกรรมการดูแลที่ต้องเรียนรู้ ได้แก่ วิธีการให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย วิธีดูแลและประคบผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การฝึกบริหารกล้ามเนื้อแขนขา ฝึกการรับประทานอาหารด้วยตนเอง ฝึกการสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง เป็นต้น</li> <li>- ผู้ดูแลแต่ละคนจะได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย</li> <li>- พยาบาลนัดผู้ดูแลในการเรียนรู้และร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป</li> </ul> <p><b>ครั้งที่ 3</b> กิจกรรมการให้กำลังใจ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พยาบาลและผู้ดูแล พุดคุย ทักทาย</li> <li>- พยาบาลให้ผู้ดูแลพุดทบทวนกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติไปแล้วเมื่อพบกันครั้งที่ 2</li> <li>- เมื่อผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมแล้ว พยาบาลกล่าวชมผู้ดูแล และพุดเสริมหากผู้ดูแลจำไม่ได้</li> <li>- พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จนสามารถทำได้</li> </ul>

การวางแผนจำหน่ายแบบปกติ	การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
<p><b>Output</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ดูแล ได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับประทาน อาหาร และยา การจัดสิ่งแวดล้อม การรักษา วิธีการดูแลสุขภาพ การมาตรวจตามแพทย์นัด</li> </ul>	<p><b>ครั้งที่ 4</b> กิจกรรมประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อผู้ดูแลได้ฝึกทักษะครบทุกกิจกรรมแล้ว พยาบาลประเมินทักษะของผู้ดูแล และประเมินผล การดูแลร่วมกับผู้ดูแล - พยาบาลประสานงานกับ ทีมเยี่ยมของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและประสานงานกับศูนย์อนามัย ใกล้บ้าน</li> <li>- หลังผู้ป่วยจำหน่าย 3 และ 7 วัน จะมีการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์</li> </ul> <p><b>Output</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 4 ด้าน (Coco, et al., 2011)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การทำกิจวัตรประจำวัน</li> <li>2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</li> <li>3) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย</li> <li>4) การดูแลด้านจิตใจ</li> </ol>

### 2.3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

Marchette & Holloman (1986) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายจะมีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 0.8 วัน โดยถ้าหากว่าได้รับการวางแผนจำหน่ายเร็ว ก็สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว

McGinley, et al. (1996) ศึกษาการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิทยาการ โดยมีการประชุมปรึกษาหารือ กำหนดบทบาทในการวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และบุคลากรมีการพัฒนาทักษะวิชาชีพสูงขึ้น

ช่อลดดา พันธุเสนา และทัศนีย์ สุวรรณเทพ (2543) ได้ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและป้องกันการกลับเข้ามารับการรักษารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้

เอมอร์ คำภักดี (2546) ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและประชุมกลุ่ม ระดมสมองพยาบาลประจำการจำนวน 30 คน โดยนำรูปแบบ M-E-T-H-O-D มาใช้ในการประชุมกลุ่ม ได้แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย วิธีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นำไปใช้กับผู้ป่วย 347 คน ภายในเวลา 2 เดือน พบว่า สามารถวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้จริง ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจในการใช้แบบฟอร์มและคู่มือในระดับมาก และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติในระดับมากที่สุด

พนิดา แซ่เตีย (2543) ได้ศึกษาการพัฒนาการวางแผนจำหน่าย เพื่อหารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสม โดยใช้กรอบแนวคิด M-E-T-H-O-D นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 30 คน ภายในเวลา 1 เดือน แล้วปรับปรุงให้เหมาะสม และนำไปใช้กับผู้ป่วย 100 คน ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าตึกเห็นด้วยกับแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลให้การพยาบาลได้ครอบคลุมเหมาะสมในระดับมากที่สุด มีความพึงพอใจในระดับมาก และผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์ในระดับมากที่สุด และใช้สะดวก

ไพรวลัย พรหมที (2548) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้ทีมมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนร่วมกัน อีกทั้งจำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยลดลง จากรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีแบบแผน โดยผู้วิจัยและผู้ศึกษาข้างต้นพบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ เมื่อกลับบ้าน ช่วยลดวันนอนในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่าย และการมีรูปแบบจำหน่ายที่ชัดเจน ปฏิบัติได้ง่ายสะดวกต่อการนำไปใช้ จะทำให้พยาบาลปฏิบัติตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการวางแผนการจำหน่ายที่ได้รับ รูปแบบ M-E-T-H-O-D เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีผู้ศึกษานำทดลองใช้แต่จะต้องมีคู่มือและแบบฟอร์มในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสม จึงจะทำให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง ส่วนผู้บริหารการกพยาบาลเห็นว่าแผนการจำหน่ายผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานในการจำหน่ายผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### 2.4.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะอยู่ในโรงพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลต้องใช้มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินอาการ การนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัย การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 3 ระยะ (มาฆะ กิตติธรรกุล , 2558)

1) การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะนี้พยาบาลต้องให้การพยาบาลที่จะช่วยผู้ป่วยที่มีอาการหนักและอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ ค้นหาและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้น การป้องกันการเพิ่มของความดันในกะโหลกศีรษะโดยติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1.1) การป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การลดปัจจัยที่ทำให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น โดยประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1-4 ชั่วโมง การเปลี่ยนแปลงของรูม่านตา การเคลื่อนไหวลูกตา การเคลื่อนไหวแขนขา การรับรู้ความรู้สึกหรือสัญญาณชีพ การจัดทำและการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยนอนลำตัวและศีรษะอยู่ในแนวตรงเสมอ นอนท่าราบหรือศีรษะสูง 15-30 องศา ห้ามนอนในท่าที่ทำให้สะโพกงอ (Hip Flex) มากกว่า 90 องศา การลดไข้ การมีอุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดมาเลี้ยงสมองมากขึ้นเป็นผลให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (ทิพพพร ดังอำนวนย, 2541)

1.2) การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนและลดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ พร้อมทั้งมีการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจน เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทไปในทางที่แย่ลง การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องและเหมาะสม การจัดทำศีรษะสูง 30-45 องศา และการทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อส่งเสริมการขับเสมหะ

1.3) การจำกัดสารน้ำ ในระยะแรกของการบาดเจ็บและในขณะที่ยังมีสมองบวม การจำกัดน้ำจะทำให้ให้น้ำนอกเซลล์ลดลงทำให้ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะลดลง ตรวจสอบอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทุก 1-2 ชั่วโมง บันทึกปริมาณ สารน้ำที่ได้รับและขับออกพร้อมทั้งประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ลักษณะการเต้นของหัวใจอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (พรนิกา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker & Blank-Reid, 2002)

1.4) การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ต้องประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยก่อนการให้อาหารครั้งแรก มักเริ่มด้วยการลองจิบน้ำเล็กน้อย ถ้ามีอาการสำลักอาจจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางทางจมูก การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูกต้องดูแลให้ได้ตามปริมาณและเวลาที่กำหนด (พรนิกา เอื้อเบญจพล, 2547)

1.5) การลดอาการปวด ควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ร่วมกับการแก้ไขสาเหตุของอาการปวด เช่น ลดภาวะสมองบวม ทำผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก

1.6) การขับถ่าย ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะราด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) หรือมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะใน 1-2 วันหลังผ่าตัดแพทย์อาจใส่สายสวนคาปัสสาวะช่วยไม่ให้มีการคั่งค้างของปัสสาวะ ในส่วนของการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องผูกจากการเคลื่อนไหว

น้อย ได้รับน้ำน้อยและได้รับสารอาหารที่มีกากน้อย ควรช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ตามระดับความสามารถและถ้าไม่อุจจาระ 3-4 วัน ควรให้ยาระบายตามความเหมาะสม

2) การพยาบาลในระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจเกิดความพิการ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ มักมีความเครียดทางอารมณ์สูง และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ปัญหาสุขภาพกายและจิตใจจึงมีความเกี่ยวข้องกัน ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (ประณีต ส่งวัฒนา, 2555) ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นองค์รวม

Coco, et al., (2011) ศึกษาการสนับสนุนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนอย่างที่เคยทำ ความสามารถ พฤติกรรมและสัมพันธภาพจะเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนการฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย ในประเทศฟินแลนด์นั้นสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรได้รับจากพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน เทคนิคการสร้างเชื่อมั่น การให้กำลังใจ การดูแลด้านอารมณ์ และข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ ดังนั้น แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับสมาชิกในครอบครัวคือ กระบวนการสนับสนุนให้ยึดหลักของการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน สิ่งที่สมาชิกในครอบครัวควรได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย

(1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางมักมีความบกพร่องหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรืออาจเกิดความพิการ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ควรประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน นำมาวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สนับสนุนให้ครอบครัวหรือเตรียมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยการลงมือปฏิบัติจริง โดยเฉพาะการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการขับถ่าย การรับประทานอาหาร

(2) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติด และการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากการเคลื่อนไหวบกพร่อง การสำลักอาหารเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง รีเฟล็กซ์การไอและการขย้อนลดลง

(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ฝึกการใช้มือทั้ง 2 ข้าง การออกกำลังกายแขนและขาทั้ง 2 ข้าง โดยแขนขาข้างที่ติดออกกำลังกายแบบ Active Exercise ส่วนแขนขาข้างที่อ่อนแรง ออกกำลังกายแบบ Passive Range of Motion Exercise อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ดังนั้น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความต้องการ

การดูแลจากผู้ดูแลในด้านการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น (พวงแก้ว แสนคำ, 2549; รุ่งนภา เขียวชะอำ และคณะ, 2554)

(4) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ท้อแท้ หดหู่ใจ ถ้ามีความผิดปกติที่ Limbic System จะทำให้การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ขาดการขัดเกลา (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541) มีความวิตกกังวล (Cummings & Trimble, 2002) ดังนั้น การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลทุกขั้นตอน ช่วยเหลือดูแลและให้กำลังใจ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง ยอมรับและต่อสู้กับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

3) ระยะเวลาวางแผนจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้กลับไปอยู่ในครอบครัวและสังคมได้ตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย ระยะนี้ครอบครัวได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านและมีส่วนร่วมในการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลด้วยการลงมือปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดความมั่นใจและทักษะการดูแลเกี่ยวกับ 1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน 2) การฟื้นฟูสภาพ 3) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) การดูแลด้านจิตใจ ฉะนั้นครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ต้องการข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแล การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การปฏิบัติตัวทั้งด้านอาหารและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (อ้อมใจ แก้วประหลาด และคณะ, 2552; มาฆะ กิตติธรรกุล, 2558)

#### 2.4.2 บทบาทของพยาบาลในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จากการศึกษาการรับรู้บทบาทของพยาบาลในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ กนกพร นทีธนสมบัติ และคณะ (2550) พบว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย 6 บทบาท ได้แก่

1) การเป็นผู้ดูแล ประกอบด้วย การดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การให้อาหาร ทำความสะอาด ร่างกาย ทำแผล และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลเป็นผู้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามอาการและภาวะสุขภาพตลอดจนปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่บ้านและการดูแลทางด้านจิตใจ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็งและมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้

2) การเป็นผู้ให้ข้อมูล การให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลและความรู้ที่ให้นั้นเกี่ยวกับโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลแผล การทำความสะอาดร่างกาย และการพลิกตะแคงตัว สอดคล้องกับสมทรง จุไรทัศนีย์ (2548) ที่รายงานการติดตามต่อเนื่องภายหลังจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่า ร้อยละ 26.60 กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงชีวิตค่อนข้างมากต้องมี

ผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องการการสอนและสาธิตการช่วยผู้ป่วยบางส่วนในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 34.30 เป็นกลุ่มเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรได้ ผู้ดูแลต้องการการสอนและสาธิตการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสาย การให้อาหารทางหน้าท้อง การเคาะปอด การดูดเสมหะ การสวนปัสสาวะ เป็นต้น สอดคล้องกับ Henneman & Cardin (2002) อธิบายว่า การดูแลที่ให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สิ่งที่ต้องตระหนัก คือ ความรับผิดชอบ ที่จะช่วยให้ครอบครัวและผู้ป่วยดำเนินชีวิตต่อไปได้ ความต้องการพื้นฐานของครอบครัวที่จำเป็นอันหนึ่ง คือ ความต้องการด้านข้อมูล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทั่วไปของผู้ป่วย

3) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นบทบาทหนึ่งที่จะช่วยสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัย สมจิต หนูเจริญกุล (2534) อธิบายว่า การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่พยาบาลพึงกระทำ

4) การเป็นผู้ช่วยเหลือ เป็นผู้ช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการดูแล หรือ ปัญหาค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ทางการแพทย์

5) การเป็นผู้ประสาน การประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพความเป็นอยู่ของเขาอย่างปกติสุข สอดคล้องกับ Ashwill & Droske (1997) ที่กล่าวว่า การดูแลและพัฒนาได้คือเมื่อการร่วมมือร่วมใจกันทำงานของสาขาวิชาชีพพยาบาลประสานงานกับโภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ และบุคลากรอื่นๆ ดังนั้น การประสานงานเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

6) การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในสิทธิและประโยชน์ที่พึงได้รับ Ashwill & Droske (1997) ที่กล่าวว่า พยาบาลต้องบอกกล่าวผู้ป่วยและครอบครัวทุกครั้งในการรักษาและขั้นตอนการพยาบาล เพราะเป็นการแสดงความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้ร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ตลอดจนได้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการตามความต้องการ

#### 2.4.3 บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย

1) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

2) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์รุนแรงในผู้ดูแล

- 3) ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่คุณดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับสู่กิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น
- 4) ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น
- 5) ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์

## 2.5 ผู้ดูแลผู้ป่วย

### 2.5.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วย

ยูพาฟิน คีร์ โพรซิงาม (2539) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน

Ross & Mackenzie (1996) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

Carers (2002) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ

สรุป ผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย พิการ และเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติและให้การดูแลโดยไม่มุ่งหวังค่าตอบแทน

### 2.5.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย

ประเภทของผู้ดูแลแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

- 1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกอบรมก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทนเรียกว่า Formal Carees ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลรวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- 2) ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้รับการดูแล เป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก ความผูกพัน ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจการดูแลอาจมาจากการสมรสหรือสมาชิกในครอบครัว ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน เป็นต้น ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการอาจมี

ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลายคน เช่น บางคนดูแลด้านการเงิน บางคนดูแลพาไปพบแพทย์ และบางคนอาจดูแลช่วยเหลืออยู่ที่บ้าน ในกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการนี้อาจประกอบไปด้วย

2.1) ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้ความเวลาในการดูแลเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าคนอื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

### 2.5.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือสมองเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตและเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นจะเกิดกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเท่ากับหรือมากกว่าผู้บาดเจ็บ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2540) เนื่องจากผู้บาดเจ็บยังมีปัญหาด้านจิตใจ ต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (McNair, 1999) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีดังนี้

1) ด้านร่างกาย ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกต้องเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ต้องทำกิจกรรมเกือบตลอดเวลาและเป็นเวลาที่ยาวนาน โดยเฉลี่ยพบว่า ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 16-24 ชั่วโมง/วัน (Wantana, 2003) ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าจนลึบสนใจดูแลตนเอง ไม่มีเวลาสำหรับงานอดิเรกและไม่ได้ออกกำลังกาย (Kurylo, et al., 2001; Tyerman & Boot, 2001) เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดเข่า อ่อนเพลียระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย (ชนัญชิตา โพธิ์ประสาท, 2547) แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป บางรายมีโรคประจำตัวเดิมอยู่ก่อนแล้วด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา โรคประจำตัว มีอาการกำเริบขึ้นและอาจมีสุขภาพอื่นเพิ่มมากขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546)

2) ด้านจิตใจ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บศีรษะ เกิดความเครียดในการดูแล ยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ดูแลต้องรับภาระหัวหน้าครอบครัวแทนและต้องมารับบทบาทผู้ดูแลใหม่ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ ทำให้เกิดความเครียด ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทผู้ดูแลจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ทำให้เกิดความสับสน

3) ด้านสังคม เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ใช้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาเข้าสังคม มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้หรือรู้สึกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้หลีกเลี่ยงสังคม (Tyerman and Boot, 2001)

4) ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางรายเป็นหัวหน้าครอบครัวไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ ผู้ดูแลต้องเป็นผู้หารายได้มาทดแทนเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541)

## 2.6 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

### 2.6.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1997) อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองต่อการจัดการและแสดงพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่แสดงถึงการเลือกที่จะใช้ความพยายามกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการกระทำและความไม่ย่อท้อต่อความล้มเหลว ส่งผลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวของแต่ละบุคคลอีกด้วย

Mcshane & Von Glinow (2003, p. 51) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ความเชื่อว่าตนมีความสามารถและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

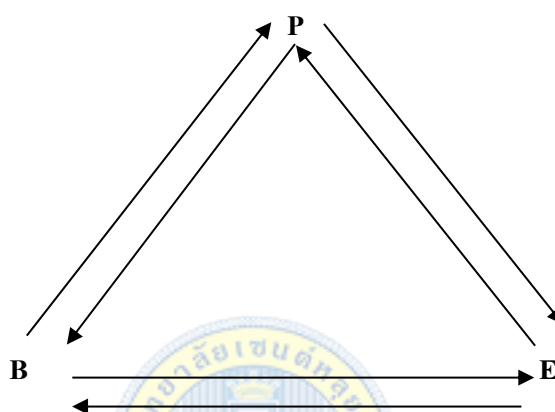
Tella & Ayeni (2006) อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสร้างความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับวิธีการคิด อารมณ์ และการแสดงพฤติกรรม บุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะเกิดความเครียดความวิตกกังวลและความนับถือตนเองต่ำ ส่วนบุคคลที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงนั้น จะสนุกกับภารกิจที่รับผิดชอบและมีความนับถือตนเองสูง

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ เพื่อให้เป็นไปตามที่คาดหวัง

### 2.6.2 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1997) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคล (Efficacy Beliefs) ที่สามารถจัดการและดำเนินการกระทำตามแนวทางที่ทำด้วยพลังของความตั้งใจอย่างมีเป้าหมายไปสู่การประสบความสำเร็จ เป็น

การตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะได้ผสมผสาน การเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Behavior) อธิบายถึง พฤติกรรมบุคคลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยในตัวบุคคล (Internal Personal Factor) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior Factor) และปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment Factor) ปฏิสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน ตามความเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งสามารถ แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (Bandura, 1997, p. 6)

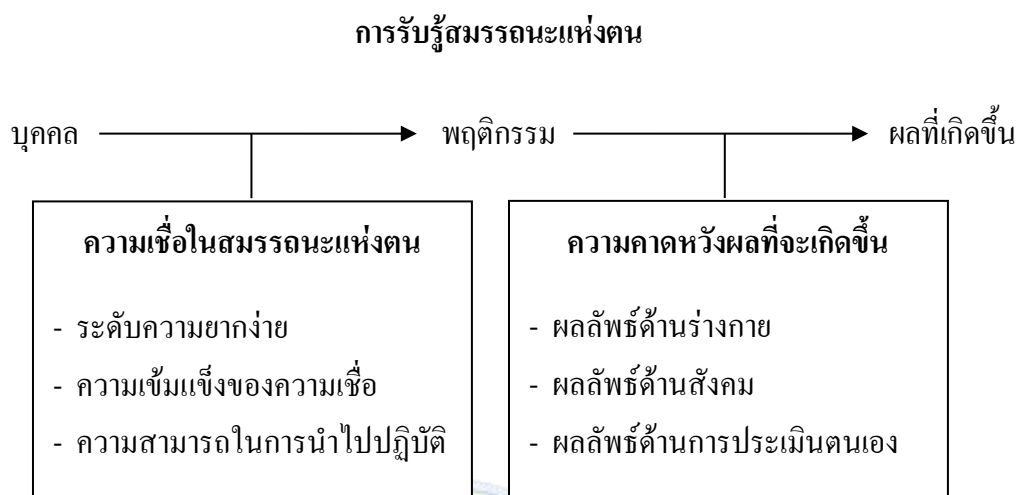
ปัจจัยทั้ง 3 ประการ เป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย กล่าวคือ

- (1) พฤติกรรมของบุคคล อาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล
- (2) ปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก
- (3) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมเปลี่ยนไปเพราะพฤติกรรมของบุคคล และความเชื่อต่างๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล

Bandura (1997) ใช้แนวคิดหลัก 2 ประการ อธิบายว่าการที่มนุษย์เอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ

- (1) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Efficacy Beliefs) หมายถึงความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

(2) ความคาดหวังผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความคาดหวังหรือคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่า ถ้าตนกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการอย่างแน่นอน แสดงความสัมพันธ์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น Bandura (1997, p. 22)

ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ การมีความรู้และความสามารถจะไม่ช่วยให้คนเราประสบความสำเร็จได้ถ้าหากบุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถนั้น ความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้า โดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะทำได้แค่ไหน ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นๆ ความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ ความสามารถของบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ดังเช่น คนที่มีความสามารถของตนเองสูงจะกระทำพฤติกรรมมากกว่าคนที่มีความสามารถของตนเองต่ำ เนื่องจากในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีความสามารถของตนเองต่ำจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด ส่วนบุคคลที่มีความสามารถของตนเองสูงจะเริ่มพฤติกรรมใหม่ๆ และดำรงไว้ซึ่งการกระทำจนกว่าจะกระทำได้ประสบผลสำเร็จ

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังผลลัพธ์ โดยตัวแปรทั้งสองเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความคาดหวัง ผลลัพธ์สูงก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมี

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่ำก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน แต่ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่ำ หรือถ้าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำถึงจะมีความคาดหวังผลลัพธ์สูงบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นดังรูปภาพที่ 3

		สูง	ต่ำ
ความ คาดหวัง ผลลัพธ์	สูง	มีความพึงพอใจ มีแรงจูงใจ มีความ มั่นใจ มีแนวโน้มที่จะกระทำ	ไม่ยอมรับ ไม่พอใจ ไม่มีแรงจูงใจ มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำ
	ต่ำ	เกิดความท้อแท้ รู้สึกว่าตนไม่มี คุณค่า มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำ	ไม่สนใจ หลีกเลียง มีแนวโน้ม ที่จะไม่กระทำแน่นอน

### การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ภาพที่ 3 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
และความคาดหวังในผลลัพธ์ จาก Bandura (1997, p. 20)

#### 2.6.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

บุคคลจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ดังนี้

1) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery Experience) การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูง โดยเชื่อว่า ถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีก หรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก็จะสามารถกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้สำเร็จ ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ผู้เรียนสามารถรับรู้หรือเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม และได้สัมผัสด้วยตนเองจากประสาทสัมผัสทั้ง 5

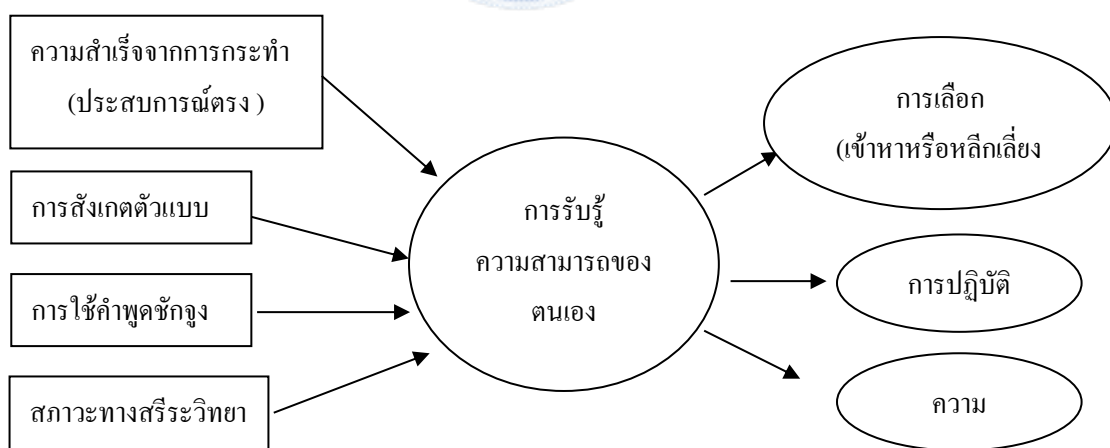
2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) ตัวแบบ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Bandura, 1997, p. 92-95) ได้แก่ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live Modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลมีโอกาสสังเกตหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) ที่ประสบความสำเร็จ และมีปฏิสัมพันธ์ได้ด้วยและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) เป็นตัวแบบผ่านสื่อ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ การ์ตูน

ภาพพลิก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541, p. 51) ตัวแบบที่จะนำมาจะต้องมีลักษณะเด่น พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีคุณค่า ในการนำมาใช้ประโยชน์มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Bandura, 1997, p. 93)

3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การพูดชักจูงให้ความเชื่อความสามารถของตน ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-Doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ วิธีนี้ที่นิยมใช้กันมากแต่จะมีผลเพียงระยะสั้นๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1997)

4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective States) เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง มักจะท้อถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลสูง จะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือสถานการณ์นั้น การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆ มากขึ้นทีละน้อยๆ

จากการกล่าวถึงปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง Betz (1992) ได้เสนอรูปแบบของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Betz, 1992)

