

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีความแตกต่างกันในด้าน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่นอนพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมขา และศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ จังหวัดชลบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 119 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล โดย จันทรา พรหมน้อย (2547) และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดย พรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) ร่วมกับการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว โดยใช้แนวคิดของ Tutton and Ager (2003) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 ส่วนแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวนำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลการบาดเจ็บและการรักษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมที่อวัยวะอื่นจากเวชระเบียน ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 84 วัน ตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2551 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 119 ราย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ญาติกับ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว ที่มีความแตกต่างกัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.6 พบมากในช่วงอายุ 15-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.3 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.1 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.6 และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 41.2 มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 58.8 โดยสาเหตุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร คิดเป็นร้อยละ 56.3 ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองถูกกระทบกระเทือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.3 และพบการบาดเจ็บที่สมองส่วนหน้ามากที่สุดร้อยละ 37.0 ส่วนใหญ่ไม่พบการบาดเจ็บร่วมที่อวัยวะอื่น ร้อยละ 73.1 มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 72.3 และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการใส่ยาร้อยละ 71.4

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.6 มีอายุระหว่าง 26-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.8 โดยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุที่มากที่สุด 73 ปี ($\bar{X} = 38.65, SD = 12.21$) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.5 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะสามี-ภรรยา ร้อยละ 41.2 รองลงมาเป็น บิดา-มารดา ร้อยละ 25.2 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.1 มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.8 โดยรายได้น้อยที่สุด 4,000 บาท และรายได้มากที่สุด 80,000 บาท ($\bar{X} = 18,635.93, SD = 11,183.61$) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะคิดเป็นร้อยละ 58.8

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 55.5 โดยมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด 10 คะแนน ($\bar{X} = 7.34, SD = 1.97$) และ 1 รายที่รับรู้ว่ามีไม่มีความรุนแรง

4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
 ญาติที่ระยะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยญาติที่ระยะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
 ในการดูแลผู้ป่วยญาติที่ระยะโดยรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 99.2 ($\bar{X} = 123.05$,
 $SD = 8.90$) และเมื่อพิจารณาคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 ญาติที่ระยะรายด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการวางแผนและตัดสินใจ ด้านการ
 ปฏิบัติการดูแล ด้านการประเมินผล และด้านการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการมีส่วนร่วมใน
 การดูแลผู้ป่วยญาติที่ระยะพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X} = 38.40$, $SD = 2.94$;
 $\bar{X} = 15.91$, $SD = 1.79$; $\bar{X} = 51.46$, $SD = 4.57$; $\bar{X} = 8.42$, $SD = 0.90$; $\bar{X} = 8.86$, $SD = 8.90$
 ตามลำดับ)

5. เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว
 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยญาติที่ระยะที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มี
 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยญาติที่ระยะ
 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,116} = 6.528$, $p = .002$) และเมื่อทดสอบความ
 แตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย
 ญาติที่ระยะเป็นรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของ
 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยญาติที่ระยะที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับปาน
 กลางกับระดับมาก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .036$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ย
 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยญาติที่ระยะ ที่ม
 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในระดับน้อยกับระดับปานกลาง และระดับน้อยกับระดับ
 มาก ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยญาติที่ระยะที่มีความแตกต่างในด้าน การรับรู้ความ
 รุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่า

6. เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยญาติที่ระยะที่มีความแตกต่างในด้าน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า สมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยญาติที่ระยะที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
 ในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยญาติที่ระยะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($F_{4,114} = .940$,
 $p = .443$)

7. เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยญาติที่ระยะที่มีความแตกต่างในด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า สมาชิกครอบครัว
 ผู้ป่วยญาติที่ระยะที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของ
 สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยญาติที่ระยะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($F_{2,116} = .188$, $p = .829$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.6 ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในหลายงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (รัมภ์ดา อินทร, 2538; สุนนา แสนมาโนช, 2541; วิมาลา เจริญชัย, 2545; จันทรา พรหมน้อย, 2547; ชนัญชิตา โพธิ์ประสาน, 2547; ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548; เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; คารารัตน์ ปานดี, 2549; พิกุล เจริญสุข, 2549; พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550; Laitinen & Isola, 1995; Lee & Craft-Rosenberg, 2002) เนื่องจากในสังคมไทย มักจะอบรมเลี้ยงดูผู้หญิงให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน และสมาชิกครอบครัวมักจะคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลด้านสุขภาพอนามัย และมักจะให้เป็นบทบาทโดยตรงของผู้หญิงในการดูแลเมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542) ซึ่งเป็นบทบาทตามประเพณีของเพศหญิง

นอกจากนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็น สามี หรือภรรยา ของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 41.2 รองลงมาได้แก่ บิดา-มารดา ร้อยละ 25.2 ซึ่งมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส หรือบิดา-มารดา (วิมาลา เจริญชัย, 2545; จันทรา พรหมน้อย, 2547; ชนัญชิตา โพธิ์ประสาน, 2547; ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548; เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; คารารัตน์ ปานดี, 2549; พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550; Lee & Craft-Rosenberg, 2002) เนื่องจากสัมพันธ์ระหว่าง สามี-ภรรยา จะมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความรักความผูกพัน และความเข้าใจซึ่งกันและกัน (วรารักษ์ จิรานนท์, 2547) นอกจากนั้นวัฒนธรรมของสังคมไทย จะมีลักษณะในการมีน้ำใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันครอบครัว ซึ่งมีความผูกพันทางสายโลหิต ใกล้ชิดรักใคร่กันมาก สมาชิกครอบครัวจะคอยดูแลทุกข์-สุขของกันเสมอ มีการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนั้นแล้วยังถือเป็นหน้าที่หนึ่งของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลเอาใจใส่ เมื่อสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Friedman, Bowden, & Jones, 2003) ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถปรับตัวให้เกิดสมดุลในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือภาวะวิกฤตขึ้นในครอบครัว สมาชิกครอบครัวต่างก็ต้องให้ความช่วยเหลือ ดูแลกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) เพื่อให้สามารถรอดพ้นจากภาวะวิกฤตไปได้ด้วยดี

นอกจากนี้ยังพบว่า สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 26-40 ปี (ร้อยละ 37.8) ซึ่งวัยนี้จะมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากกว่า เนื่องจาก ผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะ และผ่านประสบการณ์การดำเนินชีวิตมามาก ส่งผลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และการตัดสินใจเผชิญปัญหาในเรื่องต่าง ๆ รวมไปถึงการควบคุมจิตใจ ยอมรับในบทบาทและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ เมื่อพบกับภาวะวิกฤต ซึ่งได้แก่การบาดเจ็บศีรษะ จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการรับรู้และเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว รวมไปถึงมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าวัยสูง ซึ่งอายุมาก และมีข้อจำกัดในเรื่องสุขภาพ และวัยเด็กหรือวัยรุ่น ซึ่งมีวุฒิภาวะและประสบการณ์น้อยกว่า (พิกุล เจริญสุข, 2549)

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 123.05$, $SD = 8.90$) และเมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติการดูแล ด้านการประเมินผล และด้านการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความคิดเห็นอยู่ระดับมากในทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเห็นด้วย กับการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

จากผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่า บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมีมาช้านาน ถือเป็นค่านิยม หน้าที่ และความรับผิดชอบของคนในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จุฑา ภูไพบูลย์, 2541) เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบ ต่อสมาชิกคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สมาชิกครอบครัวนั้นเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด มีความรักความผูกพันกัน และจะปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เพื่อควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามได้ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย จากการเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นอันดับแรก (Laitinen, 1993) โดยเฉพาะบิดา มารดา หรือคู่สมรส ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกันมากที่สุด มักต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล เจริญสุข (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตพบว่า แรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ความรักความผูกพันระหว่างกันในครอบครัว และเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวในการดูแลซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

ขาดเจ็บศีรษะเห็นด้วย กับการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะ

นอกจากนี้ บริบทของสถานที่ศึกษาซึ่งเป็น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงกลาโหมมีศักยภาพเทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข มีแบบแผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การทำหัตถการ การผ่าตัด สิทธิการรักษา แก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยเน้นการดูแลรักษาแบบองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ จึงมีการให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่สมาชิกครอบครัว ตั้งแต่ระยะแรกของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการขาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วย ส่งผลให้คลายความวิตกกังวลลง เนื่องจากสมาชิกครอบครัวต้องการแหล่งประโยชน์ที่จะเข้ามาสนับสนุน เพื่อให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่จะช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว ในการผ่อนคลายภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยการให้ความช่วยเหลือต่างๆแก่สมาชิกครอบครัว ทั้งการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย เช่นการให้สมาชิกครอบครัวได้พักผ่อน การช่วยอำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วย การได้รับคำปลอบโยนและกำลังใจ จะช่วยลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นจากการขาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิดได้ นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ตรงกับอาการที่เป็นจริงของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต สามารถปรับตัว และปรับเปลี่ยนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; Friedman, Bowen, & Jones, 2003) เกิดความรู้สึก และความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อแนวโน้มที่ดีในการเข้าร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะได้เป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะเป็นรายด้านพบประเด็นสำคัญ ซึ่งนำมาอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขาดเจ็บศีรษะ ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 38.40, SD = 2.94$) (ตารางที่ 7) อธิบายได้ว่า การขาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการเตรียมตัวเตรียม

ใจล่วงหน้า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ เป็นการบาดเจ็บจากภาวะสมองถูกกระทบ กระเทือนมากที่สุด ร้อยละ 61.3 (ตารางที่ 3) ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีบาดแผลจากการกระแทก แผลถลอก หรือฉีกขาด มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ในบางรายจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัว ที่ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ถึงร้อยละ 58.8 เกิดความเครียดและความวิตกกังวล จากการไม่มีความรู้ไม่เข้าใจในโรค และอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ สมาชิกครอบครัวจึงมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ โรค อาการของผู้ป่วย รวมไปถึงแนวทางการรักษา ที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากคำแนะนำความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลรายชื่อ (ตารางภาคผนวก จ) พบว่า สมาชิกครอบครัวให้คำแนะนำความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62$, $SD = .49$) สอดคล้องกับการศึกษาในหลายงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สมาชิกครอบครัวมีความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค อาการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยมากเป็นอันดับแรก (ชนัญชิตา โพธิ์ประสาน, 2547; ธิติมา วทานิชเวช, 2540; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้นแล้ว ยังช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะที่ผู้ป่วยและครอบครัวกำลังเผชิญอยู่ (ธิติมา วทานิชเวช, 2541; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541)

ในขณะเดียวกัน สมาชิกครอบครัวก็เห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากสมาชิกครอบครัว ต้องการคำชี้แนะ และข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ ในขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่ก็ต้องการข้อมูลสำคัญในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยด้วยเช่นกัน แต่จากการศึกษาพบว่า คำแนะนำรายชื่อที่สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการสอบถามอาการผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ โดยไม่ต้องรอให้เจ้าหน้าที่แจ้งเองนั้น มีคะแนนต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.81$, $SD = .84$) อาจเนื่องจากสมาชิกครอบครัวยังไม่รับรู้ว่าการสอบถามอาการจากเจ้าหน้าที่เป็นหน้าที่หนึ่งของตนเอง ในการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เหตุผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจากสมาชิกครอบครัวมีความเกรงใจเจ้าหน้าที่ ไม่กล้าเข้ามาซักถามอาการของผู้ป่วย เนื่องจากเกรงว่าเจ้าหน้าที่จะรำคาญ หรือหงุดหงิด ประกอบกับบริบทของสังคมไทย มักจะยกย่องแพทย์ และพยาบาลว่าเป็นผู้มีความรู้ดีที่สุด (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; โสพรรณ โพทะยะ, 2544) ดังนั้นสมาชิกครอบครัวจึงให้ความเกรงใจ และมักจะรอให้เจ้าหน้าที่แจ้งอาการป่วย หรือการดำเนิน

