



Received: 22 Feb 2024; Revised: 7 Mar 2024

Accepted: 14 Mar 2024

ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

กนกพิชญ์ ก้างยาง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง การทดลอง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของ ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบวัด ความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลแบบ เอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired-t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมี ความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯสามารถใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลและลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะได้

คำสำคัญ : บาดเจ็บที่ศีรษะ, ความวิตกกังวล, การดูแลแบบเอื้ออาทร

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยหลวง อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย kanokpich.poohrada1977@gmail.com



The Effect of Using a Generosity Program on Anxiety among Head Injury Patients' Family Members, Emergency and Forensic Department, Doiluang Hospital, Chiangrai Province

Kanokpich Kangyang¹

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to study compare of anxiety in head injury patient's family between before and after undergoing Swanson's caring program. The samples was 35 families or relatives of mild head injuries patient who was treatment at emergency and forensic accident department, Doi Luang Hospital, Chiang Rai Province. This study was purposive sampling. Data were collected by using a questionnaire, that consist of patient personal information, personal of respondents information, The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the tools used in the experiment include Swanson's caring program for anxiety of head injury patient's family. The statistics used were frequency, percentage, means, standard deviation, and hypothesis test with Paired t-test.

The results found that after receiving Swanson's caring program, head injury patient's family had decreased anxiety when compared with before, statistically significant at the 0.01 level. Swanson's caring program can be used as a guideline for nursing and reducing anxiety for head injury patient's family.

Keywords : Head injury, Anxiety, Swanson's caring program

¹Expert professional nurse Doi Luang Hospital, Doi Luang District, Chiang Rai Province kanokpich.poohrada1977@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีความอันตรายต่อหลายประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับการบาดเจ็บที่สมองเป็น 1 ใน 10 สาเหตุหลักที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกเสียชีวิตและพิการ (Demlie et al., 2023) สำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน การหกล้ม หรือการตกจากที่สูง โดยสาเหตุเหล่านี้มักมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกที่ทำให้ประชาชนไทยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ (Lowe et al., 2020) การบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่พบในผู้ชายที่มีอายุ 31 - 45 ปี โดยมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุของรถจักรยานยนต์ และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิต ได้แก่ มีอายุมากกว่า 60 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน การนำส่ง EMS และการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด (ณัฐพงษ์ สุวรรณศิริโชค, 2566) ในปี 2560 -2564 จังหวัดเชียงรายเป็น 1 ใน 3 จังหวัดของประเทศไทยที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากสถิติการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง พบว่า ในปี 2563 - 2565 การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็น 1 ใน 5 สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (โรงพยาบาลดอยหลวง, 2566)

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตและเกิดความพิการได้ ซึ่งสามารถเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย และทุกเวลา (Torregrossa et al., 2023) การบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อไปยังระบบเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นเสาหลักของครอบครัวต้องขาดรายได้เนื่องจากตกงาน (Yue et al., 2023) เป็นผลทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อตนเองและบุคคลรอบข้างเป็นอย่างมาก โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่าหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง สภาวะทางอารมณ์มีความเปลี่ยนแปลง ตลอดจนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันต่าง ๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล (Kureshi et al, 2023)

การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยเป็นผลให้ครอบครัวเสียสมดุล สมาชิกในครอบครัวเกิดความตึงเครียด รวมไปถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ความรู้สึกไม่สบายใจจากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความท้อแท้สิ้นหวัง หดกำลังใจ ซึมเศร้า หรือมองโลกในแง่ร้ายตลอดจนเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต จนไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Kureshi et al, 2023) ความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะเกิดในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วย ซึ่งสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกของครอบครัว (บุญรัตน์ ปัญศิริ และปชาณัฐ นันไทยทวีกุล, 2564) เป็นผลทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีการปรับตัว

และปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยมีปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศของผู้ดูแล (PR: 0.65, CI: -0.82; -0.04) การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว (PR: 1.51, CI: 0.017; 0.805) และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม (PR: 1.61, CI: 0.116; 0.830) (Iwata & Tadaka, 2023) การดูแลสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเพื่อช่วยบรรเทาภาวะความวิตกกังวลและสามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการดูแลแบบเอื้ออาทรของสเวนสัน ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการใส่ใจบุคคลทำให้บุคคลมีคุณค่า เป็นวิธีการปกป้องคุ้มครองรวมไปถึงการส่งเสริมให้กำลังใจด้วยความมุ่งมั่นและมีความรับผิดชอบต่อบุคคล โดยตระหนักถึงคุณค่าความเชื่อและค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การคงไว้ซึ่งความเชื่อ การรู้จักผู้ป่วย การอยู่กับผู้ป่วย การช่วยเหลือบุคคล และการสนับสนุนความสามารถของบุคคล (Swanson, 1999)

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในหอผู้ป่วยและพบได้น้อยในการศึกษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินรวมทั้งการศึกษาดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้เป็นวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยไม่ได้ลดในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการพยาบาลและลดความวิตกกังวลแก่ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

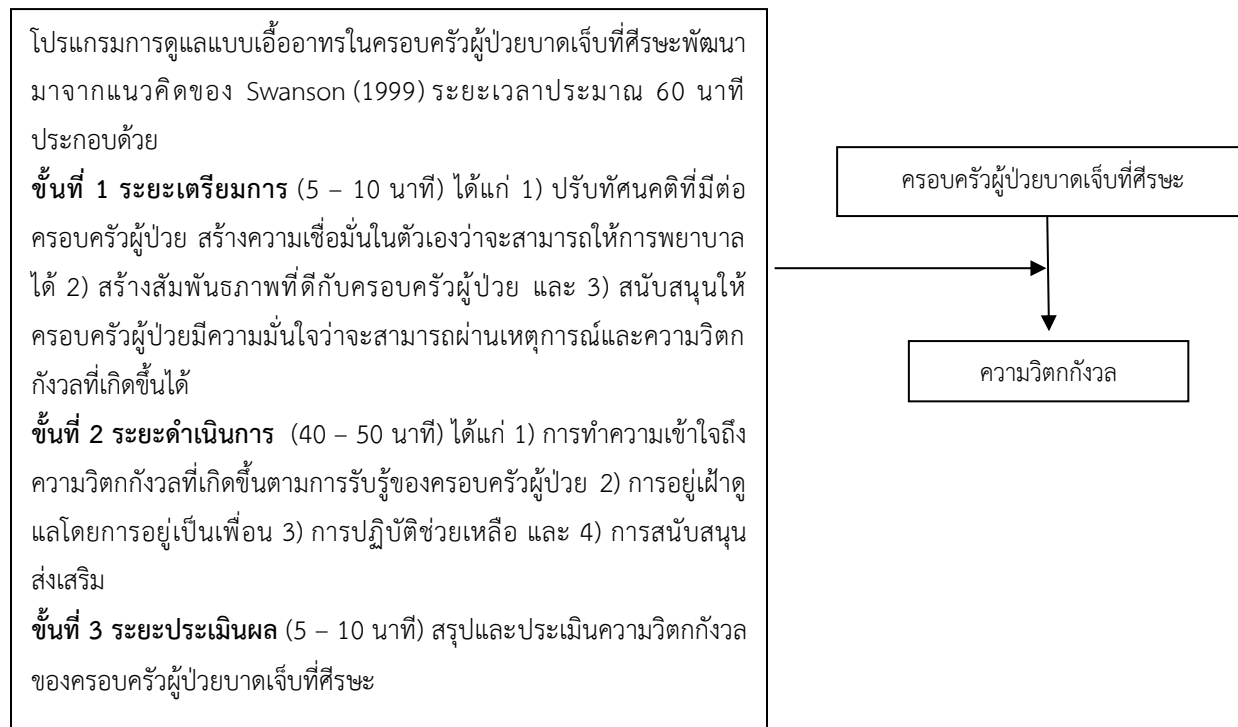
เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