ดังนั้น การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้มีความมั่นใจเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการให้เกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะทำกิจกรรมเช่นนั้นได้ ให้เขาได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากปัจจัยการเรียนรู้จากแหล่งต่างๆ ทั้ง 4 แหล่ง สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะที่ใช้แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นศูนย์กลาง ด้วยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงตั้งแต่ร่วมประเมินปัญหา วางแผนการดูแล การฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ และประเมินผลการดูแลร่วมกับพยาบาล ระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ พยาบาลจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตลอดจนการพูด ชักจูงให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยสร้างการรับรู้ ความมั่นใจในการดูแล และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้จะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

#### 2.6.4 ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986, p. 393-395) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ คือ

1) การเลือกกระทำพฤติกรรม คือการตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมใด เป็นเวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสภาพการณ์ใด ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอต่อการทำงานนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่หลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกงานที่มีความท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้ามากขึ้น ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกงานที่พื้นๆ และง่าย ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะมี ความสงสัยในความสามารถของตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใดๆ และในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตัวเองให้ก้าวหน้า

2) การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้อง อดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากสูงและมักประสบความสำเร็จในงานที่ทำท้อความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3) รูปแบบความคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนมีผลต่อกระบวนการคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำจะรู้สึกว่ายากลำบาก ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเอง

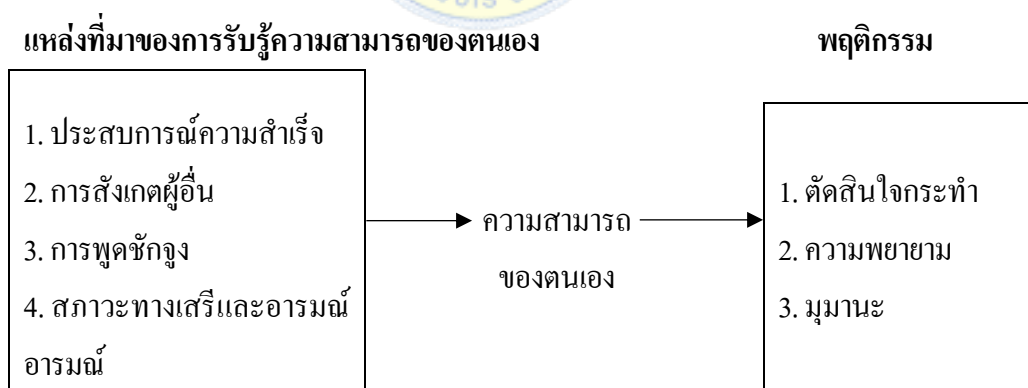
4) เป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะคิดรู้สึกและกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถของเองต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะสนใจและเลือกงานที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลว ก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบผลสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของตนในอนาคต เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีความท้อแท้และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

### 2.6.5 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1997) กล่าวว่า ควรวัดเจาะจงกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคต่อการกระทำเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามคาดหวังไว้ การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 2 อย่าง คือ

1) การวัดโดยการประเมินความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างสำเร็จหรือไม่

2) การวัดโดยการประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ การรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้บุคคลเกิดตัดสินใจ เกิดความพยายามและมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรมในที่สุด ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การทำนายพฤติกรรม

(ดัดแปลง จาก Fitzgeterald, 1991; อ้างใน ทศนี ประสภกิตติคุณ, 2544, p. 6)

### 2.6.6 การประเมินระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1997) ได้เสนอลักษณะของการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 ระดับหรือขนาดความยากของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ (Level of Magnitude of Job Difficulty) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกัน เมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน เมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ ถ้าได้รับมอบหมายให้กระทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้น การมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

มิติที่ 2 ความมั่นใจ ที่จะปฏิบัติได้ในระดับความยากต่างๆ (Strength of Confidence) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีน้อยหรือบุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้ความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้ามีความมั่นใจมาก จะมีพยายามมาก แม้ว่าจะประสบการณณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

มิติที่ 3 การแผ่ขยายความสามารถ หรือการนำไปใช้ (Generality of Ability) เป็นการแผ่ขยายความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองไปในสถานที่อื่นๆ ประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างบาง ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสภาพการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้

Bandura (1977) ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการทำงาน โดยก่อให้เกิดความพากเพียรพยายามในการทำงานนั้น จากหลักการนี้เมื่อต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้มีความพยายามและไม่หลีกเลี่ยงงานที่จะทำ ก็สามารถทำได้โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น และข้อมูลสำคัญที่ทำให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลเพิ่มขึ้น คือ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การพูดชักจูง และการรับรู้ความตื่นตัวทางร่างกายและอารมณ์ของตนเอง

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการวัดการรับรู้ความสามารถของ Bandura (1997) วัดความมั่นใจของผู้ดูแลว่าไม่ว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะง่ายหรือยากก็มีความมั่นใจว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้

### 2.6.7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

Orem (2001) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่าความสามารถในการดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน เป็นสิ่งที่มีอิทธิพล สำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย

(1) อายุ (Age) ความสามารถในการดูแลบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามความรู้ ประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม ทักษะในการดูแลตนเอง เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องมาจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้น อายุที่แตกต่างกันจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Froman & Oven (1989) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดา จำนวน 200 ราย ผลการศึกษา พบว่าอายุของมารดา มีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลทารกอยู่ในระดับสูง

(2) เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคลเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ มีผลกับพฤติกรรมทางสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อความต้องการดูแลทั้งหมดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิง โรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากเพศชาย เนื่องจากเมื่อมีการเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่และต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ส่วนเพศชายจึงได้รับการดูแลสุขภาพจากเพศหญิง และการศึกษาของ Palank (1991) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

(3) การศึกษา เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532) และการรับรู้ที่แตกต่างกันทำให้โอกาสการรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ (Pender, 1996) เช่นเดียวกับ วรรณมา พุทธิประสาธ (2546) และ Mitchell, et al., (1994) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า ซึ่งต่างจากการศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และในปัจจุบันการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเรื่องโรคสามารถใช้สื่อมากมาย และสื่อเหล่านี้ใช้ภาษาที่ง่าย เหมาะสมกับประชาชนทุกระดับการศึกษา เช่น โทรทัศน์ วีดิทัศน์ นิตยสาร แผ่นพับ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนในทุกระดับการศึกษา

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Match Pair โดยผู้ดูแลและมีช่วงอายุ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน เพศเดียวกัน เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการแปลผลการวิจัยว่าช่วงอายุ เพศ ภาวะสุขภาพ และ การศึกษา ต้องให้สอดคล้องกันในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### 2.6.8 การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อเนื้อที่บ้าน ผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติดกล้ามเนื้อ การฟื้นฟูสมรรถภาพล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเลวลง หากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแล ฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ดูแลจึงต้องเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจ มีความมั่นใจที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงได้ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในขั้นตอนของการประเมินระดับของความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเฉียบพลัน ในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมพยาบาล พยาบาลได้มีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเป็นตัวแทน ฟีก สอน สาธิตให้ผู้ดูแลเกิดทักษะอย่างเพียงพอที่จะทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ พร้อมกับการเสริมแรง เช่น ได้รับคำชมเชย เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ว่าตนเอง มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เช่นนั้นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ทักษะจากการฝึกฝนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ในขั้นตอนดำเนินกิจกรรมของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ได้ จากประสบการณ์ที่เกิดจากการทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองแล้วประสบความสำเร็จ จึงถือว่าเป็นเครื่องนำทางที่น่าเชื่อถือสำหรับการประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเฉียบพลัน

### 2.6.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง

เดือนฤทัย แซ่โล้ว (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ต่อความพึงพอใจในการบริการพยาบาลและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ศึกษาในผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลศึกษาพบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สามารถเพิ่มความพึงพอใจในการบริการพยาบาลและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลได้

บังเอิญ ทองสมนึก (2551) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่ออาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เขตอำเภอ

หนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เหมาะสมมากขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ได้นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของ Denyes & Fildey มาแปลและดัดแปลง นำไปใช้วัดความสามารถในกลุ่มผู้ดูแลโรคเอดส์ พบว่าใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง

วันดี ไตสุขศรี (2539) ได้นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Denyes & Fildey มาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง

นิชธิมา ศรีจันทน์ และคณะ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพิ่มการรับรู้ความสามารถ ความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย ไม่เกิดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และญาติผู้ดูแลพึงพอใจ

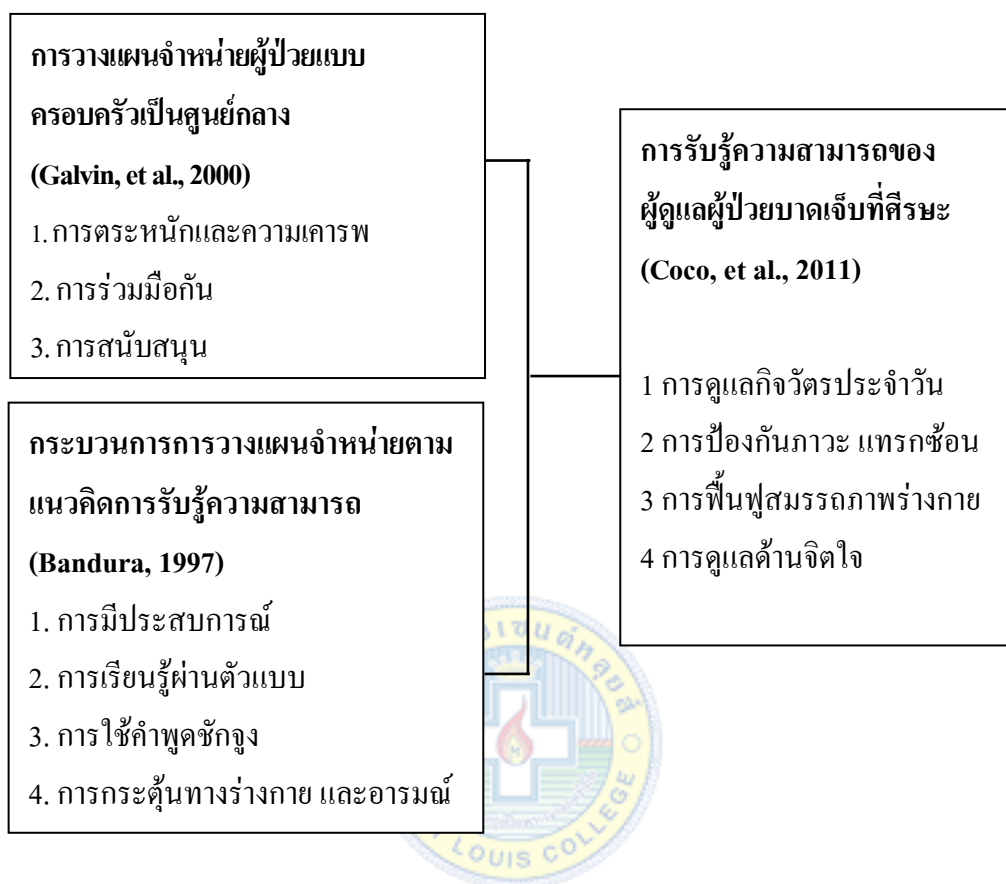
## 2.7 การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นกรอบสำหรับให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย แต่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) 9–12 คะแนน มักพบความพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายผิดปกติ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือบางรายไม่สามารถทำได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น คือ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไม่ได้สิ้นสุดที่โรงพยาบาลต้องดูแลต่อที่บ้าน ผู้ดูแลจึงต้องได้รับการฝึกทักษะการดูแลให้สามารถปฏิบัติได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน หากผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกวิธีจะมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อน จึงต้องมีการเตรียมผู้ดูแลและการวางแผนจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ดูแลอาจต้องเจอกับปัญหาในสถานการณ์ ต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน หากตัดสินใจไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Glavin, et al. (2000) ประกอบด้วย การตระหนักและการเคารพ การร่วมมือ และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) มาใช้ในกระบวนการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม

ได้แก่ 1) กิจกรรมการสร้างคุณค่า เป็นการสนทนาเพื่อส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ เป็นการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว พุดคุย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดแสดงความคิดเห็น หรือระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลถามข้อมูลที่สงสัย หรือบอกเล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัว อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความความรู้สึกวิตกกังวล ลดความเครียด เข้าใจปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้วิจัยบอกข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการทราบ ให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลควรจะเรียนรู้หรือฝึกทักษะ เพื่อคลายความวิตกกังวลพร้อมกับให้กำลังใจแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลควรฝึกทักษะเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้วิจัยถามความพร้อมของผู้ดูแลในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยและนัดหมายในครั้งต่อไป 2) กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่น โดยพยาบาลจะถามความพร้อมของผู้ดูแล ทุกครั้งและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามหรือบอกความต้องการและให้ความช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้ทันที เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล พยาบาลและผู้ดูแลจะร่วมกันประเมินปัญหา วางแผน การดูแล ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลร่วมกัน โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ระยะ สอน สาระวิธีการดูแล และให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลอย่างน้อย กิจกรรมละ 2 ครั้ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ ผู้ดูแลแต่ละคนจะได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลนัดผู้ดูแลในการเรียนรู้และร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป 3) กิจกรรมการให้กำลังใจ พยาบาลและผู้ดูแล พุดคุย ทักทายแล้วให้ผู้ดูแลพูด ทบทวนกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติไปแล้ว เมื่อผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมแล้ว พยาบาลกล่าวชมผู้ดูแล และพูดเสริมหากผู้ดูแลทำได้ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (ต่อ) จนสามารถทำได้ และ 4) กิจกรรมการประเมินผล เมื่อผู้ดูแลฝึกทักษะการดูแลครบทุกกิจกรรมแล้ว พยาบาลจะประเมินทักษะของผู้ดูแล และประเมินผลการดูแลที่ผู้ดูแลและพยาบาลให้การดูแลร่วมกันพร้อมทั้งประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล (Post-test) และทบทวนความรู้และทักษะอีกครั้ง ก่อนจำหน่าย Bandura (1997) กล่าวว่า หากบุคคลใดได้ทำกิจกรรมจนเกิดความ สำเร็จ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ถ้าให้กระทำการที่มีลักษณะคล้ายกัน ก็จะสามารถกระทำการนั้นได้สำเร็จ เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แม้ต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

## 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research Design) แบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (Pretest Posttest Control group design) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 3.1.1 ประชากร คือ

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาเข้ารับบริการการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นญาติและพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

#### 3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) 9–12 คะแนน ที่มาเข้ารับบริการการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน

#### 3.1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ รับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1.1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกรู้ตัว (GCS) ในวันแรกเข้ารับรักษาอยู่ในช่วง 9–12 คะแนน
- 1.2) เป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะสามี/ภรรยา บุตร หรือพี่น้อง ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วย โดยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด และหรืออยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
- 1.3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

- 1.4) มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
- 2) เกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)
  - 2.1) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนของการบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการรุนแรง
  - 2.2) ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่ผู้วิจัยนัดหมาย

### 3.2 จริยธรรมในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

#### 3.2.1 จริยธรรมในการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามระเบียบวิธีการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยการพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในกลุ่มมือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ 2553 (ข้อ 2 ข้อย่อย 2.5-2.7 หน้า 2) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่รับรอง E.029/2560 ณ วันที่ 31 มีนาคม 2560 (ภาคผนวก ข)

2) นำหนังสือรับรองหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อคณะศิษย์แพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูล

3) เตรียมเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

3.1) โครงร่างการวิจัย

3.2) ประวัติผู้วิจัย

3.3) เครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ขออนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามาริบัติ

5) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมงานวิจัยก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้กับผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้เข้าใจว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นความลับและไม่มีผลต่อการรักษา โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคลของผู้ดูแล ไม่มีชื่อผู้ดูแลปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ผู้ดูแลสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือตัวผู้ดูแลแต่อย่างใด ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของ

ผู้ดูแล จะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ เมื่อผู้ดูแลยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้ผู้ดูแลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

### 3.2.2 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลรามาริบัติ เอกสารเลขที่ 2560/820 ในขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เริ่มด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบเวลาตามที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่ได้รับ และผู้วิจัยปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

### 3.3 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) (Burn & Grove, 2001) โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์เข้าเป็นกลุ่มควบคุมก่อน ทำการเก็บข้อมูลจนได้จำนวนทั้งสิ้น 29 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อน เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมแล้ว จึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวนทั้งสิ้น 29 ราย และดำเนินการจับคู่ (Match Pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ที่อาจมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล โดยจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันใน 3 ด้าน

(1) อายุ ของผู้ดูแลผู้ป่วยควรใกล้เคียงกัน แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการจัดการเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ หรือบุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเองและสังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ทักษะในการดูแลตนเอง เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ สอดคล้องกับ สุขกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสิฏุมิ และสุกัญญา เลาหรัตนานิรัญ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นระดับสติปัญญาจะเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้พลังความสามารถในการควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง การใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา เพื่อประมวลความคิดอย่างมีเหตุในการตัดสินใจปฏิบัติกรดูแลตนเองลดลงตามไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเรียนรู้จะเริ่มลดลงเมื่ออายุ ประมาณ 40-50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป จะเริ่มเรียนรู้ได้ยากขึ้น เช่นเดียวกับ Chriss, et al. (2004) พบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละด้าน อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ ยกเว้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน และมา ตรวจตามนัดที่อยู่ในเกณฑ์ดีและดีมาก ตามลำดับ

(2) เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคลเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต้องการดูแลทั้งหมดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สัมปัญญา (2539) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากเพศชาย เนื่องจากเมื่อมีการเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีการดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่และต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้านในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ส่วนเพศชายได้รับการดูแลสุขภาพจากเพศหญิง และการศึกษาของ Palank (1991) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

(3) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้จัก การตัดสินใจ หรือพิจารณาเรื่องราวต่างๆ พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาแหล่งความรู้และข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ทักษะและทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลนำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป เช่นเดียวกับ สุกิจ ทองพิลา, นิตติยา น้อยสีภูมิ และ สุกัญญา เลาหรัตนศิริ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี อาจเนื่องจากระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งผลให้พร่องความรู้ในการปฏิบัติตน

เมื่อได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้ว ได้วิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนทำการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อตรวจสอบความคลาดเคลื่อนในด้านความลำเอียงตั้งแต่ก่อนทำการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

(1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย แผนการสอนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับผู้ดูแล และแผ่นพับ (ภาคผนวก ค)

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ภาคผนวก ค)

(3) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทำงานทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมและแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล

**3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ได้แก่ คู่มือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารวิชาการ รายงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) สรุปเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม นำมากำหนดสาระสำคัญให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีสาระสำคัญตามกระบวนการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Bandura (1997) และแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Galvin & et al. (2000) มี 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างคุณค่า เพื่อส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ กิจกรรมนี้ประกอบด้วย การสนทนา การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดแสดงความคิดเห็นหรือระบายความรู้สึก สอบถามข้อมูลในเรื่องที่สงสัยหรือบอกเล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัวการอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกริดก้างวล ลดความเครียด เข้าใจปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (เป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์) มีการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและสอบถามความพร้อมในการ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมนี้จะทำทุกครั้งที่พบผู้ดูแลแล้วจึงเริ่มกิจกรรมถัดไป เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อม พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และร่วมกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลรับ

ฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นและเลือกตัดสินใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และนัดผู้ดูแลในการเรียนรู้และร่วมทำกิจกรรมที่ 2 ในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความมั่นใจ ประกอบด้วย การสนทนา การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวหรือผู้ดูแล พยายามให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ สนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะโดยผู้วิจัยสอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ พร้อมกับลงมือฝึกทำกิจกรรม จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจด้วยการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงและได้ฝึกทักษะการดูแลที่ถูกต้อง มีการให้ผู้ดูแลทบทวนประสบการณ์เดิมที่ได้ฝึกปฏิบัติจริงแล้วนั้น พร้อมกับให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และแผ่นพับที่มีภาพประกอบเนื้อหาที่ชัดเจนเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถนำกลับไปอ่านที่บ้านได้ ทำให้เข้าใจและจดจำได้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้กำลังใจ หลังจากที่พูดคุยทักทายผู้ดูแลแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติไปแล้ว เมื่อผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยกล่าวชมผู้ดูแล และพูดเสริมหากผู้ดูแลทำได้พร้อมทั้งให้กำลังใจ และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (ต่อ) ผู้วิจัยพูดชื่นชมเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ พูดให้กำลังใจ เมื่อมีอุปสรรคปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล เมื่อผู้ดูแลได้ฝึกทักษะครบทุกกิจกรรมแล้ว พยายามประเมินทักษะของผู้ดูแล และประเมินผลการดูแลร่วมกับผู้ดูแล ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3) ทำแผนการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างโดยการทบทวนจากตำรา เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 8 กิจกรรม ดังนี้ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การดูแลแผลเจาะคอ การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การทำแผล การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการดูแลด้านจิตใจ ในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีปฏิบัติ กิจกรรมการสอน และการประเมินผล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะการดูแล โดยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะกิจกรรมละ 2 ครั้ง เรียนรู้เทคนิคการดูแลต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย วิธีการให้อาหารทางสายยาง การดูแลการขับถ่าย การจัดท่านอน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การเคลื่อนไหวกายของข้อ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล ตลอดจนมีการประเมินผลย้อนกลับ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละคนอาจจะได้รับการสอนสาธิตและฝึกทักษะไม่ครบทั้ง 8 กิจกรรม เนื่องจากการฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติของผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกันขึ้นกับตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น บาดเจ็บสมองซีกหน้า (Anterior Cerebral Hemisphere) หรือพรีฟรอนทอล (Prefrontal Area) ผู้ป่วยมีความบกพร่องของการพูดจา พูดได้แต่จับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม บริเวณโบรคา (Broca)

ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่เห็นหรือสิ่งที่ผู้อื่นพูด แต่ไม่สามารถพูดหรืออธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (Wantana, 2003 ; Silver et. al., 2005) บริเวณลิมบิก (Limbic System) เกิดปัญหาด้านความจำและการลืม หากเกิดความผิดปกติที่ Orbitofrontal Area ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับกระบวนการคิดของการตัดสินใจและความคิดสร้างสรรค์ หากสมองส่วนนี้ได้รับบาดเจ็บจะทำให้มีความผิดปกติของกระบวนการคิด อาจมีพฤติกรรมแสดงออกต่อสังคมไม่เหมาะสม เป็นต้น

4) พัฒนาแผ่นพับ ซึ่งถือเป็นตัวแบบในรูปแบบของสัญลักษณ์อย่างหนึ่ง (Symbolic Modeling) ผู้วิจัยได้สร้างแผ่นพับสำหรับกิจกรรมการดูแลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ พร้อมกับรูปภาพประกอบ เพื่อต่อการเข้าใจ การจำและการนำไปใช้ ได้แก่ การทำแผล การดูแลแผลเจาะคอ การดูแลเสมหะ การให้อาหารสายยาง เป็นต้น

5) ออกแบบกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ในการให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะการดูแลในแต่ละกิจกรรม จะมีกระบวนการ 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.1) การดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยจะพบผู้ดูแลเพื่อให้ข้อมูลความรู้ สอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเจ็บที่ศีรษะ อย่างน้อยคนละ 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 – 90 นาที ผู้ดูแลแต่ละคนจะได้รับการสอนกิจกรรมการดูแลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย การสอน การฝึกทักษะทุกครั้งจะมีกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างคุณค่าเพื่อส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (ครั้งแรกที่พบกับผู้ดูแลใช้เวลา 60 นาที ) ได้แก่ การสนทนา การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม (4 ครั้ง) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดแสดงความคิดเห็นหรือระบายความรู้สึก สอบถามข้อมูลในเรื่องที่สงสัยหรือบอกเล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัวการอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกริดก้างวล ลดความเครียด เข้าใจปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (เป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์) ส่วนผู้วิจัยจะบอกข้อมูลให้ผู้ดูแลต้องการทราบ ให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อคลายความวิตกกังวลพร้อมกับให้กำลังใจแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล กิจกรรมนี้จะทำทุกครั้งที่พบผู้ดูแลแล้วจึงเริ่มกิจกรรมถัดไป พยาบาลจะพูดคุยอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้กำลังใจครอบครัวและสอบถามความพร้อมในการ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อม พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้โดยพยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

พยาบาลรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ดูแลเสนอข้อมูลและเลือกตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และนัดผู้ดูแลในการเรียนรู้และร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความมั่นใจ (ใช้เวลา 90 นาที) พยาบาลให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ สนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะ โดยผู้วิจัยสอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย วิธีการให้อาหารสายยาง (ถ้ามี) การดูดเสมหะ การทำแผล การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ การให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ พร้อมกับลงมือฝึกทำกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจด้วยการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และได้ฝึกทักษะการดูแลที่ถูกต้อง มีการให้ผู้ดูแลทบทวนประสบการณ์เดิมที่ได้ฝึกปฏิบัติจริงแล้วนั้น พร้อมกับให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผ่นพับ เรื่อง การดูดเสมหะในปากและท่อหลอดลมคอ การทำแผล การให้อาหารสายยาง แผ่นพับนี้มีภาพประกอบเนื้อหาที่ชัดเจนเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถนำกลับไปอ่านที่บ้านได้ ทำให้เข้าใจและจดจำได้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้กำลังใจ (ใช้เวลา 60 นาที) หลังจากที่พูดคุยทักทายผู้ดูแลแล้ว ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติไปแล้ว เมื่อผู้ดูแลทบทวนกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยถามชมผู้ดูแล และพูดเสริมหากผู้ดูแลจำไม่ได้พร้อมทั้งให้กำลังใจ และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (ต่อ) ผู้วิจัยพูดชื่นชมเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ พูดให้กำลังใจ เมื่อมีอุปสรรคปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล (ใช้เวลา 60 นาที) เมื่อผู้ดูแลได้ฝึกทักษะครบทุกกิจกรรมแล้วพยาบาลประเมินทักษะของผู้ดูแลและประเมินผลการดูแลร่วมกับผู้ดูแล ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post test)

## 5.2) สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่

5.2.1) คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้า จากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดช่องปากและฟัน การสระผม การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ 2) การกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย 3) การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการดื่มน้ำ 4) การดูแลการขับถ่าย 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 6) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย บริหารกล้ามเนื้อแขนและขา 7) การสื่อสาร 8) การดูแลด้านจิตใจ 9) การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม 10) อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

5.2.2) แผ่นพับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เรื่อง การให้อาหารสายยาง การทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะทางจมูก ปากและท่อเจาะคอ



**1.2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไข จากอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งพร 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลรามาริบัติ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Item Content Valid Index หรือ ICVI) และปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Valid Index ) โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญประเมินให้ความคิดเห็นสอดคล้อง / สอดคล้องมาก (3 หรือ 4)}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี การศึกษาวิจัยนี้คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hungler, 1999; อ้างใน อารีวรรณ อ่วมธานี, 2554)

## 2) การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลหลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการนำแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ในโรงพยาบาลรามาริบัติ แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 (ค่าต่ำสุดที่ยอมรับสำหรับเครื่องมือใหม่ คือ 0.70) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

## 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่าง 29 คนแรก จัดเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ และกลุ่มตัวอย่าง 29 คนหลัง จัดเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการวางแผน

จำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 3.5.1 ระยะเตรียมการทดลอง

1) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขอใช้สถานที่ในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย ได้รับคำชี้แจง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยนำเนื้อหาโครงร่างวิจัย การวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาอธิบาย ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ เพื่อให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย คือ ช่วยดำเนินการเก็บรวบรวมแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

3) ผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นรายบุคคล โดยพูดคุย แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามารินทร์

### 3.5.2 ระยะดำเนินการวิจัย มีวิธีการดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1.1) หลังจากได้รับการยินยอมจากญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดญาติผู้ดูแลอีกครั้งก่อนจำหน่าย

1.2) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะได้รับบริการพยาบาลจากพยาบาลประจำการตามปกติ และเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ

1.3) ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะญาติผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test)

2) ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1) หลังจากได้รับการยินยอมจากญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test)

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

2.2) ผู้วิจัยสนทนากับผู้ดูแลเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ดูแล มีการแนะนำตัว พูดคุย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1** กิจกรรมการสร้างคุณค่า เพื่อส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ (ใช้เวลา 60 นาที) สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมการสร้างคุณค่านี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว พูดคุย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็น หรือ ระบายความรู้สึก

(2) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลที่สงสัยหรือ บอกเล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัว อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความความรู้สึกริดก้างวลลดความเครียด เข้าใจปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

(3) ผู้วิจัยบอกข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการทราบ ให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลควรจะเรียนรู้หรือฝึกทักษะ เพื่อคลายความวิตกกังวลพร้อมกับให้กำลังใจแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล

(4) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาการดูแล กำหนดเป้าหมาย วางแผนการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลควรฝึกทักษะเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

(5) ผู้วิจัยถามความพร้อมของผู้ดูแลในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยและนัดหมายในครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 2** กิจกรรมการสร้างเชื่อมั่น (ใช้เวลา 90 นาที) สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมประกอบด้วย

(1) แผนการสอนการฝึกทักษะการดูแล และแผ่นพับ

(2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

(3) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม

(4) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล

กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมประสบการณ์ มีการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูดจูงใจ การแสดงความคิดเห็นในการตัดสินใจ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสอบถามความพร้อม

(2) ผู้ดูแลเล่าความรู้สึก หรือปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับการดูแล

(3) ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำต่างๆ ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ดูแล

(4) ผู้วิจัยสอน สาธิตทักษะการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารสายยาง การจัดท่านอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ การสวมเสื้อผ้า การฝึกเดิน การดูดเสมหะ การบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา หรือฝึกการกระตุ้นให้ใช้แขน ขาข้างที่อ่อนแรง เป็นต้น พร้อมกับแจกแผ่นพับแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปทบทวนที่บ้าน (ผู้ดูแลแต่ละคนจะได้รับการสอนสาธิตและฝึกทักษะที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละคน)

(5) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยหรือแสดงความคิดเห็น และตอบข้อสงสัยต่างๆ

(6) ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล และกล่าวชื่นชมเมื่อทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ พร้อมทั้งนัดหมายผู้ดูแลในครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 3** กิจกรรมการให้กำลังใจ (ใช้เวลา 60 นาที) สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย

- (1) แผนการสอนการฝึกทักษะการดูแล และแผ่นพับ
- (2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- (3) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม
- (4) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล

กิจกรรมนี้ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสร้างเสริมประสบการณ์ การพุดจูงใจ การตัดสินใจ และการเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ตัวแบบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) การสนทนา เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลและสอบถามความพร้อม  
 (2) ผู้ดูแลเล่าความรู้สึกร หรือแสดงความคิดเห็นหรืออุปสรรคต่างๆ  
 (3) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

(4) ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ดูแล

(5) ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ได้สอน สาธิต และฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล เมื่อครั้งที่แล้ว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงสิ่งที่ได้ฝึกทักษะไปเมื่อครั้งที่แล้ว กล่าวชื่นชมหากผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ที่ฝึกได้และพุดเสริมในสิ่งที่ผู้ดูแลเล่าไม่ครอบคลุม

(6) ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำต่างๆ ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ดูแล

(7) ผู้วิจัยสอน สาธิตทักษะการดูแล และสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน เพิ่มเติมหรือฝึกทักษะกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินย้อนกลับด้วยการทวนสอบ

(8) ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ดูแลที่ทำกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ

(9) ผู้ดูแลถามข้อสงสัยหรือแสดงความคิดเห็นและผู้วิจัยตอบข้อสงสัยต่างๆ

(10) ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนการทำกิจกรรมอย่างกระชับ พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลทุกคน กล่าวชื่นชมเมื่อทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ และนัดหมายผู้ดูแลในครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 4** กิจกรรมการประเมินผล (ใช้เวลา 60 - 90 นาที) สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมประกอบด้วย

(1) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม

(2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล

(3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล

ภายในกิจกรรมนี้ จะมีการใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ การการทบทวนประสบการณ์ การสื่อสารเชิงใจ การตัดสินใจ และการทบทวนประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ผู้วิจัยทักทาย พูดคุย ถามความรู้สึกและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

(2) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าความรู้สึก หรือปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา

(3) ผู้วิจัยกล่าวคำชมเพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

(4) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะและลงมือปฏิบัติ

(5) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการดูแล

(6) ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

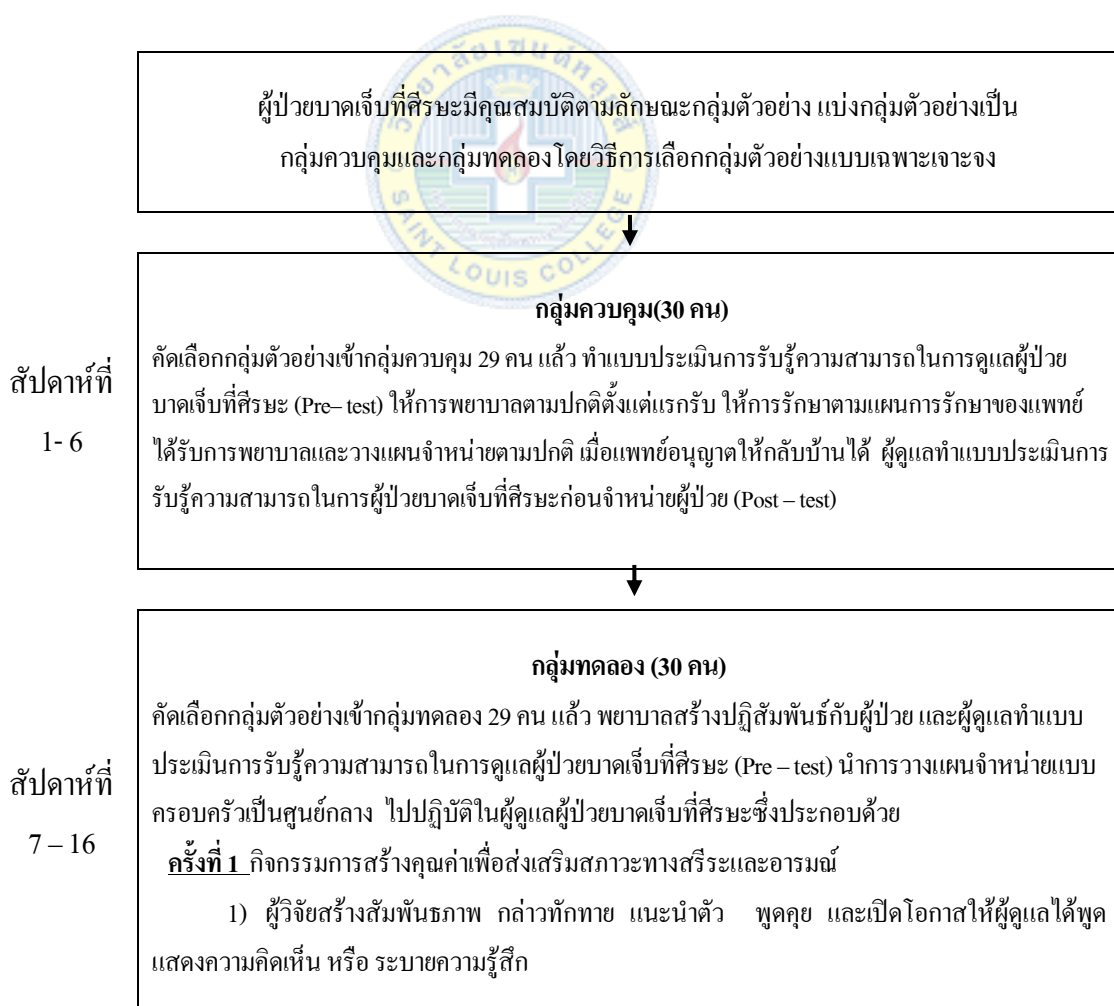
การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

2) ทดสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t test (ภาคผนวก ง)

- 3) คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนทดลองและหลังทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
- 5) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent - t test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบในข้อ 6
- 6) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent - t test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### 3.7 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

สัปดาห์ที่  
7 – 16  
(ต่อ)

- 2) ผู้วิจัยถามผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลที่สงสัยหรือ บอกเล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกริดกักกังวล ลดความเครียด เข้าใจ ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่
  - 3) ผู้วิจัยบอกข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการทราบ ให้ข้อมูลคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลควรจะเรียนรู้หรือฝึกทักษะ เพื่อคลายความวิตกกังวลพร้อมกับให้กำลังใจแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล
  - 4) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาการดูแล กำหนดเป้าหมาย วางแผนการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันรวมทั้งกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลควรฝึกทักษะเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
  - 5) ผู้วิจัยถามความพร้อมของผู้ดูแลในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยและนัดหมายในครั้งต่อไป
- ครั้งที่ 2** กิจกรรมการสร้างเชื่อมั่น
- 1) การสนทนา เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและสอบถามความพร้อม
  - 2) ผู้ดูแลเล่าความรู้สึก หรือแสดงความคิดเห็น
  - 3) ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ดูแล
  - 4) ผู้วิจัยสอน สาธิตทักษะการดูแล และสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแปรงฟัน การให้อาหารสายยาง การจัดท่านอน เพื่อป้องกันแผลกดทับ การสวมเสื้อผ้า การเดิน การดูแลเสมหะ การบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา หรือฝึกการกระตุ้นให้ใช้แขนขาข้างที่อ่อนแรง เป็นต้น พร้อมกับแจกแผ่นพับแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปทบทวนที่บ้าน (ผู้ดูแลแต่ละคนจะได้รับการสอนสาธิตและฝึกทักษะที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ละคน)
  - 5) ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล และกล่าวชื่นชมเมื่อทำกิจกรรมนั้นๆ สำเร็จ พร้อมทั้งนัดหมายผู้ดูแลในครั้งต่อไป
- ครั้งที่ 3** กิจกรรมการให้กำลังใจ
- 1) การสนทนา เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและสอบถามความพร้อม
  - 2) ผู้ดูแลเล่าความรู้สึก หรือแสดงความคิดเห็นหรืออุปสรรคต่าง ๆ
  - 3) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย
  - 4) ผู้ดูแลร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ดูแล
  - 5) ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ได้สอน สาธิต และฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล เมื่อครั้งที่แล้ว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าสิ่งที่ได้ฝึกทักษะไปเมื่อครั้งที่แล้ว และกล่าวชื่นชมหากผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ที่ฝึกได้ หรือผู้วิจัยพูดเสริมในสิ่งที่ผู้ดูแลเล่าไม่ครอบคลุม
  - 6) ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจของผู้ดูแล

### สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

สัปดาห์ที่  
7 – 16  
(ต่อ)

7) ผู้วิจัยสอน สาธิตทักษะการดูแล และสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน เพิ่มเติมหรือฝึกทักษะกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินย้อนกลับด้วยการทวนสอบ

8) ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้สำเร็จ

9) ผู้ดูแลถามข้อสงสัยหรือแสดงความคิดเห็นและผู้วิจัยตอบข้อสงสัยต่าง ๆ

10) ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนการทำกิจกรรมอย่างกระชับพร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลทุกคน และกล่าวชื่นชมเพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และนัดหมายผู้ดูแลในครั้งต่อไป

#### ครั้งที่ 4 กิจกรรมการประเมินผล

มีการใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ การทบทวนประสบการณ์ การสื่อสารสูงใจ การตัดสินใจ และการทบทวนประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยทักทาย พุดคุย ถามความรู้สึกและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย
- 2) ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้ผู้ดูแลเล่าความรู้สึก หรือปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา
- 3) ผู้วิจัยกล่าวคำชมเพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
- 4) ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแล ได้ฝึกทักษะและลงมือปฏิบัติ
- 5) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการดูแล
- 6) ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ภาพที่ 6 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ ดำเนินการในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งเป็นสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยข้อ 2

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>				
ชาย	5	17.24	4	13.79
หญิง	24	82.76	25	86.21
<b>2. อายุ (ปี)</b>				
20 - 25	2	6.90	2	6.90
26 - 30	4	13.79	3	10.35
31 - 35	4	13.79	4	13.79
36 - 40	3	10.35	4	13.79
41 - 45	4	13.79	5	17.24
46 - 50	5	17.24	4	13.79
51 - 55	4	13.79	3	10.35
56 - 60	3	10.35	4	13.79
<b>3. ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	1	3.45	1	3.45
มัธยมศึกษา	5	17.24	5	17.24
ปวส. / ปวช. / อนุปริญญา	10	34.48	9	31.03
ปริญญา	13	44.83	14	48.28
<b>4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>				
บิดา / มารดา	8	27.58	9	31.03
คู่สมรส	7	24.14	7	24.14
บุตร	7	24.14	6	20.69
พี่ / น้อง	3	10.35	4	13.79
ญาติสายตรง	4	13.79	3	10.35

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคประจำตัว (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพ				
รับจ้าง / พนักงาน	16	55.17	15	51.72
ค้าขาย	7	24.14	9	31.03
แม่บ้าน	6	20.69	5	17.24
6. โรคประจำตัว				
มี	4	13.79	5	17.24
ไม่มี	25	86.21	24	82.76

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 29 คน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.21 เป็นเพศชาย ร้อยละ 13.79 กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.76 เป็นเพศชาย ร้อยละ 17.24 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.24 กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 41-45 ปี มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 17.24 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.83 ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 48.28 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา-มารดา มากที่สุด ร้อยละ 27.58 ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 31.03 รองลงมา คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 24.14 และ บุตรธิดา ร้อยละ 24.14 ในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20.69 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/พนักงาน ร้อยละ 55.17 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 51.72 ในกลุ่มควบคุม

## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยการใช้สถิติ Pair t – test

การรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแล	ก่อนทดลอง $\bar{X}$	หลังทดลอง $\bar{X}$	mean Diff.	Df.	t-value	p-value
1. การดูแลความสะอาด	2.724	4.759	-2.034	28	-26.449	0.00
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.678	4.798	-2.119	28	-29.551	0.00
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	2.961	4.546	-1.585	28	-16.228	0.00
4. การดูแลด้านจิตใจ	3.862	5.086	-1.224	28	-10.422	0.00
<b>โดยรวม</b>	<b>3.056</b>	<b>4.797</b>	<b>-1.741</b>	<b>28</b>	<b>-36.296</b>	<b>0.00</b>

จากตารางที่ 2 แสดงถึง ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.056 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.797 และผลต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ -1.741 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอยู่ 1.741 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วย Pair t – test พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

### ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง ด้วยการใช่วิธี Independent t – test

การรับรู้ความสามารถ ของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$	mean Diff.	Df.	t-value	p-value
1. การดูแลความสะอาด	4.759	2.874	-1.885	28	-28.449	0.00
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.798	2.723	-2.068	28	-29.551	0.00
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.546	3.089	-1.457	28	-16.228	0.00
4. การดูแลด้านจิตใจ	5.086	3.966	-1.121	28	-10.422	0.00
<b>โดยรวม</b>	<b>4.797</b>	<b>3.165</b>	<b>-1.633</b>	<b>28</b>	<b>-36.269</b>	<b>0.00</b>

จากตารางที่ 3 แสดงถึง ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ เท่ากับ 4.797 และ 3.165 ผลต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ -1.633 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอยู่ 1.633 เมื่อนำมาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t – test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งรายด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest Control Group Design) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

#### สมมุติฐานการวิจัย

- 1) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- 2) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาเข้ารับบริการการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงชั้น 9 หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) 9-12 คะแนน ที่มาเข้ารับบริการการรักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงชั้น 9 หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นญาติและพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและแผนการสอนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Coco, et al. (2011)

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน 2561 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยดำเนินกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดของ Galvin, et al. (2000) และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นของตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ในกระบวนการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยสรุป ดังนี้

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ เป็นผู้ดูแลหลัก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ดูแลและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยหรือแสดงความคิดเห็น และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง 29 คนแรก จัดให้เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ หลังจากนั้นได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 29 คน เข้าเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการ Match pair ตามลักษณะ เพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย

#### 1.1) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1.1) ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายตามปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test) หลังจากนั้นทำการนัดหมายครั้งที่ 2 ก่อนกลุ่มควบคุมจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test)

#### 1.1.2) ในกลุ่มทดลอง

(1) หลังจากได้รับการยินยอมจากญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pre-test)

(2) ผู้วิจัยสนทนากับผู้ดูแล เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือผู้ดูแล มีการแนะนำตัว พูดคุย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ทุกครั้งที่ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลจะเริ่มด้วยการกล่าวทักทาย พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและรับฟังปัญหาของแต่ละครอบครัว พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเป็นการสร้างบรรยากาศความหวังดี ทำให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล

เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็น หรือ ระบายความรู้สึก และผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลก่อนทำกิจกรรมต่อไป ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาการดูแล กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแล รวมทั้งกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลควรฝึกทักษะเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการสร้างเสริมประสบการณ์ ผู้วิจัยสอน สาธิต ทักษะการดูแล และสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยหรือแสดงความคิดเห็น และตอบข้อสงสัยต่างๆ ผู้วิจัยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและกล่าวชื่นชมเมื่อทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ พร้อมทั้งนัดหมายผู้ดูแลในครั้งต่อไป กิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ได้สอน สาธิต และฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล เมื่อครั้งที่แล้ว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าสิ่งที่ได้ฝึกทักษะไปเมื่อครั้งที่แล้ว และกล่าวชื่นชมหากผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ที่ฝึกได้ และพูดเสริมในสิ่งที่ผู้ดูแลเล่าไม่ครอบคลุม และสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน เพิ่มเติมหรือฝึกทักษะกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งที่ 2 พร้อมทั้งประเมินย้อนกลับด้วยการทวนสอบกิจกรรมครั้งที่ 4 มีการทบทวนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าความรู้สึก หรือปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และประเมินผลการดูแลร่วมกัน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Post-test)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1) หาค่าความถี่ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Pair t- test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
- 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

## 5.1 สรุปผลการวิจัย

1) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทำการทดลอง ด้วยการ ใช้ Independent t-test พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก ง)

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการให้บริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของกลุ่มทดลอง ด้วยการ ใช้ สถิติ Pair t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (ตารางที่ 2)

3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ ด้วยการ ใช้ สถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

## 5.2 การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

**สมมติฐานข้อที่ 1** การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย (ตารางที่ 2) เมื่อนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 อภิปรายได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เท่ากับ 3.056 (ตารางที่ 2) ซึ่งผู้ดูแลมีความมั่นใจน้อยในการดูแลผู้ป่วยอาจเนื่องมาจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว และวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเช่นเดิมได้หรือไม่ การสร้างความมั่นใจถือเป็นการเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การนำหลักการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Glavin, et al. (2000) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย เริ่มด้วยการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนการดูแลในบทบาทของผู้ดูแล ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวหรือผู้ดูแล สอบถามความพร้อมของผู้ดูแลทุกครั้ง รับฟังค้นหาปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตลอดการให้การดูแล พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ร่วมวางแผนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น พยายามยอมรับในการแสดงความคิดเห็นและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล ส่งผลดีต่อร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้และความตั้งใจ เป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยด้วยการเรียนรู้ สอนสาธิตทักษะการดูแลและร่วมปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งให้แผนพับ คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาพประกอบเนื้อหาสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลสามารถนำไปทบทวนจดจำได้มากขึ้น และผู้ดูแลยังได้รับการฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามคู่มือมีการทบทวนและประเมินผลด้วยการทวนสอบทุกกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติ ทำให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรง มีความเข้าใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับ โสพิศ สุมานิต และคณะ (2554) ได้ใช้ตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ เช่น คู่มือการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีภาพประกอบคำบรรยายสั้นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกทำความเข้าใจทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ตัวแบบเหล่านี้มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ (Bandura, 1986) เช่นเดียวกับ นิชริมา ศรีจันง และคณะ (2553) กล่าวว่า การแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถกลับไปทบทวนที่บ้านได้เอง ส่งผลให้มีความเข้าใจมากขึ้น และเมื่ออ่านซ้ำๆ ก็เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และทุกครั้งที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การพูดคุย การแลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาการดูแลหรือแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีการให้ผู้ดูแลได้ทบทวนประสบการณ์เดิมที่

ได้ฝึกปฏิบัติจริงแล้วนั้น ทำให้เกิดผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับกิจกรรมการดูแลที่กำลังทำอยู่ได้สำเร็จ ผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำศักยภาพของตนเองที่มีอยู่มาใช้ โดยการพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาและอุปสรรค ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้น และเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล โดยการใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ โสพิศ สุมานิต และคณะ (2554) ที่ว่าการพูดคุยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด ด้วยการกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาและอุปสรรค เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแลโดยใช้คำพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Verbal Persuasion) ทำนองเดียวกับ กิจติยา รัตนมณี (2547) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน พบว่าการให้คำชี้แนะตามปัญหา การให้คำชมเชย การพูดสนับสนุนและให้กำลังใจ มีส่วนช่วยให้การรับรู้สมรรถนะและการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลเพิ่มสูงขึ้น จึงเป็นผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

**สมมติฐานข้อที่ 2** การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกะทันหันที่ครอบครัวไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้ครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยอาจจะพิการ ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ความเครียดและวิตกกังวลมาก เป็นความไม่พร้อมทางด้านสรีระและอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การลดความเครียดหรือคลายความวิตกกังวลของครอบครัวเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัว ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากคนในครอบครัว และด้วยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวย่อมมีความรัก ความผูกพันและช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย ประกอบกับครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ ความรักและกำลังใจที่ดีที่สุดของผู้ป่วย (สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2559) ปกติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พยายามมุ่งให้ความสำคัญต่อ

การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อรักษาชีวิตและให้ผู้ป่วยปลอดภัยจึงไม่ได้คำนึงถึงความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลของครอบครัว ซึ่งความรู้สึกลี้กลัว ความเครียดและความวิตกกังวลนั้น เป็นปัจจัยทางลบที่ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง Bandura ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ประกอบด้วย การตระหนักและความเคารพ การมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมการตัดสินใจ และการสนับสนุนครอบครัวในบทบาทผู้ดูแล มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งแนวคิดนี้จะให้ความสำคัญกับครอบครัวและช่วยให้ครอบครัวเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ หากได้รับการเรียนรู้หรือได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการบริการที่ความยืดหยุ่นตามความต้องการของครอบครัว สร้างเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน (Ahmann & Johnson, 2000) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพ การรับฟังปัญหา พยายามให้ข้อมูลที่เป็นจริงตามที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องการ มีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Kuntaros, et al., 2007) เช่นเดียวกับ Cocco, et al. (2011) กล่าวว่า ภายหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว สมาชิกในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุน การฝึกทักษะการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรได้รับจากพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน เทคนิคการสร้างเชื่อมั่น การให้กำลังใจ การดูแลด้านอารมณ์ และข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ

การศึกษานี้ ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยการสร้างบรรยากาศความห่วงใย ความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ผู้วิจัยแนะนำตัว พยายามทักทายมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและรับฟังปัญหาของแต่ละครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างกันในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลบางรายพูดระบายความรู้สึกไม่สบายใจออกมาและเป็นกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม และหลายรายรู้สึกกลัวว่าจะดูแลไม่ได้เนื่องจากไม่มีความรู้และไม่เคยทำมาก่อน ผู้วิจัยรับฟังข้อมูลจากผู้ดูแลพร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลและให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่เรื่องยากหากผู้ดูแลเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลและร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจ และพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมา ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของผู้ดูแลทุกครั้งที่พบกับผู้ดูแลพร้อมกับสอบถามปัญหาอุปสรรคของครอบครัวและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแลลดลง เมื่อผู้ดูแลรู้สึกสบายใจมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย สอดคล้องกับ นิชธิมา ศรีจันทร์ และคณะ (2553) พบว่า การประเมินความพร้อมของผู้ดูแล รับฟังปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นรวมถึงให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม

มีส่วนช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มากขึ้นส่งผลดีต่อร่างกายและจิตใจ เกิดการเรียนรู้และความตั้งใจ เป็นวิธีการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ และแนวคิดทฤษฎีของ Bandura (1997) ที่ว่าเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ (เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล) ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ผู้วิจัยได้ทำกิจกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพนี้ทุกครั้งที่พบกับผู้ดูแล เป็นการสร้างความไว้วางใจ และเป็นบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ด้วยการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้นและสามารถรับข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น (Arango-Lasprilla & et al., 2010) ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่อาจมุ่งเน้นที่การให้ข้อมูลมากกว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นในการประเมินปัญหาความต้องการทางสุขภาพ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแล การตัดสินใจและทำกิจกรรมการดูแลพื้นฐานแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแต่ละราย การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วยการบริหารแขน ขา โดยผู้วิจัยสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะต่างๆ ในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งมีการประเมินย้อนกลับ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่างๆ ได้สำเร็จและพูดให้กำลังใจเมื่อพบปัญหาอุปสรรค เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้น สอดคล้องกับ โสพิศ สุมานิต และคณะ (2554) ที่ว่า การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด ด้วยการกล่าวชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาและอุปสรรค เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความพยายามมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีภาพประกอบเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลสามารถนำกลับไปทบทวนวิธีการดูแลให้จดจำได้มากขึ้น และได้รับการฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามคู่มือ สอดคล้องกับ โสพิศ สุมานิต และคณะ (2554) ที่ใช้ตัวแบบในรูปของสัญลักษณ์ เช่น คู่มือการดูแลผู้ป่วย มีภาพประกอบคำบรรยายสั้นๆ ง่ายต่อการทำความเข้าใจทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ตัวแบบเหล่านี้มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ (Bandura, 1986) และทุกครั้งที่นัดพบกับผู้ดูแลจะมีการทบทวนวิธีการดูแลที่ได้ร่วมปฏิบัติไปแล้วซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลเอง ทำให้เกิดผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจว่าสามารถดูแลและจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ศีรษะเพิ่มขึ้นทุกด้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยความมั่นใจ สอดคล้องกับ นิธิมา ศรีจางง และคณะ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยใช้วิธีการสอนและสาธิตให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับประสบการณ์

จากการดูแลโดยตรง มีการทบทวนให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความมั่นใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลทั้งด้านทักษะการดูแลและด้านจิตใจ อารมณ์ด้วยการลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าสามารถดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่การวางแผนจำหน่ายแบบปกติมุ่งเน้นการให้ข้อมูลมากกว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูล อีกทั้งการสอนหรือการร่วมทำกิจกรรมการดูแลก่อนจำหน่ายยังไม่ทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เพียงพอ สอดคล้องกับ สรณี อักษรกวน (2551) พบว่าการจัดให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้ การรับรู้สมรรถนะและการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น และพัชรี หมั่นกล้าหาญ (2545) ที่ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความพึงพอใจในบริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ การส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง การใช้คำพูดชกแจง จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นผลให้การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้นและสูงกว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของกลุ่มควบคุม

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

- 1) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลหรือผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากเวลาจำกัด จึงควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อกิจกรรมที่จัดให้ในการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และควรมีการติดตามปัญหา/อุปสรรคของผู้ดูแลภายหลังจำหน่าย เพื่อนำมาพัฒนาการวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมถึงผู้ดูแล
- 2) ควรส่งเสริมให้มีการนำแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาพัฒนาบริการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตเฉียบพลันและเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
- 3) งานวิจัยต่อไป ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายงานวิจัยแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

## บรรณานุกรม

- กฤษดา แสงวดี, ชีรพร สติรอังกูร, และเรวดี ศิรินคร. (2539). *แนวทางการวางแผนผู้ป่วย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
นนทบุรี: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กนกพร นทีชนสมบัติ, ดวงใจ ลิมตโสภณ, แสงทอง เลิศประเสริฐพงษ์, และวนิดา มกรกิจวิบูลย์.  
(2550). การรับรู้ของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. *วารสาร  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 15(3). 1-15.
- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2539). *แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิจติยา รัตนมณี. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุม  
น้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการใช้  
พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับ  
ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข  
ศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทพร วีรทองดี. (2548). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและ  
การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โคมพิไล นันทรักษา. (2557). HI Nursing Outcome : Emergency Through Rehabilitation. (บทความ  
วิชาการ). *Srinagarind Med Journal*, 29(Suppl), 37-38.
- ชนัญชิตา โปธิประสาธ. (2547). *พฤติกรรมดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่  
ศีรษะ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่).  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ช่อลดา พันธุเสนา, และทัศนีย์ สุวรรณเทพ. (2543). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่อง  
ท้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 20(2). 154-167.

เดือนฤทัย แซ่โล้ว. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล  
ต่อความพึงพอใจในการบริการพยาบาลและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กป่วย โรค  
อูจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การบริหารการพยาบาล). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพพาวร ตั้งอำนาจ. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการ  
ตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ประสงค์กิตติคุณ. (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสภาการ  
พยาบาล. 16(3). 1–12.

นครชัย เพื่อนปฐม. (2541). บาดเจ็บที่ศีรษะ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.

นิชริมา ศรีจางง, ทัศนีย์ รวีวรกุล, สุนีย์ ละกะปิ่น, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2553). ผลของโปรแกรมการ  
ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.  
วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 26(1). 28-43.

นิภาวรรณ สามารถกิจ, และจันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการ  
ที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา. 6(3). 40–54.

นิภาวรรณ สามารถกิจ, และสุภาภรณ์ ค้างแพง. (2544). ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย  
และครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 9(1). 11-31.

บังเอิญ ทองสมนึก. (2551). การศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ  
ดูแลผู้ป่วยเฝ้าที่บ้าน ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เขตอำเภอหนอง  
หญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. (การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:  
กรุงเทพฯ: ยูเอสดอทไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการ  
ปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประณีต ส่วงวัฒนา. (2555). กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 4(2). 102–114.
- พนิดา แซ่เตีย. (2543). *โครงการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย*. (การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลกแรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรณิภา เอื้อเบญจพล. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ไม่รู้สึกตัว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี หมื่นกล้าหาญ. (2545). *ผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไพรวลัย พรหมที. (2548). *การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น*. (การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พูลสุข จันทรโคตร. (2556). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 31(3). 186–194.
- มาฆะ กิตติธรรกุล. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 32(2). 173–188.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาชิปติพยาบาลสาร*. 2(1). 84–93.

- ยวรรณา หวังกิริติกานต์, อัสพร สารสุวรรณ และเพ็ญฉาย เลิศสุภวงค์. (2557). ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 29(1). 1–11.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2008). *แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม Clinical Practice Guidelines in Surgery* สาขา : *ประสาทศัลยศาสตร์ เรื่อง บาดเจ็บที่ศีรษะ*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย.
- รุจา ภูโพนุลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิเจ พริ้นติ้ง.
- รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, อรพรรณ โตสิงห์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 29(1). 18–25.
- รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ. (2559). ผลกระทบภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 27(1). 103–111.
- รัชณี นามจันทร์. (2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : รูปแบบบริการสุขภาพที่ท้าทาย. *วารสารสภาการพยาบาล*. 24(1). 5–10.
- วรรณภา พุทธประสาธ. (2546). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับความพึงพอใจและผลการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). คณะศิลปศาสตรมหาวิทาลัยธรรมศาสตร์.
- วันดี โตสุขศรี. (2539). *ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียดและภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเลือดคั่ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, และอุษาวดี อัสครวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.

- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). ทักษะการของผู้ดูแล. *วารสารทางวิชาการของสมาคมพยาบาลวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย*. 4(3). 39-42.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2534). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วิสิฏสิน.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2548). การบริหารจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง *การดูแลอย่างต่อเนื่อง : มิติแห่งครอบครัวเป็นศูนย์กลาง*. จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วันที่ 13-14 มกราคม 2548 ณ โรงแรมเอส ดี อเวนิว, กรุงเทพฯ.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). ทฤษฎีและเทคนิค : การปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรณี อักษรกวน. (2551). ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(1). 81-95.
- สุกิจ ทองพิลา, นิตติยาน้อยสีภูมิ, และ สุกัญญา เลหารัตนศิริ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 22(2). 75-84.
- สุภา ดันตวิสุทธิ, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และศศิธร ศิริกุล. (2554). ประสิทธิภาพของนักพัฒนาระบบการพยาบาลการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 29(3). 5-14.
- สุมาลี สวัสดิ์ดิโนนาท, วิภา แซ่เซี่ย, และประณีต ส่งวัฒนา. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 5(2). 1-13.

- สุริยา พองเกิด, ศุภรา หิমানันโต, และสืบตระกูล ดันตลานุกูล (2559). การพยาบาลที่เน้นครอบครัว เป็นศูนย์กลาง : จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี*. 27(เพิ่มเติม). 170-178.
- ไสว นรสาร, และพิรญา ไสไหม. (2559). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โครงการ ดำรารามชิบตี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิบตี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสพิศ สุมานิต, เรณู พุกบุญมี, เสริมศรี สันตติ, และศรีสมร ภูมณสกุล. (2554). ผลของการเสริมสร้าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของ ผู้ดูแล. *รามชิบตีพยาบาลสาร*. 17(1). 63– 74.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนปี 2556*. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2558. จากเว็บไซต์ : <http://www.thaincd.com/document/file/info/injured/สถานการณ์อุบัติเหตุปี56.pdf>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนปี พ.ศ. 2557*. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2558. จากเว็บไซต์ : [http://www.thaincd.com/document/file/info/injured/สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนปีพ.ศ. 2557.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/injured/สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนปีพ.ศ.2557.pdf)
- หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงใน กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- องค์การอนามัยโลก. (2013). *Global Status Report on Road Safety*. Switzerland: World Health Organization. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2558. จากเว็บไซต์ : [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/).
- อรทัย โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรอนงค์ สัมพัญญ. (2539). *การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร คำภักดี. (2546). *การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น*. (การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด, หทัยชนก บัวเจริญ, และรัชนี นามจันทร์. (2552). การศึกษาการดูแลต่อเนืองที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก. *วารสาร มฉก. วิชาการ*. 13(5). 41-58.
- Ahmann, E. (1994). Family-centered care: Shifting orientation. *Pediatric Nursing*, 20(2). 113-117.
- Ahmann, E., & Johnson, B. H. (2000). Family-centered care: Facing the new millennium. Interview by Elizabeth Ahmann. *Pediatric Nursing*, 26(1). 87-90.
- Arango-Lasprilla, J. C., Quijano, M. C., Aponte, M., Teresa, C., Nicholl, E., Rogers, H. L., & Kreutzer, J. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia. South America. *Brain Injury*, 24(7-8). 1017-1026.
- Armitage, S. K., & Kavanagh, K. M. (1995). Continuity of care: discharge planning and community nurses. *Contemporary Nurse*, 4(4). 148-155.
- Ashwill, J. W., & Droske, S. C. (1997). *Nursing care of children: Principle and practice*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2). 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Barker, E. (2002). *Neuroscience Nursery : A Spectrum of Care*. (2<sup>nd</sup> ed.). St.Louis: Mosby.

- Barker, E., & Blank-Reid, C. L. (2002). Neurotrauma : Traumatic Brain Injury. In Barker, E. (Eds.). *Neuroscience Nursing: A Spectrum of Care*. (2<sup>nd</sup> ed.). St.Louis: Mosby.
- Betz, N. E. (1992). Counseling uses of career self-efficacy theory. *The Career Development Quarterly*. 41(1). 22-26.
- Bruce, B., & Ritchie, J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric nursing*. 12(4). 214-222.
- Carers, U. K. (2002). *Adding value : Carers as drivers of social change*. London: Carers.
- Chriss, P. M., Sheposh, J., Carlson, B., & Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & lung : The Journal of Critical Care*. 33(6). 345-353.
- Coco, K., Tossavainen, K., Jaaskelainen, J. E., & Turunen, H., (2011). Support for Traumatic Brain Injury Patients' Family Members in Neurosurgical Nursing : A Systematic Review. *Journal of The American Association of Neuroscience Nurses*. 43(6). 337-348.
- Cummings, J. L., & Trimble, M. R. (2002). *Concise guide to neuropsychiatry and behavioral neurology*. (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: America psychiatric.
- Curtiss, G., Klemz, S., & Vanderploeg, R. D. (2000). Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 15(5). 1113-1122.
- Erb, J. K., (1997). Discharge planning. In Harris, M. D. (Ed). *Handbook of home health care administration*. (2<sup>nd</sup> ed.). (pp.427-445). Gaithersburg: An Aspen Publication.
- Faruggio, B. (1993). The challenge of discharge planning. *The Journal of Nursing Administration*. 23(4). 40.
- Froman, R. D., & Owen, S. V. (1989). Infant care self-efficacy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 3(3). 199-211; discussion 213-215.
- Frye, B. (1987). Perspective : Head injury and the family : Related literature. *Rehabilitation Nursing*. 12(3). 135-136.

- Fujimoto S. T., Longhi L., Saatman K. E., Conte V., Stocchetti N., & McIntosh, T. K. (2004). Motor and cognitive function evaluation following experimental traumatic brain injury. *Neuroscience and Biobehavior Reviews*. 28(4). 365-378.
- Galvin, E., Boyers, L., Schwartz, P. K., Jones, M. W., Mooney, P., Warwick J., & Davis, J. (2000). Challenging the percepts of family-centered care: Testing a philosophy. *Pediatric Nursing*. 26(6). 625-632.
- Granacher, R. P. (2003). *Traumatic Brain Injury: Method for Clinical and Forensic Neuropsychiatric Assessment*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Henneman, A. E., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care : A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*. 22(6). 12-19.
- Hickey, J. V. (2009). *The Clinical Practice of Neurological & Neurosurgical Nursing*. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hickey, J. V. (2014). *The Clinical Practice of Neurological & Neurosurgical Nursing*. (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Johnson, B. H. (2000). Family-Centered Care: Four decades of progress. *Families, Systems, & Health*, 18(2). 133-156.
- Kennedy, M. R., & Coelho, C. (2005). Self – regulation after traumatic brain injury: A framework for intervention of memory and problem solving. *Seminar in Speech and Language*. 26(4). 242-255. doi: 10.1055/s-2005-922103.
- Kreutzer, J. S., Jennifer Harris Marwitz, J. H., & Kepler, K. (1992). Traumatic brain injury: Family response and outcome. *Archives of Physical Medication Rehabilitation*. 73(8). 771-778.
- Kuntaros S. Prasopkittikun T., Wichiencharoen K., & Staworn D. (2007). Effect of family-centered Care on self-efficacy in participatory involvement in child care and satisfaction of mother in PICU. *Thai Journal of Nursing Research*. 11(3). 203-213.
- Kurylo, M. F., Elliott, T. R., & Shewchuk, R. M. (2001). Focus on the family caregiver : A problem-solving training intervention. *Journal of Counseling and Development*. 79(3). 275-281.

- Lam, P., & Beaulieu, M. (2004). Experiences of families in the neurological ICU: A "bedside phenomenon". *Journal of The American Association of Neuroscience Nurses*. 36(3). 142-146, 151-155.
- Lowenstein, A. J., & Hoff, P. S. (1994). Discharge planning a study of nursing staff involvement. *Journal of Nursing Administration*. 24(4). 45-50.
- Marchette, L., & Holloman, F. (1986). Length of stay: Significant variables. *The Journal of Nursing Administration*. 13(3). 12-19.
- McClelland, E., Kelly, K., & Buckwalter, K. C. (1985). *Continuing of care : Advancing the concept of discharge planning*. Orlando, London: Grune & Stratton.
- McGinley, S., Baus, E., Gyza, K., Johnson, K., Lipton, S., Magee, M. C., Moore, F, & Wojtyak, D. (1996). Multidisciplinary discharge planning : Developing a process. *Nursing Management*. 27(10). 55–60.
- Mckeehan, K. M. (1981). *Continuing care: A multidisciplinary approach to discharge planning*. St.Louis: The C.V. Mosby.
- McNair, N. D. (1999). Traumatic brain injury. *The Nursing Clinics of North America*. 34(3). 367–359.
- McShane, S. L., & Von Glinow, M. A. (2003). *Organizational behavior : Emerging realities for the workplace revolution*. (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill Irwin.
- Mitchell, T. R. Hopper, H., Daniels, D., George-Falvy, J., & James, L. R. (1994). Predicting self-efficacy and performance during skill acquisition. *Journal of Applied Psychology*. 79(4). 506-517.
- Nelson, J. E., Kinjo, K., Meier, D. E., Ahmad, K., & Morrison, R. S. (2005). When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families. *Journal of Critical Care*. 20(1). 79-89.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6<sup>th</sup> ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior: A review of current research. *The Nursing Clinics of North America*. 26(4). 815-832.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3<sup>rd</sup> ed.). Stamford, Conn: Appleton and Lange.

- Rimel, R. W., Giordani, B., Barth, J. T., & Jane, J. A. (1981). Disability Caused by Minor Head Injury. *Neurosurgery*. 9(3), 221–228.
- Roden, W. J. & Taft, E. (1990). *Discharge planning guide for nurse*. Philadelphia: W.B. Saunders .
- Ross, F., & Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary health care: policy into practice*. New York: Psychology Press.
- Salmond, C.H., & Sahakian, B.J. (2005). Cognitive Outcome in Traumatic Brain Injury Survivors. *Current Opinion Critical Care*. 11(2), 111–116.
- Silver, J. M., McAllister, T. W., & Yudofsky, S. C. (2005). *Textbook of Traumatic Brain Injury*. Washington, DC: American Psychiatric.
- Teasdale, G., and Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 2(7872),81-84.
- Tella, A., & Ayeni, C. O. (2006). The impact of self-efficacy and prior computer experience on the creativity of new librarians in selected Universities Libraries in Southwest Nigeria. *Library Philosophy and Practice*. (e-journal). 8(2). 1-12.
- The European Federation of Neurological Societies. (2002). EFNS guideline on mild traumatic brain injury. Retrieved from [http://www.eaneurology.org/.../EFNS\\_guideline\\_2002\\_mild\\_traumatic\\_....](http://www.eaneurology.org/.../EFNS_guideline_2002_mild_traumatic_....)
- Tyerman, A., & Booth, J. (2001). Family interventions after traumatic brain injury : A service example. *Neuro Rehabilitation*. 16(1), 59-66.
- Wantana, C. (2003). *Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain injury*. Unpublished Master's Thesis. Mahidol University.
- Warden, D. L., Salazar, A. M., Martin, E. M., Schwab, K. A., Coyle, M. & Walter, J. (2000). A Home Program of Rehabilitation for Moderately Severe Traumatic Brain Injury Patients. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 15(5). 1092-1102.

World health organization. (2006). Highlight on health in United Kingdom 2004. *Health status*.

Retrieved: September 17, 2007. From: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103617/E88530.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103617/E88530.pdf)

World Health Organization. (2013). *Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action*. Switzerland: World Health Organization.



## ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล
 

การศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
  
2. นางสุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก
 

การศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	หัวหน้าหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ โรงพยาบาลรามาธิบดี
  
3. นางสาวปริญญา ไทยแท้
 

การศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และ  
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง





**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yananawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

**หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย**

<b>โครงการวิจัยเรื่อง</b>	ผลของการจัดบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
<b>นักวิจัย</b>	นางสาวชลิตา เกิดภิรมย์
<b>สังกัดหน่วยงาน</b>	นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
<b>เลขที่รับรอง</b>	E. 029/2560

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ โดยได้ผ่านการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์แบบเร่งรัดเรียบร้อยแล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2560

(ดร.สุนทรี จากจกจอน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๕๐๐  
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐


Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.  
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand  
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๘๒๐

ชื่อโครงการ	ผลของการจัดบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๑-๖๐-๗๓ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวชลิดา เกิดภิรมย์
สถานศึกษา	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม	
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ)
วันที่รับรอง	๑๙ มกราคม ๒๕๖๑
ระยะเวลาในการศึกษา	๔ เดือน

**หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ  
(Informed Consent Form)**

ชื่อโครงการ ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถ  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชลิดา เกศภิรมย์

ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

อายุ.....เลขที่เวชระเบียน.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้ทราบ  
รายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่าง  
ชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่า  
ถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วม  
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บ  
ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การ  
เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผล  
ทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่  
อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้วิจัย)

วันที่.....

**เอกสารชี้แจงข้อมูล / คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย**  
(Patient / Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการ** ผลของการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (EFFECTS OF USING DISCHARGE PLANNING WITH FAMILY CENTERED ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF CAREGIVER IN TRAUMATIC BRAIN INJURY PATIENTS)

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวชลิตา เกิดภิรมย์

**สถานที่ปฏิบัติงาน** โรงพยาบาลรามาริบัติ จักรีนฤบดินทร์

**โทรศัพท์เคลื่อนที่** 0880002018

**สถานที่วิจัย** หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิง ชั้น 9 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาริบัติ

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

**ความเป็นมาของโครงการ**

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก แม้ว่ารัฐบาลแต่ละประเทศจะกำหนดนโยบายทางสาธารณสุขเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว แต่จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองกลับเพิ่มขึ้นทุกปี (รุ่งนภา เขียวช่อ, 2559) องค์การอนามัยโลก (Global Status Report on Road Safety, 2013) จากสถิติกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557) พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2555 – 2557 ประชากรที่ได้รับอุบัติเหตุมีอัตราการตาย 21.88, 22.89 และ 23.16 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะมักพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี หรืออาจกล่าวได้ว่าการบาดเจ็บสมองเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควร อุบัติเหตุเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ประสบเหตุได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองถึงร้อยละ 62.95 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาที่ตามมา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองมีภาวะวิกฤตเฉียบพลันตามมาด้วยภาวะเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติด้านการพูด การขยับถ่าย การเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายมีท่อเจาะคอหากผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องก็สามารถกลับเข้าสู่ระยะวิกฤตใหม่ด้วยภาวะแทรกซ้อนและเป็นปัญหาของการกลับมารักษาซ้ำ (พูลสุข จันทรโคตร, 2556) การดูแลไม่ได้สิ้นสุดที่โรงพยาบาลต้องมีการดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน ซึ่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับการเตรียมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จากการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะยาว พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลไม่ถูกวิธีหรือตัดสินใจแก้ปัญหาไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการล้มลุกอาหารทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบและกลับเข้าสู่ภาวะวิกฤตอีกครั้ง จากเหตุการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า

ผู้ดูแลขาดการส่งเสริมให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องสามารถทำได้โดย พยายามต้องเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมให้มากที่สุดเพื่อให้ได้เรียนรู้วิธีการดูแลจนเกิดทักษะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น ผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายก็มีสภาพปัญหาการดูแลที่แตกต่างกัน พยายามต้องประเมินปัญหาเชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยแต่ละราย และบริบทของแต่ละครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลตลอดกระบวนการดูแล มีการให้เกียรติและยอมรับในความคิด การกระทำและการตัดสินใจของผู้ดูแล มีการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลโดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง เกิดการเรียนรู้จากอุปสรรคที่อาจพบขณะทำกิจกรรมการดูแลเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน นั่นคือการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล

### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการวางแผนจำหน่ายแบบปกติ

### กระบวนการวิจัยที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในงานวิจัยนี้จะคัดเลือกและแบ่งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 58 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 คน

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาล คำแนะนำและการวางแผนจำหน่ายจากพยาบาลในหอผู้ป่วยตามปกติ และตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะพบผู้ดูแลเพื่อให้ข้อมูลความรู้ สอนและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างน้อยคนละ 4 ครั้ง แต่ครั้งใช้เวลา 60 – 90 นาที โดยทำกิจกรรม ดังต่อไปนี้

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างคุณค่าเพื่อส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม เปิด

โอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดแสดงความคิดเห็น สอบถามข้อมูลในเรื่องที่สงสัยหรือบอกล่าปัญหาหรือความต้องการของครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกริดก้างวล ลดความเครียด เข้าใจปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ส่วนผู้วิจัยจะบอกข้อมูลให้ผู้ดูแลต้องการทราบ ให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ เป็นรายบุคคลพร้อมกับให้กำลังใจแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล (กิจกรรมนี้จะทำทุกครั้งที่พบผู้ดูแล) และสอบถามความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลมีความพร้อม ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินร่วมกันวางแผนการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยรับฟังและให้ความสนใจในสิ่งที่ผู้ดูแลเสนอข้อมูลและเลือกตัดสินใจ และนัดผู้ดูแลในการเรียนรู้และร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป

**กิจกรรมที่ 2** การสร้างความมั่นใจ (ใช้เวลา 90 นาที) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย สอบถามความพร้อมของผู้ดูแลและให้ข้อมูลคำแนะนำต่าง ๆ สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะได้รับการฝึกทักษะโดยผู้วิจัยสอนสาธิตและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และข้อมูลคำแนะนำต่าง ๆ พร้อมกับลงมือร่วมฝึกทำกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจด้วยการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงและได้ฝึกทักษะการดูแลที่ถูกต้อง มีการให้ผู้ดูแลทบทวนประสบการณ์เดิมที่ได้ฝึกปฏิบัติจริงแล้วนั้น พร้อมกับให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผ่นพับ

**กิจกรรมที่ 3** การให้กำลังใจ (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุย สอบถามความพร้อมของผู้ดูแลและให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ หลังจากทีพูดคุยทักทายผู้ดูแลแล้ว ผู้ดูแลพูดทบทวนขั้นตอนของกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติไปแล้ว ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ดูแล และพูดเสริมหากผู้ดูแลจำไม่ได้พร้อมทั้งให้กำลังใจ และร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (ต่อ)

**กิจกรรมที่ 4** การประเมินผล (ใช้เวลา 60 นาที) เมื่อผู้ดูแลได้ฝึกทักษะครบทุกกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยประเมินทักษะของผู้ดูแล และประเมินผลการดูแลร่วมกับผู้ดูแล ประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

#### **ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย**

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อปริญญา ซึ่งจะนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางการจัดบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ หากมีความเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านสามารถหยุดพักและให้ความเป็นอิสระในการส่งแบบสอบถาม

### การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับ

การวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับและใช้ในการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะถูกวิเคราะห์และรายงานในภาพรวม การนำเสนอผลการศึกษาในวารสารวิชาการหรือในที่ประชุมจะไม่มี การระบุชื่อของท่าน



ภาคผนวก ค

(ตัวอย่าง) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



## แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

## สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อ หรือเติมข้อความ หรือตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านลงในช่องว่าง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. สถานภาพสมรส
 

( ) โสด	( ) คู่
( ) หม้าย	( ) หย่า / แยกกันอยู่
4. อาชีพ
 

( ) ทำนา / ทำไร่	( ) รับราชการ
( ) รับจ้าง	( ) กำลังศึกษา
( ) ค้าขาย	( ) อื่น ๆ .....
5. การศึกษา
 

( ) ประถมศึกษา	( ) มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3
( ) มัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6	( ) ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา
( )ปริญญาตรี	( )ปริญญาโท ขึ้นไป
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 

( ) บิดา	( ) มารดา
( ) สามี	( ) ภรรยา
( ) บุตร	( ) พี่น้อง
( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....	