สมมติฐาน

ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของสวอนสันเป็นแบบแผนการให้บริการพยาบาลที่ได้จัดทำเป็นคู่มืออธิบายขั้นตอนการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะฉบับผู้ดูแลรวมไปถึงคู่มือการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล โดยการปฏิบัติงานการดูแลเอื้ออาทรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ได้รับการดูแล ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้ได้รับการดูแลในภาวะสมดุลแบบองค์รวม ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล 5 ด้าน ตามทฤษฎีของสวอนสัน (Swanson, 1990) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งความเชื่อความศรัทธา การทำความเข้าใจ การเฝ้าดูแล การปฏิบัติช่วยเหลือและการสนับสนุนส่งเสริม โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง
การทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวหรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวหรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 ผู้วิจัยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ 0.8 และค่า effect size 0.46 (หยาดพิรุณ กุณโฮง, นรลักขณ์ เอื้อกิจ. 2564) ทำการคำนวณจากสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1989) สำหรับแบบทดสอบนี้จะเป็นแบบทดสอบที่ใช้ในการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยประเมินความรู้สึก ณ ปัจจุบัน และแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยได้ใช้แนวคิดจากทฤษฎีการดูแลของสแวนสัน (1999) คู่มืออธิบายขั้นตอนการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะฉบับผู้ดูแลรวมไปถึงคู่มือการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล

- ระยะเตรียมการ (5 – 10 นาที) ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ก่อนทำการทดลองผู้วิจัยจะดำเนินการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความมั่นใจ ประเมินความพร้อม และสร้างบรรยากาศเตรียมความพร้อมก่อนทดลอง ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์

และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและทำแบบวัดความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยในระยะนี้เป็นการดำเนินการตามแนวคิดการคงไว้ซึ่งความเชื่อ โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 1) ปรับทัศนคติของผู้วิจัยที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่นในตัวเองว่าจะสามารถให้การพยาบาล รวมทั้งทำความเข้าใจในตนเอง รวมถึงรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วย
- 3) สนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าจะสามารถผ่านเหตุการณ์และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้

- ระยะดำเนินการทดลอง (40 – 50 นาที) ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาพยาบาล ผู้วิจัยให้การดูแลแบบเอื้ออาทรแก่ครอบครัวผู้ป่วย ดังนี้

- 1) การทำความเข้าใจถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย
- 2) การอยู่เฝ้าดูแล โดยการอยู่เป็นเพื่อน ยอมรับ ทำความเข้าใจ และการแสดงความเอาใจใส่ เต็มใจพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือตลอดเวลา รวมถึงจัดการทางด้านอารมณ์ให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย
- 3) การปฏิบัติช่วยเหลือ โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลสิทธิการรักษา ช่วยดูแลความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ แจ้างแหล่งประโยชน์และการสนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องการหรือร้องขอ

- 4) การสนับสนุนส่งเสริม เป็นการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วย

- ระยะประเมินผล (5 – 10 นาที) เป็นการสรุปและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยให้ครอบครัวผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะฉบับผู้ดูแลและคู่มือการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวลเพื่อใช้ในการทบทวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยใช้สถิติ Paired t- test

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 222/2566 ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 80.00 มีอายุเฉลี่ย 38.24 ปี (S.D = 19.54) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 37.14 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 51.43 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 37.14 เป็นผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือน ร้อยละ 68.57 สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 97.14 มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวเฉลี่ย 14.88 คะแนน (S.D = 0.44) ใช้ระยะเวลาเข้ารับการรักษเฉลี่ย 77.80 นาที (S.D = 47.83) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 62.86

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 51.43 มีอายุเฉลี่ย 41.44 ปี (S.D = 14.82) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เป็นคู่สมรสหรือบิดามารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 22.86 มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 42.86 ซึ่งมีรายได้เพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 62.86 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 2.88 คน (S.D = 1.23) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในด้านการคงไว้ซึ่งความเชื่อ การทำความเข้าใจ การอยู่เฝ้าดูแล การปฏิบัติช่วยเหลือ และการสนับสนุนส่งเสริม อยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล (n = 35)

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาล	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
การคงไว้ซึ่งความเชื่อ	3.90	0.46	มาก
การทำความเข้าใจ	3.99	0.45	มาก
การอยู่เฝ้าดูแล	3.99	0.47	มาก
การปฏิบัติช่วยเหลือ	4.06	0.41	มาก
การสนับสนุนส่งเสริม	4.06	0.41	มาก
รวม	3.98	0.39	มาก

ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร (n = 35)

ความวิตกกังวล	$\bar{x}$	S.D	df	t	p-value	95%CI
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	46.92	4.10	34	13.92	<0.01**	14.16 – 19.13
หลังการดำเนินกิจกรรม	30.28	5.52				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่ทำให้ครอบครัวได้รับรู้ถึงสภาพปัญหาของอาการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยเพราะมีพยาบาลคอยอยู่เป็นเพื่อนทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา จึงเป็นเหตุผลหนึ่งซึ่งช่วยในการลดความตึงเครียดลงได้ (บุญรัตน์ ปัญศิริ และ ปาณัญญ์ นันไทยทวีกุล, 2564)

การได้รับการดูแลแบบเอื้ออาทรตามกรอบแนวคิดของสแกนสัน ทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลทำให้มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญาภา พิชะยะ และคณะ (2566) ที่ได้ศึกษาผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ภัทราวดี บุตรคุณ และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลเอื้ออาทรผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันในครอบครัวผู้ป่วยเป็นกระบวนการของพยาบาลในการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรวมไปถึงการฝึกปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและสามารถลดความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะ

ควรนำการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันไปใช้ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบการบริการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง ตลอดจนจัดทำแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจนและง่ายต่อการใช้งาน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐพงษ์ สุวรรณศิริโชค. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 8(2), 278-285.
- โรงพยาบาลดอยหลวง. (2566). ข้อมูลผู้มารับบริการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลดอยหลวง ปี 2562 – 2565.
- บุญรัตน์ ปัญศิริ และ ปชานัญญ์ นันไทยทวีกุล. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนตามความต้องการของครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารเกื้อการุณย์*. 28(2), 36-47.
- พิชญาภา พิชะยะ, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม และ สาคร พรพจน์ธนาศ. (2566). ผลของการพยาบาลแบบเอื้ออาทรของสแกนสันต่อความพึงพอใจในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการผ่าตัด. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 33(3), 39-51.

- ภัทรารัตน์ บุตรคุณ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และ วินัส ลีฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลเฝ้าอาหารต่อความวิตกกังวลและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลเฝ้าอาหารจากพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 15(2), 1-13.
- ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). จังหวัดเสี่ยงการบาดเจ็บและเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ข้อมูลปี 2560 - 2564). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <https://dip.ddc.moph.go.th/new/plugin/article/view/40/จังหวัดเสี่ยงการบาดเจ็บและเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน> (ข้อมูลปี 2560 - 2564).
- หยาดพิรุณ กุณโสง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารเกื้อการุณย์*. 28(1),20-32.
- Demile T.A., Alemu M.T., Messelu M.A., Wagnew F., & Mekonen E.G. (2023). Incidence and predictors of mortality among traumatic brain injury patients admitted to Amhara region Comprehensive Specialized Hospitals, northwest Ethiopia, 2022. *BMC Emergency Medicine*, 23(1),1-11.
- Iwata Y., & Tadaka E. (2023). Factors contributing to life-change adaptation in family caregivers of community-dwelling individuals with acquired brain injury. *Healthcare*, 11(1),1-12.
- Kureshi N., Clarke D.B., & Feng C. (2023). Association between traumatic brain injury and mental health care utilization: evidence from the Canadian Community Health Survey. *Injury Epidemiology*, 10(1),1-8.
- Lowe C.T., Kelly M., Seubsman S., & Sleigh A. (2020). Predictors and burden of injury mortality in the Thai cohort study 2005–2015. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 1-9.
- Spielberger C.D. (1989). State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2 nd ed). Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press.
- Swanson K.M. (1999). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: J Nurse Scholar*, 25(4),352-357.
- Torregrossa W., Torrisi M., Luca R.D., Casella C., Rifici C., Bonanno M., & Calabrò R.S. (2023). Neuropsychological assessment in patients with traumatic brain injury: A comprehensive review with clinical recommendations. *Biomedicines*, 11(1),1-17.

Yue J.K., Krishnan N., Andrews J.P., Semonche A.M., Deng H., Aabedi A.A., Wang A.S., Caldwell D.J., Park C., Hirschhorn M., Ghoussaini K.T., Oh T., & Sun P.P. (2023). Update on pediatric mild traumatic brain injury in rural and underserved regions: a global perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 1-20.