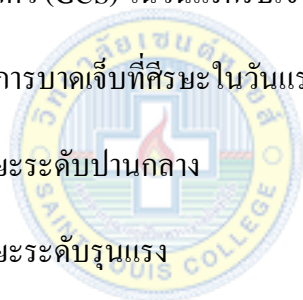
ลำดับที่ .....

## แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

## สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงใน ( ) หน้าข้อ หรือเติมข้อความ หรือตัวเลขที่ตรงกับความเป็นจริง  
ของท่านลงในช่องว่าง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ชนิดของการบาดเจ็บที่ศีรษะ .....
4. คะแนนระดับความรู้สีกตัว (GCS) ในวันแรกรับเข้ารักษา .....
5. ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะในวันแรกรับเข้ารักษา
  - ( ) บาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง
  - ( ) บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

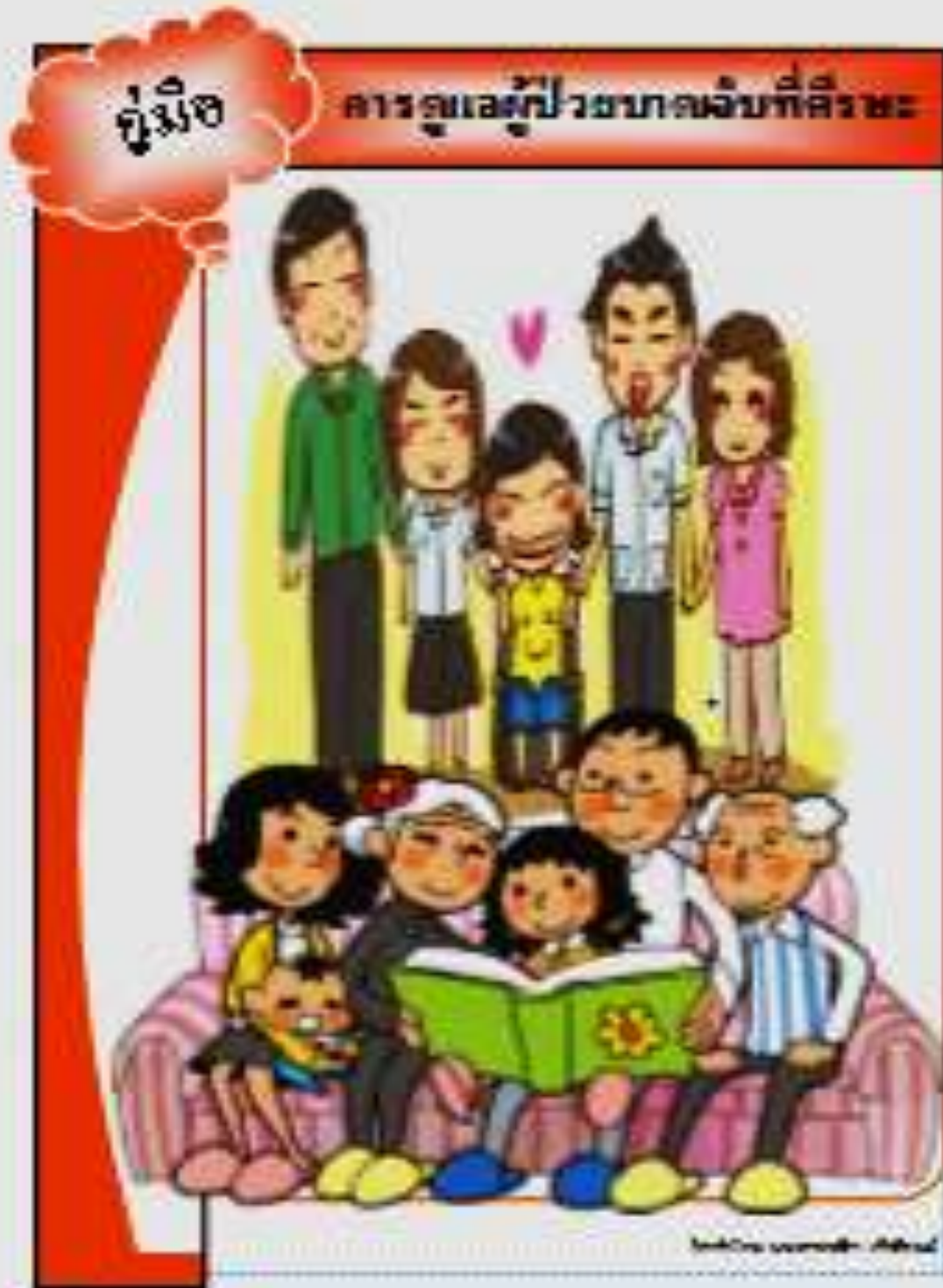


### แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดและพิจารณาว่า ท่านมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ตรงกับความเชื่อมั่นในข้อความนั้นมากน้อยเพียงใด

โดยทำเครื่องหมาย X บนตัวเลขที่ตรงกับความเชื่อมั่นของท่าน ตั้งแต่ระดับความเชื่อมั่นต่ำที่สุดซึ่งจะตรงกับตัวเลข 1 ไปจนถึงระดับความเชื่อมั่นสูงที่สุดซึ่งจะตรงกับตัวเลข 10

ข้อความ											
1. ท่านมั่นใจในการทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย											
ไม่มั่นใจ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มั่นใจมากที่สุด
2. ท่านมั่นใจในการทำความสะอาดช่องปาก ฟันและเหงือกของผู้ป่วย											
ไม่มั่นใจ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มั่นใจมากที่สุด
3. ท่านมั่นใจในการทำความสะอาดหลังการขับถ่ายให้แก่ผู้ป่วย											
ไม่มั่นใจ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มั่นใจมากที่สุด
24. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าที่สามารถดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บ											
ไม่มั่นใจ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มั่นใจมากที่สุด
25. ประสบการณ์ที่ท่านได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการนี้ ทำให้ท่านมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย											
ไม่มั่นใจ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	มั่นใจมากที่สุด



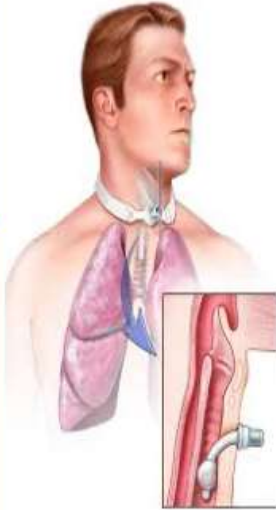
# แผ่นพับ

การใส่สายทางทวารหนัก  
**Nasogastric tube Feeding**




สิทธิโชค นามธรรมเลิศศิลป์

การดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ  
**Suctioning in Tracheostomy Tube**



จิตพิไล นามธรรมเลิศศิลป์


การดูดเสมหะหลอดและทางปาก  
**Tracheal and Oropharyngeal suctioning**



สิทธิโชค นามธรรมเลิศศิลป์



การใส่สายท่อเจาะคอ  
**Silence Tube**



สิทธิโชค นามธรรมเลิศศิลป์

การทำความสะอาดแผล  
**Dressing Wound**



สิทธิโชค นามธรรมเลิศศิลป์

## แผนการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สำหรับผู้ดูแล

แผนการสอนทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง ประกอบด้วย

(1) การดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

- แผนการสอน ชุดที่ 1 การดูแลความสะอาดร่างกาย ช่องปากและการดูแลการขับถ่าย

- แผนการสอน ชุดที่ 2 การให้อาหารทางปาก

(2) การดูแลอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วย ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- แผนการสอน ชุดที่ 3 การให้อาหารทางสายยาง

- แผนการสอน ชุดที่ 4 การดูแลเสมหะ

- แผนการสอน ชุดที่ 5 การดูแลท่อเจาะคอ วิธีทำความสะอาดท่อเจาะคอ

- แผนการสอน ชุดที่ 6 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- แผนการสอน ชุดที่ 7 การทำแผล

(3) การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

- แผนการสอน ชุดที่ 8 การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

(4) การดูแลด้านจิตใจ

- แผนการสอน ชุดที่ 9 การดูแลด้านจิตใจ

การสอนทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกัน ขึ้นกับสภาพผู้ป่วยและความต้องการการดูแลต่อเนื่องตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลผู้ทำการสอนควรเลือกแผนการดูแลตามสภาพของกลุ่มผู้ป่วย

## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 1

#### การทำความสะอาดร่างกาย

การทำความสะอาดร่างกาย เป็นการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่สำคัญ เป็นการช่วยป้องกันและการแพร่กระจายของเชื้อโรคอีกด้วย การทำความสะอาดร่างกายยังช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่คนรอบข้างได้อีกด้วย การทำความสะอาดร่างกาย ประกอบด้วย

- การทำความสะอาดปากและฟัน
- การเช็ดตัว
- การทำความสะอาดหลังขั้วบ่า



#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสะอาด
2. เพื่อความสบายของผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบวิธีการทำความสะอาดร่างกาย
2. เพื่อลดช่องทางการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- สามารถเตรียมอุปกรณ์ของใช้สำหรับทำความสะอาดช่องปากได้ครบ</p> <p>- สามารถทำความสะอาดช่องปากและฟันได้</p>	<p><b>1. การทำความสะอาดปากฟัน</b> เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ปากที่ไม่สะอาดนอกจากจะทำให้เกิดกลิ่นปากแล้วยังทำให้เกิดฟันผุตามมาจึงต้องทำความสะอาดของปากและฟัน</p> <p>1.1 ในผู้ป่วยทุกๆไป ใช้วิธีแปรงฟัน หรือ บ้วนปากเป็นการจัดเศษอาหารและเชื้อโรคภายในช่องปาก ที่เป็นสาเหตุให้เกิด ฟันผุ เหงือกอักเสบหรือโรคในช่องปาก</p> <p>1.2 ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้บ้าง ควรแปรงฟันอย่างถูกวิธีหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอนผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันเอง โดยจัดให้ผู้ป่วยนั่ง คอชิด ฟันเช็ดตัวคลุมหน้าอก บีบยาสีฟันใส่แปรง นำแก้วนํ้าและกระโถน หรือ กะละมังขนาดเล็กๆ มาให้บ้วนปากและกระตุ้นให้แปรงฟันให้ถูกวิธี หลังแปรงฟันบ้วนน้ำล้างปากให้สะอาด ให้ผู้ป่วยเช็ดปากให้แห้ง แล้วทาริมฝีปากด้วยวาสลีนเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้ง</p> <p>1.3 ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ เตรียมเครื่องใช้ที่จำเป็น ประกอบด้วย นํ้ายาบ้วนปากหรือนํ้าเกลือ แก้วนํ้า 3 ใบ สำหรับใส่ยาสีฟันสะอาด นํ้ายาบ้วนปากและขันใส่นํ้าสะอาด ปากคิบบมีเขี้ยว 1 อัน ถ้าไม่มีใช้ไม้พันสำลีก้านยาว 4-5 อัน ผ้าก๊อชหรือผ้าขาวบาง ซามรูปไตหรือกะละมังพลาสติกขนาดเล็ก ลูกสูบยางแดงหรือกระบอกฉีดขนาด 10 ซีซี</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- สอนสาธิตข้างเตียง</p> <p>- การทวนสอบ</p>	<p>อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก</p> <p>- ยาสีฟัน แปรงสีฟัน</p> <p>- แก้วนํ้า</p> <p>- กระโถนใบเล็ก</p> <p>- ผ้าเช็ดตัว</p>	<p>ผู้ดูแลสนใจฟัง</p> <p>สามารถบอกถึงวิธีการทำความสะอาดช่องปากและปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 80</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>ขั้นตอนการปฏิบัติ เลือกวิธีปฏิบัติตามสภาพของผู้ป่วย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมของเครื่องใช้ไปที่เตียงผู้ป่วยให้พร้อม (รวมทั้งเครื่องใช้ในการเช็ดตัวผู้ป่วย เสื้อผ้าผู้ป่วย ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และชุดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และไม่เสียเวลาเดินกลับไปกลับมา)</li> <li>2. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำความสะอาดให้แล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวก็ตาม</li> <li>3. เลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียง และตะแคงหน้ามาหาผู้ดูแล คลี่ผ้าเช็ดตัวคลุมบนหน้าอกและหมอน ด้านที่จะทำความสะอาดให้ แล้ววางซามูรูปโต หรือ กระดาษพลาสติกเล็กรองใต้คาง เพื่อรองรับน้ำที่ล้างปาก</li> <li>4. เทน้ำยาล้างปากใส่ไม้พันสำลีที่อยู่ในแก้วน้ำให้ชุ่มเล็กน้อย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้อ้าปาก ถ้าไม่รู้สึกตัว ผู้ดูแลใช้มือซ้ายค้ำคางผู้ป่วยลง เพื่อให้ผู้ป่วยอ้าปาก ใช้ปากคีบคีบสำลีที่ชุบน้ำยาล้างปากบีบสำลีให้หมาด แล้วเช็ดในปาก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม ฟัน ลิ้น ทำซ้ำจนสะอาด การค้ำคางให้แน่นเพื่อป้องกันสำลิตกลงไปอุดหลอดลม</li> <li>5. จัดเศษอาหารที่ร่องฟัน ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ใช้แปรงสีฟันเด็กชนิดขนแปรงอ่อนใส่ยาสีฟันให้ผู้ป่วยอ้าปาก ผู้ดูแลแปรงฟันให้ ตามร่องฟันทุกซี่ เสร็จแล้วให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำล้างปาก</li> </ol>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยสะอาดและสุขสบาย</p>	<p>6. ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรหรือช่วยอ้าปากได้น้อย ใช้กระบอกฉีดยาคุณน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากเจือจางพอประมาณ แล้วบีบน้ำยาเข้าไปข้างในคางน้อยให้น้ำยาไหลลงชามรูปไตแล้วใช้ลูกสูบยาง หรือกระบอกฉีดยา คุณน้ำออกจากปากให้หมด การใช้ใช้น้ำน้อย เพื่อป้องกันผู้ป่วยสำลักน้ำเข้าไปในหลอดลม เพราะผู้ป่วยไม่สามารถบ้วนออกมาเองได้</p> <p>7. เช็ดปากผู้ป่วยให้แห้ง ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน หรือลิปสติคชนิดมัน เพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งแตก</p> <p>8. เลื่อนตัวผู้ป่วยไปนอนกลางเตียง จัดท่าผู้ป่วยให้นอนในท่าที่สุขสบาย</p> <p>9. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดเก็บเข้าที่</p> <p>ในกรณีที่จะต้องเช็ดตัวผู้ป่วยต่ออย่าไม่ต้องทำความสะอาดเครื่องใช้ทันทีให้ยกเครื่องใช้อุปกรณ์ทั้งหมดออกจากโต๊ะข้างเตียง ผู้ดูแลไปล้างมือให้สะอาดเพื่อกลับมาเช็ดตัวผู้ป่วย</p> <p>การเช็ดตัวผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เตรียมอุปกรณ์ประกอบด้วย กะละมัง 1 ใบ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 2 ผืน ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน สบู่ แป้ง เสื้อผ้า</li> <li>2. วิธีปฏิบัติ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ปิดพัดลมและเครื่องปรับอากาศขณะเช็ดตัว</li> </ol> </li> </ol>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2.2 นำกะละมังและเครื่องใช้ต่างๆ มาไว้ข้างเตียงผู้ป่วย</p> <p>2.3 เลื่อนตัวผู้ป่วยให้ชิดริมเตียงข้างที่ผู้ดูแลยืนอยู่</p> <p>2.4 ถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยออก ใช้ผ้าเช็ดตัวปิดแทน เปิดเฉพาะส่วนที่จะเช็ด</p> <p>2.5 ใช้มือจุ่มในน้ำเพื่อทดสอบว่าน้ำไม่ร้อนหรือไม่เย็นเกินไป</p> <p>2.6 นำผ้าเช็ดตัวผืนเล็กผืนที่ 1 ชุบน้ำบิดพอหมาดพันรอบมือและเก็บชายผ้าให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันชายผ้าสะบัดไปมาเวลาถูผิวหนังผู้ป่วย เริ่มเช็ดตาผู้ป่วย ทีละข้าง โดยเช็ดจากหัวตาไปหางตาที่ตาทั้งสองข้าง</p> <p>2.7 บีบผ้าพอหมาด แล้วพันรอบมือเหมือนเดิม เช็ดให้ทั่วใบหน้า หูทั้งสองข้าง จมูก คอลำคอทั้งด้านหน้า ด้านข้างและด้านหลัง และใช้ผ้าอีกผืนชุบน้ำพอหมาด ฟอกสบู่ เช็ดให้ทั่วและเช็ดด้วยน้ำจืดสะอาดและซับให้แห้ง</p> <p>2.8 เช็ดช่วงอกและหน้าท้องด้วยวิธีเดียวกันจนสะอาด ซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ</p> <p>2.9 เช็ดแขนด้านที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วยด้วยน้ำสบู่และเช็ดด้วยน้ำจืดสะอาด ซับให้แห้ง</p> <p>2.10 เช็ดแขนด้านที่อยู่ไกลตัวด้วยวิธีเดียวกันเสร็จแล้วเช็ดมือในกะละมัง ฟอกและล้างมือให้สะอาด ซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ</p> <p>2.11 เช็ดขาด้านที่อยู่ใกล้ตัวแล้วจึงเช็ดข้างที่อยู่ไกลตัวด้วยวิธีเดียวกัน เสร็จแล้วแช่เท้าในกะละมัง ฟอกและล้างเท้าให้สะอาดซับให้แห้งแล้วเปลี่ยนน้ำ</p>	<p>- สาธิต และฝึกปฏิบัติ</p> <p>- การทวนสอบ</p>	<p>- อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย</p> <p>- กะละมัง</p> <p>- ผ้าขนหนูผืนเล็ก</p> <p>- ผ้าเช็ดตัว</p> <p>- สบู่ แป้ง เสื้อผ้า</p>	<p>- เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดครบ</p> <p>- ปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงาน</p> <p>ความสะอาดได้ครบร้อยละ 80</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2.12. ผู้ดูแลเดินกลับไปด้านตรงข้าม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ดูแล ใช้ผ้าเช็ดตัวปูแนบหลังผู้ป่วย จนถึงคอเพื่อป้องกันการเปียกน้ำ เช็ดหลังจนถึงคอด้วยน้ำสบู่อุ่นตามด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง เสร็จแล้ว ทาแป้งควรรวดหลังให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยการไหลเวียนเลือดและป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>2.13. ให้ผู้ป่วยนอนหงายและทาแป้ง ใ้เสื้อและกางเกง หวีผมให้เรียบร้อย</p> <p>2.14. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย</p> <p>2.15. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและผึ่งแดดให้แห้ง</p> <p>2.16. ถูาเล็บมือ เล็บเท้ายาวควรตัดเล็บหลังจากเช็ดตัวเสร็จแล้ว</p> <p>ในกรณีที่ผู้ป่วยมีบาดแผลให้หลีกเลี่ยงการเช็ดบริเวณบาดแผลนั้น และหากผู้ป่วยมีเลือดออกจากทางจมูก ทางหู ท่านสามารถเช็ดคราบเลือดที่แห้งนั้นให้สะอาด แต่ห้ามใช้ ผ้าหรือไม้พันสำลีอุดไว้ เพราะจะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้</p> <p><b>หมายเหตุ</b> ควรให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะก่อนเช็ดตัวหรืออาบน้ำ เพื่อความสะดวกและจะได้ไม่ต้องเสียเวลาหลายครั้ง</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- สามารถทำความสะอาดหลังจับถ่าย สะอาดหลังจับถ่าย ได้</p>	<p><b>การทำมาสะอาดหลังจับถ่าย</b></p> <p><b>การชำระล้างทวาร</b> ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระบนเตียงควรล้างทวารโดยการใช้ หม้อนอนรองก้นไว้ แล้วชำระด้วยน้ำและสบู่ ใช้คีมคีบสำลีเช็ดบริเวณทวารแล้ว ล้างด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง</p> <p>กรณีที่ใช้แอมเพซิส หลังจับถ่ายให้เลื่อนแอมเพซิสส่วนที่เลอะออกมาให้ บริเวณก้นผู้ป่วยไม่ไปสัมผัสกับอุจจาระหรือปัสสาวะ แล้วใช้สำลีม้วนชุบน้ำ เช็ดบริเวณก้นที่เปราะอุจจาระออกให้หมด จากนั้นฟอกสบู่ที่ทวารจนสะอาด แล้วจึงใช้สำลีม้วนชุบน้ำเช็ดครบสบู่ออกให้หมด ดึงแอมเพซิสออกทิ้งถุงขยะ แยก ซับให้แห้ง</p> <p>การชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื่อบบบทางเดินปัสสาวะอาจเกิดขึ้น ได้ในผู้ที่ไม่ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทำให้เกิดการติดเชื้อ ได้ จึงควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทุกครั้งที่มีการจับถ่าย ผู้ดูแลควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการจับถ่ายปัสสาวะ โดยจัดทำให้นั่งแล้วสอดหม้อ นอนเมื่อจับถ่ายเสร็จแล้วชำระด้วยน้ำและสบู่ ซับให้แห้ง</p> <p><b>การแต่งตัว</b></p> <p>1. การสวมเสื้อติดกระดุมหน้า ให้ผู้ป่วยลุกนั่ง วางเสื้อไว้บนตักผู้ป่วย สวมแขนข้างที่อ่อนแรงก่อน ดึงแขนเสื้อให้พ้นข้อศอกแล้วเหยียดตัวเสื้อไป ด้านหลัง สวมแขนเสื้อด้านปกติ ติดกระดุมด้วยมือข้างปกติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สอนสาธิต</li> <li>- ฝึกทักษะ</li> <li>- การทวนสอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หม้อนอน</li> <li>- แอมเพซิส (ถ้ามี)</li> <li>- น้ำสะอาด</li> <li>- ถุงสำหรับใส่ของสกปรก</li> <li>- น้ำสบู่</li> <li>- สำลีม้วน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปฏิบัติตามขั้นตอน การทำ ความสะอาด หลังจับถ่ายได้ ร้อยละ 80</li> </ul>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2. การถอดเสื้อที่ติดกระดุมหน้า ใช้มือข้างที่แข็งแรงจับไหล่ด้านที่อ่อนแรงแล้วถอดเสื้อออกจากไหล่ถึงข้อศอก จากนั้นมือด้านที่มีแรงจับตรงกลางขอบเสื้อดึงเสื้อให้หลุดจากไหล่ ยกแขนข้างแข็งแรงให้แขนเสื้อหลุดออกจากตัวแล้วใช้มือดึงเสื้อหลุดออกจากแขน</p> <p>3. การสวมกางเกง ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าข้างเดียว จัดกางเกงให้อยู่ในลักษณะพร้อมใส่ใช้มือแข็งแรงยกขาข้างอ่อนแรงวางทับขาข้างที่แข็งแรง จับรูคางกางเกงให้สั้นสวมขาข้างที่อ่อนแรงก่อน ดึงกางเกงขึ้น สวมขากางเกงข้างที่แข็งแรง ใช้มือดึงกางเกงขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้</p> <p>4. การถอดกางเกง กรณีที่ทรงตัวได้ดี สามารถถอดกางเกงในทำยืน อาจยืนพิงเตียง แล้วใช้มือข้างที่แข็งแรงถอดกางเกง</p> <p>กรณีทางตัวได้ไม่ดี ให้นั่งห้อยเท้าข้างเดียว เอาขาข้างที่อ่อนแรงวางบนขาข้างแข็งแรง แล้วใช้มือดึงกางเกงออกหรือให้ผู้ป่วยนอนหงาย ถอดตะขอ ซิป กระดุม งอเข้า- สะโพก และเท้าข้างแข็งแรงยันตัวขึ้น ใช้มือข้างแข็งแรงดึงกางเกงออก</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สอนสาธิต</li> <li>- ฝึกทักษะ</li> <li>- ทวนสอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสื้อ กางเกง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ดูแลบอกวิธีการแต่งตัวได้ถูกต้องร้อยละ 80</li> </ul>

แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ  
ชุดที่ 2  
การให้อาหารทางปาก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย



วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบเทคนิคการให้อาหารทางปาก
2. เพื่อให้ให้อาหาอย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- ทราบวิธีการจัดทำ ในการให้อาหาร ทางปาก</p>	<p>กรณีที่มีผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เองข ผู้ป่วยต้องมีอุปกรณ์ในการหยิบจับและ รับประทานอาหารได้สะดวก ควรจัดทำให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร</p> <p><b>การจัดท่าขณะรับประทานอาหาร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำนั่ง จัดที่นั่งพื้นเรียบไม่ยืดหยุ่น เท้าวางราบบนพื้น มีอวางบนโต๊ะ ลำตัวอยู่ในท่าสมดุล ไน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย เข่างอ 90 องศา</li> <li>- นอนศีรษะสูง สะโพกและเข่างอเล็กน้อย ก้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย</li> </ul> <p><b>การดูแลในการรับประทานอาหาร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคประจำตัวและสภาพผู้ป่วย ผู้ที่มีปัญหาการกลืน ควรเลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุด เช่น โจ๊กปั่น ข้าวต้ม มันบด หรือข้าวสวย นิ่มๆ ผักต้ม ผลไม้สุก เป็นต้น เมื่อสามารถกลืนได้ดีจึงให้อาหารธรรมดา</li> <li>- ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม่ดูทีวี เพราะจะทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง</li> <li>- จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็น ใช้เวลาในการรับประทานอาหารไม่ควรเร่งผู้ป่วย</li> <li>- หลังรับประทานอาหารควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจให้ใช้หลอดดูดหรือใช้ช้อนป้อนที่ละน้อย</li> <li>- ให้อบอุ่นปากด้วยอาหารที่เหลือค้ำงในกระพุ้งแก้มข้างที่อ่อนแรงออกให้หมดทุกครั้งหลังรับประทานอาหารลดลง</li> </ul>	<p>- บรรยาย</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครูสามารถจัดทำให้อาหารได้ถูกต้อง ร้อยละ 80</li> <li>- ครูสามารถให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง ร้อยละ 80</li> </ul>

## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 3

#### การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก

การให้อาหารทางสายยางเป็นการให้อาหารเหลวผ่านทางสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหาร โดยตรง จะใช้ในผู้ที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง หรือมีปัญหาในการกลืน แพทย์จะใส่สายยางลงไปยังกระเพาะอาหาร โดยตรง เพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ และยา เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย



#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบวิธีการให้อาหารสายยางที่ถูกต้องเทคนิค
2. วิธีการดูแลสายยางสำหรับให้อาหาร
3. สามารถนำความรู้ไปแนะนำบุคคลอื่นได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- ทราบวิธีการจัดทำในการให้อาหารทางปาก</p>	<p>กรณีที่มีผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เองข ผู้ป่วยต้องมีอุปกรณ์ในการหยิบจับและรับประทานอาหารได้สะดวก ควรจัดทำให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร</p> <p><b>การจัดท่าขณะรับประทานอาหาร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำนั่ง จัดที่นั่งพื้นเรียบไม่ยืดหยุ่น เท้าวางราบบนพื้น มีอวางบนโต๊ะ ลำตัวอยู่ในท่าสมดุล ไน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย เข่างอ 90 องศา</li> <li>- นอนศีรษะสูง สะโพกและเข่างอเล็กน้อย ก้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย</li> </ul> <p><b>การดูแลในการรับประทานอาหาร</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคประจำตัวและสภาพผู้ป่วย ผู้ที่มีปัญหาการกลืน ควรเลือกอาหารที่กลืนง่ายที่สุด เช่น โจ๊กปั่น ข้าวต้ม มันบด หรือข้าวสวยนิ่มๆ ผักต้ม ผลไม้สุก เป็นต้น เมื่อสามารถกลืนได้ดีจึงให้อาหารธรรมดา</li> <li>- ลดสิ่งกระตุ้นขณะรับประทานอาหาร เช่น ไม่ดูทีวี เพราะจะทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง</li> <li>- จัดวางอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยมองเห็น ใช้เวลาในการรับประทานอาหารไม่ควรเร่งผู้ป่วย</li> <li>- หลังรับประทานอาหารควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง อาจให้ใช้หลอดดูดหรือใช้ช้อนป้อนที่ละน้อย</li> <li>- ให้อบอุ่นปากด้วยอาหารที่เหลือค้างในกระพุ้งแก้มข้างที่อ่อนแรงออกให้หมดทุกครั้งหลังรับประทานอาหารลดลง</li> </ul>	<p>- บรรยาย</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครูสามารถจัดทำให้อาหารได้ถูกต้อง ร้อยละ 80</li> <li>- ครูสามารถให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้อง ร้อยละ 80</li> </ul>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
- มีความรู้ในการให้อาหารสายยาง	<p><b>การให้อาหารทางสายยาง มี 2 วิธี คือ</b></p> <p>1. การให้อาหารทางสายยางผ่านเข้าทางจมูกผ่านหลอดอาหารและลงสู่กระเพาะอาหาร</p> <p>2. การให้อาหารทางสายยางผ่านทางหน้าท้องสู่กระเพาะอาหาร ในที่นี้จะกล่าวถึง การให้อาหารทางสายผ่านเข้าทางจมูกเท่านั้น เนื่องจากเป็นวิธีใช้กันมากในการให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้) เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางต่อที่บ้านผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมอุปกรณ์การทำอาหาร การให้อาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางต่อที่บ้านผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียม อุปกรณ์การทำอาหาร การให้อาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม</p> <p><b>การเตรียมอุปกรณ์ในการให้อาหาร</b></p>	- บรรยาย		
- ทราบวิธีการเตรียมอุปกรณ์สำหรับให้อาหารทางสายยาง	<p>1. กระบอกให้อาหาร กระบอกทดสอบ เพื่อใช้ต่อกับสายให้อาหาร</p> <p>2. อาหารเหลว เช่น อาหารปั่นผสม ที่ผู้ดูแลจะได้เรียนรู้จากทางโรงพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมกับโรค หรืออาหารประเภทนม หรืออาหารสำเร็จรูป ซึ่งมีขายทั่วไป แต่ควรเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งชนิด ส่วนผสม และจำนวนตามแผนการรักษา</p>	- บรรยาย - สอนสาธิต - ฝึกการเตรียมและให้อาหารทางสายยาง	- ชุดอุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง	- ผู้ดูแลสามารถเตรียมอุปกรณ์สำหรับให้อาหารทางสายยางได้ครบ ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>3. ยานชนิดรับประทาน ถ้าเป็นเม็ดควรละลายในน้ำ หรือถ้าเป็นแคปซูลควรถอดแคปซูลและละลายน้ำ</p> <p>4. น้ำดื่มสะอาด 1 แก้ว หรือประมาณ 50-100 ซีซี</p> <p><b>ขั้นตอนในการให้อาหารทางสายยาง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้ทั้งหมด มาวางข้างเตียงผู้ป่วย</li> <li>2. บอกผู้ป่วยให้ทราบว่า จะให้อาหาร จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา หรือใช้หมอน 2 ใบหนุนบริเวณไหล่จนถึงศีรษะ หรือให้ผู้ปวยนั่ง</li> <li>3. ล้างมือให้สะอาด</li> <li>4. ก่อนให้อาหารทุกครั้งต้องทดสอบว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหาร โดยพับสายอาหารและดึงลูกที่ปิดปลายสายยางออกเพื่อมิให้ลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร จากนั้นใช้กระบอกให้อาหารที่สวมลูกสูบอยู่ ต่อเข้ากับสายยาง และดึงลูกสูบออกมาอย่างช้าๆ</li> </ol> <p>4.1 ถ้ามีอาหาร หรือน้ำย่อย ตามออกมาแสดงว่าสายยางในกระเพาะอาหาร ให้ดูด ออกมาเรื่อยๆ ถ้ามีอาหารเกิน 50-100 ซีซี แสดงว่ามีอาหารเหลือค้างในกระเพาะมากเกินไปให้ดันอาหารนั้นกลับคืนเข้าไปในกระเพาะอย่างช้าๆ และเลื่อนเวลา ออกไปครั้ง -1 ชั่วโมง และทดสอบอีกครั้ง ถ้ามีอาหารเหลือไม่ถึง 50 ซีซี ก็ให้อาหารมือนั้นได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บรรยาย</li> <li>- สอนสาธิต</li> <li>- ฝึกทดลองให้อาหาร</li> </ul>		<p>- ให้อาหารทางสายยางได้ ถูกต้อง ร้อยละ 80</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4.2 ในกรณีที่ดูแล้วไม่มีอาหารออกมาเลย ให้ทำการทดสอบอีกวิธีหนึ่ง โดยใช้กระบอกดูดอากาศประมาณ 20 ซีซี ต่อเข้ากับสายยาง พร้อมกันเอาฝ่ามืออีกด้าน หรือหูแบบบริเวณใต้ชายโครงด้านซ้าย และดันอากาศในกระบอกเข้าไปอย่างรวดเร็ว ถ้ารู้สึกว่ามีลมมากกระทบที่ฝ่ามือหรือได้ยินเสียงลมเข้าไปแสดงว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารจากนั้นให้ดูดลมออก (เท่าที่ดูดได้ก็พอ) และให้อาหารได้ นอกจากนั้นผู้ดูแลควรตรวจดูภายในปากของผู้ป่วยก่อนให้อาหารว่ามีสายให้อาหารม้วนอยู่หรือไม่ ถ้ามีควรดึงออกแล้วใส่ใหม่</p> <p>5. เมื่อทดสอบว่าให้อาหารได้ ให้เอาลูกสูบออกจากกระบอก และต่อกระบอกเข้ากับสายยางใหม่อีกครั้ง</p> <p>6. เทอาหารใส่กระบอกและยกกระบอกขึ้น ปล่อยให้อาหารไหลไปตามสายอย่างช้าๆ เติมอาหารอย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลาในการให้อาหารทั้งหมดอย่างน้อย 15 นาที ไม่ควรให้อาหารไหลเร็วเพราะจะทำให้ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องหรือท้องเสีย</p> <p>7. เมื่ออาหารใกล้หมดให้เติมน้ำและน้ำที่เตรียมไว้ทางกระบอก (ไม่ควรให้ยาทางภาชนะและให้สังเกตว่ามีภาชนะชนิด แฉวน เพราะจะทำให้ยาพิเศษอาหารติดตามสายหรือไม่ถ้ามีควรให้น้ำเพิ่มเพื่อให้สายยางสะอาด จากนั้นให้พับและปิดจุกที่ปลายสายยาง ให้เรียบร้อย</p> <p>8. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง หรือนั่งต่ออีกประมาณครึ่ง – ชั่วโมง</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>ข้อสำคัญในการให้อาหารทางสายยาง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องทดสอบตำแหน่งของสายให้อาหารว่าอยู่ในกระเพาะอาหารทุกครั้ง ถ้าสายเลื่อนออกมา ให้ดึงสายยางกลับเข้าไป และทดสอบใหม่ (ดังข้อ 4.1 หรือ 4.2) ถ้าไม่แน่ใจว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ ควรปรึกษาพยาบาล หรือแพทย์</li> <li>2. ระวังไม่ให้อากาศเข้าสู่กระเพาะอาหารทางสายยางเพราะจะทำให้ผู้ป่วยท้องอืด และไม่สุขสบาย จึงควรพับหรือปิดสายยางทุกครั้งเมื่อไม่ได้ให้อาหารหรือยาแก่ผู้ป่วย</li> <li>3. หลังให้อาหารควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูงหรือนั่งอย่างน้อย ครั้ง - 1 ชั่วโมง</li> <li>4. ขณะให้อาหารถ้าผู้ป่วยไอ ควรหยุดให้อาหาร และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ถ้าอาการ ต่างๆ หายไปก็ให้อาหารต่อได้ แต่ถ้ายังไออยู่มาก หรือมีสำลัก อาเจียน ให้หยุดอาหารมือนั้นและตะแคงหน้าผู้ป่วยไปด้านหนึ่งทันที เพื่อไม่ให้อาหารที่อาเจียนออกมานั้น ไหลลงหลอดลมหลังจากนั้นให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดภายในช่องปากให้สะอาด</li> <li>5. หากเป็นอาหารประเภทนม หรือ อาหารสำเร็จรูปควรใช้ภาชนะใส่อาหาร ชนิดเขวนและมีที่ล็อคสาย เพื่อให้อาหารไหลเป็นหยดช้าๆ ตามที่ต้องการ</li> <li>6. ถ้าอาหารเช่อยู่ในตู้เย็น ก่อนให้ผู้ป่วยควรนำมาอุ่นน้ำอุ่นเพื่อให้อาหารมีอุณหภูมิ เท่ากับอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิของห้องและเป็นการลดความหนืดของอาหาร</li> </ol>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- มีความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับอาหารทางสายยาง</p>	<p><b>อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้อาหารสายยาง</b></p> <p><b>1. ท้องเสีย</b> เนื่องจากให้อาหารเร็วเกินไป อาหารที่ให้อุปกรณ์ที่ใช้ไม่สะอาด อาหารเย็นมาก หรือส่วนผสมของอาหารเข้มข้นมากเกินไป</p> <p><b>วิธีดูแล</b> ควรให้อาหารอย่างช้าๆ อย่างน้อย 15 นาที อาหารสะอาด มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิของห้อง ส่วนผสมตรงตามสูตรที่กำหนดให้ อุปกรณ์ที่ใช้ เช่น กระบอกให้อาหารภาชนะที่ใส่อาหารควรใช้น้ำยาล้างจานล้างให้สะอาดและผึ่งให้แห้งถ้าท้องเสียโดยไม่มีไข้ควรหยุดให้อาหาร 24 ชั่วโมงและให้น้ำเกลือแร่ หรือที่เรียกว่าน้ำเกลือแร่แทนจนกระทั่งหยุดถ่าย ค่อยเริ่มให้ใหม่โดยลดลงครึ่งหนึ่งในแต่ละมื้อ แล้วค่อยๆ เพิ่มจนครบ แต่ในรายที่มีไข้ขึ้นอาจเนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อ ควรหยุดให้อาหารและปรึกษาแพทย์</p> <p><b>2. ท้องผูก</b> เนื่องจากอาหารที่ให้มีความน้อย หรือน้ำที่ให้ไม่เพียงพอ ขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย</p> <p><b>วิธีดูแล</b> ควรให้น้ำประมาณ ลิตรครึ่ง – 2 ลิตร/วัน (ถ้าไม่จำกัดน้ำ) โดยแบ่งให้หลังอาหาร และระหว่างมื้ออาหาร หรือให้น้ำผลไม้ เช่น ส้ม มะละกอสุก ซึ่งต้องกรองเอากากออกเพื่อไม่ให้สายอาหารตัน และควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้น</p>	<p>- บรรยาย</p>		<p>- ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีดูแลเมื่อประสงค์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 80</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>3. ปวดบวม</b> เนื่องจากการสำลักอาหาร เสมหะ หรือน้ำลาย</p> <p><b>วิธีดูแล</b> ก่อนให้อาหารควรตรวจสอบว่าให้อาหารอยู่ในกระเพาะหรือไม่ และถ้ามีเสมหะ หรือน้ำลายมากให้เช็ดและล้างเอาเสมหะ หรือน้ำลายออกให้หมด ก่อนที่จะให้อาหารหากผู้ป่วยมีไข้ขึ้น ชีพจร หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ฯลฯ ควรรีบปรึกษาแพทย์</p> <p><b>4. ขาดสารอาหาร</b> เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารตามปริมาณ และเวลาที่กำหนด</p> <p><b>วิธีดูแล</b> ควรให้อาหารให้ถูกต้องตามปริมาณที่กำหนดให้และประเมินว่าผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่อาหารเพียงพอหรือไม่ โดยดูจากน้ำหนัก หรือรูปร่างของผู้ป่วย</p> <p><b>5. ปากแห้งหรือมีกลิ่นปาก</b> เนื่องจากไม่ได้ทำความสะอาดภายในช่องปาก และริมฝีปาก</p> <p><b>วิธีดูแล</b> ควรทำความสะอาดภายในช่องปาก โดยใช้แปรงสีฟัน หรือ ผ้าชุบน้ำเกลือ เช็ดบริเวณฟัน เหงือก กระพุ้งแก้ม และ ลิ้น เข้าและเย็น</p> <p><b>ข้อสำคัญ</b> ต้องทำความสะอาดก่อนหรือภายหลังให้อาหาร 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ และอาเจียนสรุป การให้อาหารทางสายผ่านเข้าทางจมูกเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน ในระยะแรกผู้ดูแลอาจรู้สึกไม่มั่นใจ แต่ถ้าได้ฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยแข็งแรง สามารถฟื้นฟูสุขภาพได้เร็วขึ้น</p>			

## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 4

#### การดูแลสมอง

การดูแลสมอง เป็นการใส่สายยางดูดเสมหะซึ่งปราศจากเชื้อผ่านเข้าทางปาก จมูก หรืออุปกรณ์ที่ใส่เข้าไปในหลอดลมคอหรือท่อเจาะคอ เพื่อนำเสมหะออกจากทางเดินหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยไอขับเสมหะออกเองไม่ได้

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ช่องทางเดินหายใจโล่ง
2. เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อป้องกันการอุดตันในช่องทางหายใจ
2. เพื่อป้องกันการสำลักหรืออาเจียนขณะให้อาหารสายยาง



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- ทราบวิธีการเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูดเสมหะ</p>	<p><b>1. การดูดเสมหะ (Suction)</b></p> <p>1.1 การดูดเสมหะทางปาก (Oropharyngeal suctioning) คือ การใช้สายดูดเสมหะ ต่อกับเครื่องดูดเสมหะ แล้วสอดสายผ่านทางปาก เพื่อดูดเอาเสมหะออกจากทางเดินหายใจส่วนบน ป้องกันการสูดสำลักเสมหะลงปอด ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินหายใจ และป้องกันเสมหะจำนวนมากอุดกั้นทางเดินหายใจ</p> <p><b>การเตรียมอุปกรณ์</b> ได้แก่ ท่อหายใจทางปาก สายดูดเสมหะ ถังมือสะอาด เครื่องดูดเสมหะพร้อมสายต่อจากเครื่องดูดเสมหะและข้อต่อ (finger tip) และขวดที่ใส่น้ำสะอาดสำหรับล้างสาย</p> <p><b>ขั้นตอนการดูดเสมหะ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประกอบสายต่อและข้อต่อเครื่องดูดเสมหะและต่อสายดูดเสมหะเข้ากับข้อต่อและปรับแรงดันของเครื่องไว้ที่ 80-100 mmHg</li> <li>สวมถุงมือทั้งสองข้าง บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าจะทำการดูดเสมหะ ให้ผู้ป่วยอ้าปาก แล้วใส่ท่อหายใจทางปากโดยจับท่อในลักษณะหงายแล้วค่อยๆสอดเข้าทางช่องปากด้านข้าง เมื่อสอดท่อเข้าไปครึ่งหนึ่งให้หมุนท่อ พร้อมทั้งค่อยๆเลื่อนเข้าไปจนสุดตามแนวโค้งของลิ้น</li> <li>จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 15-30 องศา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงไอขับเสมหะและป้องกันไม่ให้เกิดการสำลักเข้าปอด</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ดูแลสนใจฟัง</li> <li>- สอนสาธิตข้างเดียว</li> <li>- การทวนสอบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นพับ</li> <li>- หุ่นสาธิต</li> <li>- อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูดเสมหะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ดูแลสนใจฟัง</li> <li>- สามารถบอกถึงวิธีการดูดเสมหะทางปากและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 80%</li> </ul>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- ทราบวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์</p>	<p>4. หยิบสายดูดเสมหะที่ต่อกับเครื่องดูดเสมหะแล้วเปิดเครื่อง ใช้มือซ้ายจับบริเวณข้อต่อให้นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบน ใส่สายดูดเสมหะเข้าทางท่อหายใจทางปาก ไปประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของสาย หรือเมื่อผู้ป่วยเริ่มไอ ให้ใช้นิ้วหัวแม่มือปิดที่รูของข้อต่อเพื่อให้เกิดแรงดูดค่อยๆ แล้วถอยสายดูดเสมหะออกมา ใช้เวลาประมาณ 15 วินาที เพื่อให้ดูดเสมหะได้ทั่ว ได้เสมหะมากพอ และผู้ป่วยไม่เหนื่อยจนมากเกินไป</p> <p>5. ล้างสายดูดโดยการดูดผ่านน้ำสะอาดในขวด 1-2 ครั้ง เพื่อทำความสะอาดสายดูดเสมหะ เตรียมพร้อมในการดูดเสมหะใหม่</p> <p>6. ให้ผู้ป่วยพักหายใจ 3-4 ครั้ง ก่อนเริ่มดูดเสมหะใหม่หรือให้ผู้ป่วยพัก 20-30 วินาที และควรสังเกตการณ์หายใจ เสียงหายใจ สีของริมฝีปากที่เปลี่ยนไป เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน และประเมินความต้องการการดูดเสมหะต่อไป</p> <p>7. เมื่อดูดเสมหะในทางเดินหายใจส่วนบนจนโล่ง จึงดูดเสมหะที่ค้างในกระพุ้งแก้มและทำความสะอาดช่องปาก ทาวาสลินที่ริมฝีปาก</p> <p><b>การดูแลทำความสะอาดอุปกรณ์</b></p> <p>1. นำเสมหะไปทิ้งในโถส้วม ล้างกระป๋องรองรับเสมหะด้วยน้ำสบู่ให้สะอาดทุกวัน</p>	<p>- บรรยาย - สาธิต</p>		<p>- สามารถบอกวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์ได้อย่างน้อย 4 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- สามารถเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูดเสมหะได้ครบถ้วน</p>	<p>2. สายดูดเสมหะควรใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง ในกรณีที่ต้องการนำกลับมาใช้ซ้ำได้ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ผสมน้ำจืดฟองเล็กน้อย ใช้หลอดฉีดยาดูดน้ำสบู่แล้วฉีดล้างสายดูดเสมหะทีละสาย แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด ตากให้แห้ง</p> <p>3. ควรเปลี่ยนน้ำในขวดล้างสายใหม่ทุกครั้ง หลังการดูดเสมหะแต่ละครั้ง</p> <p>4. ท่อหายใจทางปากควรล้างทุกครั้งที่ใช้ด้วยน้ำสบู่</p> <p>5. ควรเปลี่ยนสายต่อจากเครื่องและข้อต่อทุกเดือน</p> <p><b>หมายเหตุ</b> - ควรล้างมือก่อนและหลังการดูดเสมหะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรดูดเสมหะก่อนการรับประทานอาหาร</li> <li>- ควรให้ผู้ป่วยพักเป็นระยะในระหว่างการดูดเสมหะเพื่อป้องกันไม่ให้เหนื่อย</li> <li>- กรณีที่เหนื่อยควรให้ออกซิเจนก่อนและหลังการดูดเสมหะ</li> <li>- เลือกใช้สายดูดที่มีขนาดพอดี ไม่ใหญ่หรือเล็กเกินไป</li> </ul> <p><b>1.2 การดูดเสมหะในท่อเจาะคอ</b></p> <p><b>การเตรียมอุปกรณ์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เครื่องดูดเสมหะต้องทดสอบว่าเครื่องทำงานได้ ไม่ชำรุด</li> <li>2. สายดูดเสมหะ</li> <li>3. ขวดปากกว้างใส่น้ำต้มสุกเต็มขวด ใช้สำหรับล้างสายดูดเสมหะ</li> </ol>	<p>- สอนสาธิตกับหุ่น</p> <p>- สอนสาธิตข้างเตียง</p> <p>- การทวนสอบ</p>	<p>- แผ่นพับ</p> <p>- อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูดเสมหะ</p>	<p>- ผู้ดูแลสนใจฟัง</p> <p>- สามารถบอกถึงวิธีการดูดเสมหะในท่อเจาะคอ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อป้องกันการอุดตันในช่องทางเดินหายใจ</p> <p>- ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p> <p>- ป้องกันการไอหรือสำลักขณะให้อาหาร</p>	<p><b>วิธีดูดเสมหะในท่อเจาะคอ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บอกผู้ป่วยว่าจะดูดเสมหะทุกครั้ง และให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ หลายๆ ครั้ง หรือให้ออกซิเจนตามความจำเป็นก่อนดูดเสมหะ</li> <li>2. ล้างมือให้สะอาด</li> <li>3. มือขวาจับปากคิบบีบสายดูดเสมหะให้ห่างจากปลายสายด้านที่ใช้ดูดเสมหะประมาณ 5 นิ้ว (ถ้านัดมือซ้ายจับปากคิบบแทนมือขวา)</li> <li>4. เปิดเครื่องดูดเสมหะ มือขวาใช้ปากคิบบีบสายดูดเสมหะใส่ลงในท่อหายใจลึกประมาณ 5-6 นิ้ว ปลดปล่อยมือซ้ายที่พับสายข้างออกมือขวาค่อยๆ จับสายวนเป็นวงรอบๆ หลอดลม ขณะจับสายขึ้นมาจะช่วยให้ดูดเสมหะได้มากขึ้น การดูดเสมหะแต่ละครั้ง ต้องทำด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล ใช้เวลาไม่เกิน 5-10 นาที และดูดซ้ำภายหลังให้ผู้ป่วยพักเป็นระยะๆ</li> <li>5. จับสายดูดเสมหะจุ่มลงในขวดที่ใส่น้ำต้มสุก คูดล้างสายให้เสมหะที่ติดภายในสายออก</li> <li>6. นำสายดูดเสมหะที่ใช้แล้วทิ้งลงในถังขยะสีแดง</li> </ol> <p><b>ข้อควรระวัง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ต้องล้างมือฟอกสบู่ก่อนและหลังจากดูดเสมหะให้ผู้ป่วยทุกครั้ง</li> <li>2. ระวังระวังไม่ให้ปลายสายดูดเสมหะไปสัมผัสกับสิ่งใดๆ ถ้าสัมผัสแล้วต้องเปลี่ยนสายใหม่ทันที ห้ามนำไปใช้ดูดเสมหะให้ผู้ป่วย</li> </ol>	<p>- บรรยาย</p>	<p>- หุ่นสาธิต</p> <p>- สายดูดเสมหะ</p> <p>- เครื่องดูดเสมหะ</p>	<p>- สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 80%</p> <p>- ผู้ดูแลสนใจฟังสามารถบอกข้อควรระวังได้อย่างน้อย 6 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>3. ควรมีป้ายติดที่ขวดว่าเป็นขวดสำหรับใส่น้ำล้างสายสะดือ</p> <p>4. ขวดใส่น้ำต้องนำมาล้างให้สะอาด ลวกน้ำร้อนและเปลี่ยนน้ำและน้ำยาใหม่ทุกวัน</p> <p>5. ดูดนมด้วยความรวดเร็วและนุ่มนวล</p> <p>6. ถ้าผู้ป่วยมีนมมากต้องดูดนมให้ผู้ป่วยบ่อยครั้งแต่ถ้านมแห้งหรือไม่มีนมให้ดูดไม่ขึ้น</p> <p>ต้องให้น้ำมากกว่าเดิม(ยกเว้นแพทย์จำกัดน้ำ)</p> <p>7. ควรปิดฝาขวดทุกขวดไว้เพื่อป้องกันฝุ่นหรือแมลงลงไปทำให้สกปรก</p>			



## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 5

#### การดูแลแผลเจาะคอ

การเจาะคอ เป็นการเอาท่อใส่เข้าไปในหลอดลมคอ โดยใส่ผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อคอ เพื่อให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่หลอดลม และปอดโดยไม่ต้องผ่านช่องจมูกและลำคอส่วนบน และยังเป็นทางให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกจากหลอดลมได้

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
2. เพื่อป้องกันการเกิดการอุดตัน



#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบวิธีป้องกันการอุดตันในช่องทางหายใจจากเสมหะหรือสิ่งแปลกปลอมอื่น ๆ
2. สามารถทำความสะอาดแผลเจาะคอได้ด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง
3. สามารถนำความรู้ไปแนะนำบุคคลอื่นได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ประกอบด้วย</b></p> <p>1. การดูแลผู้ป่วยเจาะคอโดยทั่วไป</p> <p>1.1 จัดท่านอนหรือนั่งให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย หายใจสะดวก</p> <p>1.2 ระวังอย่าให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดตกลงไปในท่อช่วยหายใจ ถ้าที่บ้านมีแมลงวันหรือฝุ่นละอองมากให้เช็ดใช้ผ้าบางๆ คลุมท่อเจาะคอไว้</p> <p>1.3 ดูแลความสะอาดของจมูก ปากและฟัน โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากและจิบน้ำบ่อยๆ ใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำต้มสุกพอมืดเช้าในรูจมูกให้สะอาดอยู่เสมอ</p> <p>1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ (ยกเว้นในรายที่กัณน้ำ) เพื่อให้ไม่ให้เกิดเสมหะเหนียวข้นและระบายออกได้ง่าย</p> <p>1.5 เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารควรจัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูงมากกว่า30 องศา เพื่อป้องกันการสำลัก</p> <p>1.6 ไม่ให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อของทางเดินหายใจอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็น เช่น เป็นหวัดเจ็บคอ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยได้รับเชื้อโรค และป่วยได้ง่าย</p> <p>1.7 จัดสภาพแวดล้อมหรือห้องนอนของผู้ป่วยให้สะอาด มีอากาศถ่ายเทได้ดี</p> <p>1.8 ผู้ป่วยที่เจาะคอจะพูดไม่ได้ ควรมีดินสอและกระดาษไว้ให้ผู้ป่วยเขียนเพื่อสื่อสารกับผู้อื่น</p>	- บรรยาย		- ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลแผลเจาะคอทั่วไปได้อย่างน้อย 10 ข้อ


วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- ทราบวิธีการทำแผลเจาะคอ</p> <p>- สามารถเตรียมอุปกรณ์ทำแผลได้ครบถ้วน ถูกต้อง</p>	<p>1.9 ระวังไม่ให้สายที่ผูกยึดท่อไว้กับคอเลื่อนหลุด ถ้าสายสกปรกมากต้องเปลี่ยนสายใหม่ด้วยความระมัดระวังหรือให้พยาบาลเป็นผู้เปลี่ยน</p> <p>1.10 ให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายเท่าที่ผู้ป่วยจะกระทำได้</p> <p>1.11 ในรายที่เสมหะมาก ผู้ดูแลต้องช่วยเคาะปอดให้ผู้ป่วยตามที่พยาบาลแนะนำ</p> <p>1.12 สำหรับผู้ป่วยที่ดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะ ผู้ดูแลต้องปฏิบัติตามที่พยาบาลแนะนำอย่างเคร่งครัด</p> <p><b>2. การทำแผลเจาะคอ</b></p> <p>การทำแผลเจาะคอควรทำวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้าและเย็น เพื่อให้แผลสะอาด ป้องกันการติดเชื้อของแผล การติดเชื้อของแผล ซึ่งแผลที่ติดเชื้ออีกเสบจะมีลักษณะแผลแฉะๆ มีหนองสีเหลืองหรือเขียว ผิวหนังบริเวณที่เจาะคอจะแดง บวม ทำให้ผู้ป่วยมีไข้ เจ็บปวดบริเวณที่มีแผลมากเตรียมอุปกรณ์ทำแผลเจาะคอ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำลีปราศจากเชื้อและผ้าปิดแผลสะอาดปราศจากเชื้อ 2 ชิ้น</li> <li>2. ถ้วยหรือภาชนะทนความร้อนและปากกิบ 2 อันที่ผ่านการต้มในน้ำเดือดนาน 10-15 นาที</li> <li>3. กรรไกรสำหรับตัดผ้าปิดแผล เช็ดด้วย 70% แอลกอฮอล์</li> </ol>		<p>- ชุดทำแผล</p> <p>- 70% แอลกอฮอล์</p> <p>- กรรไกรตัดคอส</p> <p>- Transpore 2%</p> <p>Chlorhexidine</p> <p>in 70 % alcohol</p> <p>- ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4. น้ำเกลือ 0.9% , 2% Chlorhexidine in 70 % alcohol</p> <p>5. Transpore white</p> <p><b>วิธีการทำแผลเจาะคอ ปฏิบัติดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>นำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้มาวางข้างตัวผู้ป่วย</li> <li>ในรายที่มีเสมหะต้องดูดเสมหะให้ผู้ป่วยหายใจโล่ง</li> <li>ถอดท่อในของท่อช่วยหายใจเช่น้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เพื่อล้าง ภายหลังจากการทำแผลให้ผู้ป่วยแล้ว</li> <li>บอกผู้ป่วยให้ทราบว่า จะทำแผลเจาะคอ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายสอด หมอนรองบริเวณใต้ลำคอและไหล่</li> <li>แกะผ้าปิดแผลที่คอผู้ป่วยออกทิ้ง</li> <li>ไปล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาด</li> <li>ใช้ปากคีบจับสำลีสักด้วย เหน้เกลือ 0.9% / 2% Chlorhexidine in 70% alcohol ลงบนสำลีสองซุ่ม</li> <li>ใช้ปากคีบจับสำลีสักที่ชุบน้ำเกลือ 0.9%/2% Chlorhexidine in 70 accohol บีบหมาดๆ เช็ดบริเวณแผลเจาะคอรอบท่อช่วยหายใจ โดยเช็ดควนเป็นวงจาก ด้านในออกไปด้านนอก เปลี่ยนสำลีสักก้อนใหม่ทำซ้ำจนกว่าจะสะอาด</li> </ol>	<p>- บรรยาย</p> <p>- สาธิตวิธีการทำ แผล</p>		<p>- ผู้ดูแลสามารถบอก ขั้นตอนการทำแผล เจาะคอได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>9. ใช้ปากกึบจับสำลีที่ชุบน้ำเกลือ 0.9%/2% Chlorhexidine in 70 accohol เช็ดด้านบนของท่อหายใจ พยายามเช็ดครบเสมหะที่ติดอยู่ออกให้สะอาด ถ้าสำลีสกปรกต้องเปลี่ยนก้อนใหม่และเช็ดซ้ำ</p> <p>10. ใช้ปากกึบพับผ้าปิดแผลรอง 2 ข้างของท่อช่วยหายใจ โดยให้ผู้ป่วยเอียงหน้าไปด้านตรงข้ามกับด้านที่สอดผ้าปิดแผล จะทำให้สอดผ้าได้สะดวกขึ้นแล้วใช้พลาสติกปิดปลายผ้าปิดแผลที่สอดออกมาทั้ง 2 ด้านเข้าด้วยกันทั้งข้างบนและข้างล่าง เพื่อให้ผ้าปิดแผลหลุด</p> <p><b>ข้อควรระวัง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อย่าวางปากกึบที่พื้น ให้วางไว้ในภาชนะที่ใส่สำลีและระวังอย่าให้ปากกึบ โดยเฉพาะส่วนปลายที่ใช้จับสำลีไปสัมผัสกับสิ่งใดๆ</li> <li>2. ระหว่างเช็ดท่อส่วนนอกระวังน้ำเกลือไหลลงไปในห้องบีบสำลีให้หมาดๆ</li> <li>3. การทำความสะอาดท่อเจาะคอส่วนใน จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัสดุที่ใช้ทำท่อ</li> </ol> <p>ท่อหายใจที่ผู้ป่วยใส่กลับบ้านภายหลังเจาะคอที่พบบ่อย มี 2 ประเภทคือท่อโลหะเหล็กไร้สนิม หรือโลหะเงิน และท่อที่ทำจากโพลีไวนิล (poly Vinyl) ดังนั้นวิธีการทำความสะอาดท่อหายใจส่วนในจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัสดุที่ใช้ทำท่อ</p>			



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- ทราบวิธีการทำความสะอาดท่อเจาะคอส่วนใน (ท่อที่ทำจากโพลีไวนิล)</p>	<p>- การนำท่อส่วนใน ไปล้างไม่ควรใช้เวลานาน เพราะจะทำให้เสมหะติดกรังที่ท่อหายใจส่วนนอกซึ่งถอดล้างไม่ได้ จึงควรรีบทำความสะอาดชั้นตอนที่กล่าวแล้วและรีบนำกลับมาใส่ให้ผู้ป่วย</p> <p><b>3.2 การทำความสะอาดท่อที่ทำจากโพลีไวนิล</b> การทำความสะอาดจะแตกต่างกัน เพราะท่อโพลีไวนิลไม่สามารถนำมาต้มได้ จึงต้องทำความสะอาดตามขั้นตอนดังนี้</p> <p><b>การเตรียมอุปกรณ์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาชนะขนาดเล็กสำหรับใส่ท่อหายใจส่วนใน 1 ใบ</li> <li>- น้ำยาล้างจาน</li> <li>- แปรงขนาดเล็ก (ลักษณะเหมือนแปรงล้างขวด) หรือ ลวดพันเศษผ้า</li> <li>- น้ำยาเซฟรอน 1 : 30 (ใช้น้ำต้มสุก 1 ขวดแม่โจง + น้ำยาเข้มข้น 5 ช้อนชา)</li> </ul> <p><b>วิธีทำความสะอาด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ล้างมือให้สะอาด ใช้มือจับที่ด้านนอกไว้ อีกมือหนึ่งจับท่อในหมุนและดึงออกใส่ภาชนะที่เตรียมไว้ ล้างท่อด้วยน้ำยาล้างจานใช้แปรงหรือลวดพันเศษผ้าสอดเข้าไปในท่อ ถูทำความสะอาดภายในจนสะอาด ส่วนภายนอกอาจใช้ฟองน้ำหรือเศษผ้าถูล้างคราบเสมหะออกจนสะอาดเช่นกัน</li> </ul>	<p>- บรรยาย</p> <p>- บรรยาย</p> <p>- สาธิตวิธีการทำความสะอาดท่อเจาะคอส่วนใน</p>	<p>- ชามรูปไต</p> <p>- น้ำยาเซฟรอน 1:30</p> <p>- แปรงล้างขวดหรือลวดพันเศษผ้า</p>	

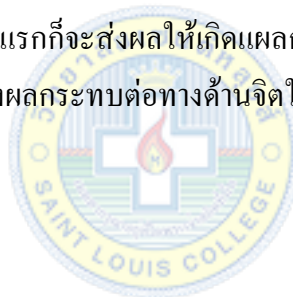
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>- สลัดน้ำที่ค้างอยู่ตามท่อออก แล้วนำไปแช่น้ำยาเซฟลอน 1:30 ประมาณ 30 นาที ต่อจากนั้นหยิบท่อขึ้นมาโดยจับเฉพาะส่วนหัว แล้วเทน้ำต้มสุกราดล้างน้ำยาเซฟลอนออกจากท่อ สลัดท่อแรง ๆ ให้น้ำที่ค้างอยู่ออก แล้วนำกลับมาใส่ให้ผู้ป่วย</p> <p>การทำความสะดวกท่อทั้ง 2 ชนิด ควรทำวันละ 2 ครั้ง ถ้าเสมหะมากอาจถอดล้างได้บ่อยกว่านี้ คำนึงถึงความสะดวกมากที่สุด ไม่นำท่อที่ทำความสะดวกแล้วไปวางที่อื่น ควรรีบนำมาใส่ให้ผู้ป่วยทันที</p> 			

## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 6

#### การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ผิวนั่งถูกกดทับเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่องทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงผิวหนังที่ถูกกดทับได้อย่างสะดวก ส่งผลให้ผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงและมีการแตกทำลายของผิวหนัง ถ้าไม่ได้รับการป้องกัน ดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก็จะส่งผลให้เกิดแผลกดทับตามมาได้ ซึ่งการเกิดแผลกดทับจะส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน จากการรักษาที่ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย ดังนั้น การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและปฏิบัติได้ไม่ยาก



#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. มีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่แก่ผู้อื่นได้


#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ทราบวิธีการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในบุคคลที่มีความเสี่ยงได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- มีความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>- บอกบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้</p>	<p><b>แผลกดทับ</b> เกิดจากการที่มีแรงกดทับบริเวณผิวหนังเป็นเวลานานทำให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังลดลงและเกิดการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อมักเกิดในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยรู้สึกตัวช่วยตนเองไม่ได้บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับมีตำแหน่งต่างๆ ตามทำนองดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ท่านอนหงายบริเวณที่เกิดคือท้ายทอย ไบหู หลังส่วนบน ก้นกบ ข้อศอก สันเท้า</li> <li>2. ท่านอนคว่ำ บริเวณที่เกิด คือ ไบหูและแก้ม หน้าอกและใต้ราวนม หน้าท้อง หัวไหล่ สันกระดูกสะโพก หัวเข่า ปลายเท้า</li> <li>3. ท่านอนตะแคง บริเวณที่เกิด คือ ศีรษะด้านข้าง หัวไหล่ กระดูกก้น ปุ่มกระดูกต้นขา ฝ่าเท้า คางค่อม หัวเข่าด้านหน้า</li> <li>4. ท่านั่งนานๆ บริเวณที่เกิด คือ ก้นกบ ปุ่มกระดูกก้น หัวเข่าด้านหลัง</li> </ol> <p>กระดูกสะบัก เท้า ข้อเท้าด้านนอก</p> <p><b>ใครบ้างที่เกิด แผลกดทับ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การนอนนานๆ โดยไม่เคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยเป็นอัมพาต</li> <li>2. ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดอาหาร</li> <li>3. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ</li> <li>4. ผู้ป่วยที่มีการทำงานของระบบประสาทความรู้สึกลดลง</li> </ol>	- บรรยาย		- ผู้ดูแลสามารถบอกบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p><b>การป้องกันการเกิดแผลกดทับ</b></p> <p>1. ดูแลพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยจัดให้ตะแคงซ้าย ตะแคงขวา โดยให้ลำดับท่ามุม 30 องศา นอนหงาย นอนคว่ำกึ่งตะแคง สลับกันไปตามความเหมาะสม</p> <p>2. ควรใช้หมอนหรือฟ้านุ่มๆ รองบริเวณที่กดทับ หรือปุ่มกระดูกยื่น เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับ</p> <p>3. หลีกเลี่ยงการไขว้ขาทับกัน ควรใช้หมอน หรือผ้ารองกันไว้ระหว่างขา</p> <p>4. ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องนั่งหรือไขว้ขาเพียงสูงควรใส่อุปกรณ์ชั้นปลายเท้าเพื่อป้องกันการลื่นไถล และลดการเสียดสี</p> <p>5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การพลิกตะแคงตัว การแปร่งพั้นการลุกนั่งหรือออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อหลอดเลือด และผิวหนังแข็งแรง มีการไหลเวียนของโลหิตดี</p> <p>6. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการทำการออกกำลังกายด้วยตนเอง หรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือและการเคลื่อนไหวข้อต่อ ควรทำอย่างน้อยวันละ 2 - 3 ครั้ง เช่น การยกแขนขึ้นลง การกางแขนเข้าออก และหุบแขนเข้า การกระดุกข้อมือขึ้นและลง การงอขาเข้าและเหยียดขาออกของข้อสะโพกและข้อเข่า เป็นต้น</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- สาธิตการจัดทำนอน</p> <p>- ฝึกวิธีการจัดทำนอน</p>		<p>- ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ อย่างน้อย 12 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>7. ดูแลให้อาหารมีคุณค่าทางโภชนาการ ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โปรตีน เช่น ไข่ขาวปลา ให้วิตามินซึ่งมีมากในผัก ผลไม้ และให้น้ำอย่างเพียงพอโดยให้ประมาณ 1,000 – 1,500 ซีซี/วัน (ในกรณีที่มีจำกัดน้ำ)</p> <p>8. ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้แห้งสะอาด ไม่อับชื้น เพราะถ้าผิวหนังเปียกชื้นหรือร้อนจะทำให้เกิดแผลเปื่อย ผิวหนังถลอกง่าย โดยเฉพาะภายหลังผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหรือ ปัสสาวะแล้วต้องทำความสะอาดแล้วซับให้แห้ง</p> <p>9. ผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งควรดูแลทาครีมหรือ โลชั่นหลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์ทาผิวหนัง</p> <p>10. เลือกใช้สบู่อ่อนๆ หรือสบู่ที่มีฤทธิ์เป็นกลางในการทำความสะอาดและควรทาแป้งบางๆ เท่านั้น</p> <p>11. หลีกเลี่ยงการใช้ห่วงยาง โคนันทรองกันกบหรือปุ่มกระดูกต่างๆ</p> <p>12. ควรมีผ้ารองยกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือ ควรมีสู้คนอื่นช่วยยก ไม่ควรลากตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดการเสียดสีของบริเวณผิวหนังกับที่นอน</p> <p>13. ควรใช้ที่นอนที่มีการระบายอากาศไม่อับชื้น เช่น ที่นอนลม ที่นอนน้ำ ที่นอนฟองน้ำ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ที่นอนที่มีลักษณะแข็ง และระบายอากาศไม่ดี</p> <p>15. ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ดังนั้น การป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวควรให้ความสำคัญ เพราะถ้าหากผู้ป่วยเกิดแผลกดทับแล้วจะทำให้เกิดความสูญเสียต่อตัวผู้ป่วยโดยทำให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ ขัดขวางต่อการหาย หรือ ฟันฟูสภาพร่างกายหรืออาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนั้นทำให้ ผู้ดูแล และครอบครัวมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นเกิดความวิตกกังวล และสูญเสีย ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น</p> 			

## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 7

#### การทำแผล

การทำแผล เป็นการรักษาอาการบาดเจ็บที่ผิวหนัง การทำแผลนั้นต้องทำให้ถูกวิธี เพื่อให้แผลสะอาด หายเร็ว ปลอดภัย ลดการลุกลามของเชื้อโรค หรือป้องกันการอักเสบติดเชื้อ และควรเลือกใช้วัสดุที่เหมาะสมแล้ว

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อเกิดบาดแผล
2. สามารถนำความรู้ไปแนะนำบุคคลอื่นได้

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบวิธีการดูแลแผล
2. เพื่อให้แผลสะอาดและหายเป็นปกติ





วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>3. ถ้วยใบเล็กที่สามารถดื่มได้</p> <p>4. สำลีและผ้าก๊อซที่สะอาดปราศจากเชื้อ</p> <p>5. น้ำยาต่างๆ ที่ใช้ในการทำแผล เช่น เบตาดีน น้ำเกลือ เป็นต้น</p> <p>6. พลาสเตอร์ หรือทรานสปอร์</p> <p>7. กรรไกร</p> <p>8. ถุงพลาสติกสำหรับทิ้งขยะ</p> <p><b>ขั้นตอนการทำแผล</b></p> <p><b>1. การเตรียมการก่อนทำแผล</b></p> <p>1.1 ความสะอาดปากกิบและถ้วยใส่น้ำยา โดยการต้มในน้ำเดือดนาน 15 นาที เทน้ำออก ทิ้งไว้สักครู่ให้เครื่องมือเย็น</p> <p>1.2 ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่</p> <p><b>2. วิธีการทำแผลแห้ง</b></p> <p>2.1 ใช้ปากกิบหยิบสำลีสะอาดปราศจากเชื้อโรคลงในถ้วยประมาณ 2 - 3 ก้อน หรือนาน้อยกว่านี้ตามขนาดของแผล</p> <p>2.2 ใช้ปากกิบหยิบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดลงที่ขอบแผลเบาๆ โดยเช็ดให้ชิดขอบแผล และวนออกนอกแผลให้ห่างออกไปอีกราว 2-3 นิ้ว</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- สาธิต</p>	<p>- ถุงพลาสติกสำหรับทิ้งขยะ</p> <p>- ชุดทำแผล</p> <p>- ผ้าก๊อซ</p> <p>- น้ำเกลือสำหรับทำแผล</p> <p>- 70% Alcohol</p> <p>- พลาสเตอร์ปิดแผล</p> <p>- ถุงสำหรับใส่วัสดุที่ใช้แล้ว</p>	<p>- ผู้ดูแลสามารถทำแผลได้ถูกเทคนิคร้อยละ 80</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>2.3 ใช้ปากคิบบหีบสำลีชุบน้ำเกลือ 0.9% เช็ดที่แผลโดยตะเบาๆ ที่เนื้อกลางแผลแล้ววนออกมาชิดขอบแผลสังเกตสำลีที่ใช้เช็ดแผลดูว่ามีสีเปลี่ยนไปหรือไม่</p> <p>2.4 จากนั้นปิดแผลด้วยผ้าก๊อซที่ยึดกับผิวหนังด้วยเทปกาวยืดแผลหรือแผ่นพลาสติก โดยติดตามแนวขวางลำตัว</p> <p>2.5 ล้างมือให้สะอาด</p> <p>2.6 ล้างเครื่องมือที่ใช้ทำแผลให้สะอาด คว้าไว้ให้แห้งเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไป</p> <p><b>3. วิธีการทำแผลเปื่อย</b></p> <p>3.1 ใช้ปากคิบบหีบสำลีสะอาดปราศจากเชื้อโรคใส่ในถ้วยประมาณ 4-5 ก้อน หรือตามขนาดของแผล</p> <p>3.2 เทน้ำเกลือลงในถ้วย</p> <p>3.3 ใช้ปากคิบบหีบสำลีที่ชุบน้ำเกลือ เช็ดจากขอบแผลออกไปยังผิวหนังส่วนที่อยู่รอบๆ</p> <p>3.4 ใช้ปากคิบบหีบสำลีใส่ในถ้วยให้เพียงพอสำหรับเช็ดแผล แล้วน้ำเกลือลงในถ้วย</p> <p>3.5 ใช้ปากคิบบหีบสำลีที่ชุบน้ำเกลือเช็ดในแผล โดยเช็ดจากด้านในแผลไปสู่ด้านนอกถึงขอบแผลจนสะอาด</p>			



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>3.6 ในกรณีที่แผลสะอาด ใช้ปากคีบหนีบผ้าก๊อศสะอาดปราศจากเชื้อใส่ในถ้วยประมาณ 1-2 ชั้น ตามขนาดของแผล เทน้ำเกลือลงในถ้วย ใช้ปากคีบหนีบผ้าก๊อศวางลงบนแผลแล้วปิดแผลด้วยผ้าก๊อศแห้งอีกครั้ง</p> <p>3.7 ใช้ปากคีบหนีบผ้าก๊อศใส่ลงในแผลจนเต็ม ปิดปากแผลด้วยผ้าก๊อศแห้งไม่ควรปิดหนาเกินไป เพื่อให้แผลได้รับ ออกซิเจนจะทำให้แผลหายเร็วขึ้นติดพลาสติกเตอร์ให้เรียบร้อย</p> <p>3.8 สำลีและผ้าก๊อศที่ใช้แล้วให้ทิ้งลงในถุงพลาสติกผูกปากถุง นำไปทิ้งหรือเผาเสีย</p> <p>3.9 ล้างมือให้สะอาด</p> <p>3.10 ล้างเครื่องมือที่ใช้ทำแผลให้สะอาด คว่ำไว้ให้แห้งเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไป</p>			

## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 8

#### การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เป็นการช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา เพิ่มความยืดหยุ่น การทำงานของข้อต่าง ๆ รวมทั้งรู้จักเลี่ยงไม่ให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บอีก ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกาย & ข้อต่อต่าง ๆ ดีขึ้น และสามารถกลับมาเคลื่อนไหวร่างกายตามปกติได้มากที่สุด

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้มีความรู้การเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย
2. เพื่อให้ร่างกายได้รับการฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติให้เร็วที่สุด
3. เพื่อเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและนำทักษะต่าง ๆ ในการออกกำลังกายไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่าง ๆ
2. เพื่อให้กล้ามเนื้อแขน ขา แข็งแรง ไม่ลีบ
3. สามารถช่วยตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้ร่างกายฟื้นสภาพกลับสู่ปกติให้มากที่สุด</p>	<p><b>การฟื้นฟูสมรรถภาพ</b></p> <p>การเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นทำให้ผู้ป่วย ( Passive Exercise) คือ การออกกำลังกายโดยการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆของร่างกายให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจเกิดจากอาการอ่อนเพลีย อ่อนแรง หรือมีข้อจำกัดทางระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน / อัมพาตทั้งตัว เป็นต้น</p> <p>การฝึกการใช้แขนและมือ ควรฝึกตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้มีโอกาพัฒนาการใช้มือและแขนเพิ่มมากขึ้น หากละเลยการฝึก ตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้โอกาสที่จะใช้มือและแขนสูญเสียไปและจะมีปัญหาติดตามมา เช่น ไหล่เจ็บ ข้อติด เอ็นหดรัด สมองส่วนที่ควบคุมการทำงานของแขนและมือจะไม่พัฒนา</p> <p><b>การฝึกความสัมพันธ์ในการทำงานของลำตัว แขนและขา</b></p> <p>ทักษะการเคลื่อนไหวที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การยืนมือไปหยิบสิ่งของนั้น ไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อเฉพาะที่แขนและขาอย่างเดียวเท่านั้น แต่เป็นการใช้กล้ามเนื้อทั้งตัวในการทำงานดังนั้น กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายจะต้องทำงานสัมพันธ์กัน ทั้งในแง่ของทิศทางของการเคลื่อนไหว การออกแรงของกล้ามเนื้อ ลำดับขั้นตอนและความเร็วของแต่ละส่วนของร่างกาย เช่น การยืนมือไปจับสิ่งของในท่านั่ง จะต้องนั่งให้ถูกต้อง มีการทรง</p>	<p>- บรรยาย</p> <p>- ฝึกทดลองการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา</p>	<p>- แผ่นพับ</p> <p>- คู่มือการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>- ผู้ดูแลสามารถบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และข้อต่อต่างๆ ได้ถูกวิธี</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>ตัวที่ดี กล้ามเนื้อลำตัว ทั้งหมดต้องทำงาน กล้ามเนื้อรอบสะบัก กล้ามเนื้อคั่น แขน ข้อศอก ข้อมือและมือ จะต้องทำงานสัมพันธ์กันทั้งหมด การออกแรงของ กล้ามเนื้อแต่ละส่วน ความเร็วของการเคลื่อนไหวของแต่ละข้อ ทิศทางที่ต้อง ยื่นแขนออกไปลำตัวและข้อส่วนต้น ต้องมีความมั่นคงสมดุล จึงจะทำให้การ เคลื่อนไหวนั้นนุ่มนวล ไม่กระตุกและหิบบังของขึ้นมาได้ตามต้องการ</p> <p><b>การฝึกให้สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน</b></p> <p>การรักษาทางกายภาพบำบัดในระยะแรก จะเน้นการฝึกเฉพาะส่วน เช่น การ ฝึกยืนทรงตัว ฝึกนั่ง ฝึกเดิน แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือการผสมผสานกิจกรรมการ เคลื่อนไหวร่วมด้วยเมื่อมี โอกาส เช่น เมื่อผู้ป่วยฝึกยืน และมีการทรงตัวที่ดีขึ้น ก็ ให้เริ่มยืนแปรงฟัน ใช้มือเช็ดหน้า หวีผม ล้างจาน เดินไปห้องน้ำ ดังนั้น ต้อง ฝึกฝนและกระตุ้นให้ผู้ป่วย นำการฝึกเหล่านี้ไปใช้ ในชีวิตประจำวัน</p> <p><b>ขั้นตอนการฝึกฝนทักษะการเคลื่อนไหว</b></p> <p>การฝึกฝนให้ผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวนั้น จะฝึกฝนให้ควบคุมจากส่วน ของลำตัวก่อน และฝึกฝน ส่วนของสะบัก สะโพก แล้วจึงฝึกฝนให้สามารถ ควบคุมส่วนปลายในตอนหลังการฝึกการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ได้ ผู้ช่วยเหลือต้องช่วยเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วยก่อน เมื่อผู้ป่วยเริ่มทำได้บ้างจะฝึกให้ ผู้ป่วยทำบางส่วนและช่วยบางส่วน จนกระทั่งผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>และสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้มากขึ้น ความช่วยเหลือก็จะลดลงตามลำดับการฝึกนั้นผู้ป่วยจะต้องไม่ทำกิจกรรมที่เกินกำลังของตนเองมากจนทำให้เกิดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อซึ่งจะทำให้ขัดขวางต่อการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยควรมีการทรงตัวในท่านั่งได้ก่อนจึงจะฝึกการทรงตัวในท่านยืนและเดิน เพราะการทำกิจกรรมที่เกินความสามารถของผู้ป่วยจะทำให้เกิดอาการเกร็งมากขึ้น ทำให้แขนขาอยู่ในท่าผิดปกติมาก</p> <p><b>ประโยชน์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ป้องกันการหดสั้นของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่อ</li> <li>2. ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ในข้อต่อ และส่วนของร่างกายที่มีการเคลื่อนไหว</li> <li>3. ลดอาการเจ็บปวดจากการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานานได้</li> <li>4. เพื่อเพิ่มหรือคงช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ</li> </ol> <p><b>ทำสำหรับการเคลื่อนไหวข้อต่อโดยญาติ / ผู้ดูแล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ท่ายกแขนขึ้น-ลง</li> <li>2. ท่ากางแขน-หุบแขน</li> <li>3. ท่ากางแขน; หมุนแขนขึ้น-ลง</li> <li>4. ท่าอ-เหยียดศอก</li> </ol>	<p>- สาริต</p> <p>- ทดลองปฏิบัติ</p>	<p>- คู่มือการบริหาร</p> <p>ร่างกายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ</p>	<p>- ผู้ดูแลบริหาร</p> <p>กล้ามเนื้อและข้อต่อ</p> <p>ได้ถูกต้องร้อยละ 80</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>5. ทำหมุนแขนคว่ำ-หงาย</p> <p>6. ทำกระดูกข้อมือขึ้น-ลง</p> <p>7. ทำกำมือ-แบมือ</p> <p>8. ทำงอเข้า-งอสะโพก</p> <p>9. ทำกางขา-หุบขา</p> <p>10. ทำหมุนข้อสะโพกเข้า-ออก</p> <p>11. ทำกระดูกปลายเท้าขึ้น</p> <p>12. ทำบิดสะโพกและลำตัวช่วงล่างซ้าย-ขวา</p> <p><b>ข้อควรปฏิบัติ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเคลื่อนไหวข้อต่อให้ผู้ป่วยควรทำช้าๆ ทำซ้ำๆ ทำละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ</li> <li>2. ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ แต่ควรระวังต้องไม่ทำเกินกว่าที่ผู้ป่วยทำได้</li> <li>3. ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวด หรือ พบความผิดปกติ เช่น เสียงกระดูกกันควรหยุดและปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดทันที ไม่ฝืนทำเมื่อรู้สึกตึง เพราะอาจ ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้</li> <li>4. ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวในขณะที่ผู้ป่วยมีไข้</li> <li>5. ห้ามทำในภาวะกระดูกหักเด็ดขาด</li> </ol>			



## แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

### ชุดที่ 9

#### การดูแลด้านจิตใจ

การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ท้อแท้ หงุดหงิดใจ อาจแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ขาดการขัดเกลา ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่ได้รับและปัจจัยในการปรับตัวของผู้ป่วยเอง



#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและลดความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย
3. สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ถ้ามีความผิดปกติที่ Limbic system จะทำให้การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ขาดการขัดเกลา มีความวิตกกังวล ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือดูแลและได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง ยอมรับและต่อสู้กับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้ป่วยแต่ละคนจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน ขึ้นกับลักษณะความรุนแรงของอุบัติเหตุที่ได้รับ</p> <p><b>การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย (สำหรับครอบครัวและญาติ)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สอบถามถึงอาการป่วย อาการทางอารมณ์ เพื่อเตรียมตัว และสร้างความเข้าใจต่อพฤติกรรมหรือภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย</li> <li>2. ทำความเข้าใจและให้อภัยผู้ป่วย ที่มีความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป ครอบครัว ญาติต้องให้อภัยและให้กำลังใจผู้ป่วย</li> <li>3. หมั่นแสดงออกทางคำพูด สีหน้า สายตา และการสัมผัสต่อผู้ป่วยว่า ครอบครัวยังรักและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ</li> <li>4. ช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วยในการฝึกออกกำลังกาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สามารถทำได้</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บรรยาย</li> <li>- พุดคุยและซักถาม</li> </ul>		<p>- ผู้ดูแลบอกการดูแลด้านจิตใจได้ถูกต้อง ร้อยละ 80</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>5. กรณีผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาล ญาติควรไปเยี่ยมสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว</p> <p>6. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สบายใจ</p> <p>7. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน วางเครื่องใช้ในบ้านให้ผู้ป่วยเดินหรือเคลื่อนไหวอย่างสะดวก สามารถหยิบจับสิ่งของได้สะดวกให้ผู้ป่วยทำอะไรได้เองบ้าง</p> <p>8. ผู้ป่วยที่ต่อต้านและปฏิเสธการดูแลจากญาติ ให้ญาติส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบบ่อยๆ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าทำอะไรได้เองหลายอย่าง และลดท่าทีต่อต้านเมื่อครอบครัวและญาติเข้ามาช่วยเหลือในบางอย่าง</p> <p>9. ชมเชยทั้งคำพูด สีหน้า สายตา และการสัมผัส เมื่อผู้ป่วยสามารถทำงานบางอย่างได้ และหลีกเลี่ยงการตำหนิ</p> <p>การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยต้องใช้เวลารักษานานๆ ญาติควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง เช่น ออกกำลังกายเบาๆ ร่วมกัน อาจเลือกกิจกรรมที่ทั้งตัวผู้ป่วย และญาติชื่นชอบ เช่น การฟังเพลง การดูหนัง อาจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข</p>			

ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์ข้อมูล



ตารางที่ 4 แสดงการทดสอบการแจกแจงคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางและกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายแบบปกติ ก่อนการทดลอง

คะแนนการรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Z	p-value.	Z	p-value.
1. การดูแลความสะอาด	1.161	0.067	1.152	0.071
2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	1.135	0.076	1.045	0.112
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.131	0.077	0.964	0.156
4. การดูแลด้านจิตใจ	0.874	0.214	1.292	0.035
<b>โดยรวม</b>	<b>0.862</b>	<b>0.223</b>	<b>0.448</b>	<b>0.494</b>

Test distribution is normal

ตารางที่ 5 แสดงการ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทำการทดลอง ด้วยการใช้ Independent t – test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	1.170	0.197	-1.367	58	0.177	0.0429	0.3139	-0.10576	0.01991
Equal variances not assumed			-1.367	56.386	0.177	0.0429	0.3139	-0.10582	0.01997

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายช้อ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (กลุ่มทดลอง)				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
<b>ด้านที่ 1 การดูแลความสะอาด</b>						
1. การทำความสะอาดร่างกาย	2.72	455	5.00	557	-16.319	0.000
2. การทำความสะอาดช่องปาก ฟันและเหงือก	2.55	0.506	4.69	0.660	-13.157	0.000
3. การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย	2.69	0.541	4.48	0.991	-8.683	0.000
4. การดูแลให้อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	2.59	0.568	5.14	0.875	-11.068	0.000
5. การสังเกตและบอกถึงอาการผิดปกติของ ผู้ป่วย	2.79	0.559	5.24	0.951	-8.095	0.000
6. การจัดการกับอาการผิดปกติเบื้องต้น	3.00	0.378	5.24	0.689	-9.319	0.000
<b>รวม</b>	<b>2.72</b>	<b>0.210</b>	<b>4.76</b>	<b>0.307</b>	<b>-26.449</b>	<b>0.000</b>
<b>ด้านที่ 2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
7. การดูแลในช่องปากหรือลำคอ	2.48	0.634	4.45	0.870	-6.620	0.000
8. การดูแลแผลได้ เช่น แผลเจาะคอ หรือแผล กดทับ	2.59	0.568	4.00	0.802	-10.269	0.000
9. วิธีให้อาหารที่ไม่ทำให้เกิดการสำลัก	2.58	0.506	4.69	0.850	-6.924	0.000
10. วิธีการจัดทำนอนและพลิกตะแคงตัว	2.86	0.711	5.00	0.756	-10.920	0.000
11. การบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และมือ	2.69	0.604	5.07	0.884	-13.090	0.000
12. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม	2.86	0.581	5.14	0.693	-15.37	0.000
<b>รวม</b>	<b>2.68</b>	<b>0.256</b>	<b>4.80</b>	<b>0.260</b>	<b>-29.551</b>	<b>0.000</b>
<b>ด้านที่ 3 การฟื้นฟูสภาพ</b>						
13. การฝึกและกระตุ้นผู้ป่วยให้ใช้วิริยะขำง ที่ดีในการทำกิจวัตรประจำวัน	3.07	0.457	5.10	0.817	-11.603	0.000

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายช้อ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (กลุ่มทดลอง)				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
14. การกระตุ้นหรือช่วยบริหาร แขน ขา ข้างที่ดี	3.03	0.421	5.14	0.789	-10.820	0.000
15. การกระตุ้นหรือบริหาร แขน ขา ข้างที่ อ่อนแรง	2.86	0.693	4.55	1.083	-8.002	0.000
16. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฝึกนั่ง ยืน และเดิน	2.76	0.581	4.79	0.985	-9.189	0.000
17. การกระตุ้นผู้ป่วยให้รับประทานอาหาร ด้วยตนเอง	3.06	0.371	4.28	1.099	-6.201	0.000
18. การฝึกหรือกระตุ้นผู้ป่วยให้สวมใส่เสื้อผ้า ด้วยตนเอง	3.14	0.516	4.69	1.004	-6.438	0.000
19. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	3.31	0.541	5.17	0.805	10.128	0.000
<b>รวม</b>	<b>2.96</b>	<b>0.175</b>	<b>4.55</b>	<b>0.393</b>	<b>16.228</b>	<b>0.000</b>
<b>ด้านที่ 4 การดูแลด้านจิตใจ</b>						
20. การไม่แสดงท่าที่รังเกียจหรือเบื่อหน่าย ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย	4.00	0.655	5.34	0.857	-6.933	0.000
21. การตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือบอกความ ต้องการ	4.03	0.421	5.14	0.833	-6.086	0.000
22. ท่านพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.89	0.673	4.79	0.861	-4.338	0.001
23. ท่านไม่แสดงอาการโกรธเมื่อผู้ป่วย หงุดหงิด	3.13	0.650	5.10	0.900	-5.893	0.000
24. ท่านเข้าใจการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย	3.83	0.602	5.24	1.023	-6.141	0.000
25. ท่านมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	3.93	0.530	5.45	1.088	-7.283	0.000
<b>รวม</b>	<b>3.86</b>	<b>0.275</b>	<b>5.09</b>	<b>0.472</b>	<b>-10.422</b>	<b>0.000</b>

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายช้อ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (กลุ่มควบคุม)				t	p - value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
<b>ด้านที่ 1 การดูแลความสะอาด</b>						
1. การทำความสะอาดร่างกาย	3.00	0.535	3.03	0.421	-0.701	0.212
2. การทำความสะอาดช่องปาก ฟันและเหงือก	2.55	0.506	2.62	0.553	-0.812	0.092
3. การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย	2.62	0.622	2.69	0.604	-0.921	0.092
4. การดูแลให้อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	2.62	0.568	2.76	0.553	-2.124	0.032
5. การสังเกตและบอกถึงอาการผิดปกติของ ผู้ป่วย	2.69	0.604	2.86	0.516	-1.440	0.081
6. การจัดการกับอาการผิดปกติเบื้องต้น	3.00	0.463	3.10	0.409	-1.079	0.101
<b>รวม</b>	<b>2.85</b>	<b>0.193</b>	<b>2.86</b>	<b>0.043</b>	<b>-0.290</b>	<b>0.774</b>
<b>ด้านที่ 2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</b>						
7. การดูแลเสมหะในช่องปากหรือลำคอ	2.66	0.484	2.72	0.455	-1.272	0.096
8. การดูแลแผลได้ เช่น แผลเจาะคอ หรือแผล กดทับ	2.55	0.632	2.66	0.614	-1.140	0.132
9. วิธีให้อาหารที่ไม่ทำให้เกิดการสำลัก	2.59	0.506	2.66	0.665	-1.368	0.125
10. วิธีการจัดทำนอนและพลิกตะแคงตัว	2.83	0.711	3.01	0.593	-2.045	0.051
11. การบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และมือ	2.69	0.604	2.78	0.531	-1.983	0.057
12. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วยได้ ถูกต้องเหมาะสม	2.79	0.620	2.86	0.511	-1.453	0.067
<b>รวม</b>	<b>2.71</b>	<b>0.259</b>	<b>2.73</b>	<b>0.2684</b>	<b>-0.643</b>	<b>0.526</b>
<b>ด้านที่ 3 การฟื้นฟูสภาพ</b>						
13. การฝึกและกระตุ้นผู้ป่วยให้ใช้อวัยวะข้างที่ ดีในการทำกิจวัตรประจำวัน	3.00	0.535	3.14	0.441	-1.000	0.163

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรายช้อ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (กลุ่มควบคุม)				t	p - value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
14. การกระตุ้นหรือช่วยบริหาร แขน ขา ข้างที่ดี	3.03	0.421	3.21	0.491	-1.410	0.084
15. การกระตุ้นหรือบริหาร แขน ขา ข้างที่อ่อน แรง	2.79	0.762	2.90	0.704	-1.000	0.163
16. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฝึกรั้ง ยืน และเดิน	2.76	0.636	2.93	0.530	-1.440	0.081
17. การกระตุ้นผู้ป่วยให้รับประทานอาหารด้วย ตนเอง	2.97	0.626	3.07	0.371	-.901	0.163
18. การฝึกหรือกระตุ้นผู้ป่วยให้สวมใส่เสื้อผ้า ด้วยตนเอง	3.07	0.593	3.14	0.435	-1.161	0.092
19. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	2.97	0.680	3.31	0.541	1.361	0.096
<b>รวม</b>	<b>3.05</b>	<b>0.233</b>	<b>3.09</b>	<b>0.277</b>	<b>-0.670</b>	<b>0.508</b>
<b>ด้านที่ 4 การดูแลด้านจิตใจ</b>						
20. การไม่แสดงท่าที่รังเกียจหรือเบียดเบียน ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย	4.00	0.655	4.24	0.557	-1.045	0.051
21. การตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือบอกความ ต้องการ	4.03	0.421	4.17	0.384	-1.440	0.082
22. ท่านพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.89	0.673	4.01	0.618	-1.440	0.082
23. ท่านไม่แสดงอาการโกรธเมื่อผู้ป่วย หงุดหงิด	3.76	0.689	3.93	0.651	-1.722	0.096
24. ท่านเข้าใจการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วย	3.79	0.620	3.83	0.602	-1.543	0.067
25. ท่านมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	3.79	0.491	3.93	0.530	-1.797	0.083
<b>รวม</b>	<b>3.12</b>	<b>0.109</b>	<b>3.16</b>	<b>0.144</b>	<b>-1.589</b>	<b>.123</b>

## ภาคผนวก จ

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax:(662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)020/2560

20 เมษายน 2560

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

- |                  |  |              |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. โครงร่างงานวิจัย                      | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | 2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล  | จำนวน 1 ชุด  |
|                  | 3. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วย นางสาวชลิตา เกิดภิรมย์ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษามลภาวะจัดการบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขนาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉินโรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักอิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่า นางเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักอิน)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาถึง : นางเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล

ปบ

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : นางปัทมธนา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

**แมตคากรุดนายบูที่โต พระเจ้าสถิตที่นั่น**  
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)020/2560

20 เมษายน 2560

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- |                  |  |              |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. โครงร่างงานวิจัย                      | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | 2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล  | จำนวน 1 ชุด  |
|                  | 3. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วย นางสาวชลิดา เกิดภิรมย์ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาผลการจัดการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยนอกเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักชิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสุลักษณ์ วงศ์ศิริภักดิ์ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักชิต)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาถึง : นางสุลักษณ์ วงศ์ศิริภักดิ์

ณ

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : นางปัทมา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

**เมตตา กรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น**  
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/(ว)020/2560

20 เมษายน 2560

เรื่อง เขียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างงานวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ชุด
	3. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวชลิดา เกิดภิรมย์ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษามลภาวะจัดการบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขนาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออบภิภินัน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ สำนักวิชาการและบัณฑิตศึกษา พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวปริญญา ไทแห่ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยของนักศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออบภิภินัน)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาถึง : นางสาวปริญญา ไทแห่

ฉบับ

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : นางปัทมวิภา บุญประเสริฐ

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3116

โทรสาร 0 2675 5313

**แมตคากรุนาอยู่ใต้ พระเจ้าสถิตที่นั่น**  
Ubi Caritas, Ibi Deus Est

## ภาคผนวก ฉ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ที่ตกลงใช้เครื่องมือวิจัย และ  
หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yannawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/026/2560

23 พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตยืมเครื่องใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวธลิดา เกิดภิรมย์ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษามลภาวะจัดการบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณี ละออปักยิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว และอยู่ระหว่างการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย "แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง"

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาแล้วเห็นว่าคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวกับผู้ป่วยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ป็อนบุญอัฐชัย)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ป.บ

สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา  
โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3118  
โทรสาร 0 2675 5313

**เมตตา กรุณา อยู่ที่ได้ พระเจ้าสถิตที่นั่น**  
Ubi Caritas, Ibi Deus Est



**วิทยาลัยเซนต์หลุยส์**  
**SAINT LOUIS COLLEGE**

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 02 675 5304(-12) โทรสาร 02 675 5313  
19 South Sathorn Rd. Yanawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304(-12) Fax. (662) 675 5313

ที่ ว.ชล.28/039/2560

19 กันยายน 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	จำนวน 1 ฉบับ
	3. สำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวชลิดา เกิดภิรมย์ นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษามลภาวะจัดการบริการการวางแผนจำหน่ายแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพรรณิ ละออปักฉิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ในการนี้วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาแล้วเห็นว่าคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วย Trauma และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย - หญิง ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาธิบดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุพรรณิ ละออปักฉิม)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปบ

สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา  
โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 3115  
โทรสาร 0 2675 5313

**เมตตากูรณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น**  
**Ubi Caritas, Ibi Deus Est**

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวชลิดา เกิดภิรมย์
วัน เดือน ปี เกิด	20 มกราคม 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรปราการ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

### ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ.2559-ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลรามธิบดีจ๊กรีนฤบดินทร์