ของโรคของผู้ป่วย แก่สมาชิกครอบครัวเองเมื่อจำเป็น จึงส่งผลต่อค่าคะแนนรายข้อของความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ

2.2 ด้านการวางแผนและตัดสินใจ

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในด้านการวางแผนและตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 15.91, SD = 1.79$) และเมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลรายข้อ (ตารางภาคผนวก จ) พบว่า คะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่ง เช่น การใส่หรือถอดเครื่องช่วยหายใจ การกู้ชีวิตผู้ป่วย การยุติการรักษา การส่งต่อการรักษานั้น สมาชิกครอบครัวให้คะแนนน้อยกว่าข้ออื่น ๆ ($\bar{X} = 3.71, SD = .85$) อาจเนื่องมาจาก สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 36.1) และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ถึงร้อยละ 58.8 ประกอบกับความเชื่อของสังคมไทยที่ยังเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นบุคคลที่มีความรู้มากที่สุด และสมาชิกครอบครัวยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (โสพรรณ โพทะยะ, 2544; พิกุล เจริญสุข, 2549) สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่จึงไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น และร่วมวางแผนการดูแล เป็นเพียงการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพเท่านั้น รวมไปถึงสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีการรับรู้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก ร้อยละ 55.5 อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวไม่กล้าที่จะเข้าร่วมมือกับพยาบาลในการวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีความรู้เพียงพอ จึงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะน้อยกว่าด้านอื่น ๆ

2.3 ด้านการปฏิบัติการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในด้านการปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 51.46, SD = 4.57$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ที่ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความสำคัญเป็นอันดับต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล เจริญสุข (2549) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยมากกว่าด้านอื่น อธิบายได้ว่า ครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย จากการเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นอันดับแรก (Laitinen, 1993) การได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยด้วยตนเอง ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าและมีความเข้าใจมากขึ้นถึง

สิ่งที่ได้ทำให้กับผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549) เนื่องจากครอบครัวประกอบ ด้วยสัมพันธภาพที่ ประกอบ ด้วยความผูกพันเป็นพื้นฐาน ทำให้สมาชิกครอบครัวลงมือปฏิบัติสิ่งต่างๆเพื่อควบคุม หรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวจะ ให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ตั้งแต่แรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการอยู่ เป็นเพื่อนใกล้ชิด ๆ หรือปลอบโยนให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ (พิกุล เจริญสุข, 2549) ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษารุ่นนี้ซึ่งพบว่า เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ในการดูแลรายชื่อ (ตารางภาคผนวก จ) พบว่า คะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการ ได้มีส่วนร่วมใน การดูแล พูดคล้องกับผู้ป่วย โดยการพูดให้กำลังใจหรือปลอบ โยนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความ วิตกกังวลและกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย มีคะแนนสูงกว่าข้ออื่นในด้านเดียวกัน ($\bar{X} = 4.50$, $SD = .50$)

นอกจากนี้บริบทของสถานที่ศึกษา ซึ่งเป็น โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ มีแบบ แผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่ บ้านแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เมื่อแรกรับเข้าในหอผู้ป่วย ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการ รับทราบถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เกิดความรู้สึก มั่นใจ และมีความกล้าที่จะให้การดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว จึงมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมี ส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการดูแล อยู่ในระดับมาก

2.4 ด้านการประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในด้านการประเมินผล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 8.42$, $SD = .90$) อธิบายได้ ว่า การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะได้มีการประเมินผลของการดูแลว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนั้น มี ผลต่อผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) ที่ศึกษา บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟู สภาพ พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย คือ ด้านประเมินผลการดูแล

นอกจากนี้ การบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้น ยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว ทำให้ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ในครอบครัว โดยสมาชิกครอบครัวที่มีความรักความ ผูกพันกัน จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น และยังเป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการ เจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่ง การติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่สมาชิกรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ ๆ ต้อง

ปฏิบัติด้วยความ รู้สึกผูกพัน และเป็นห่วงในการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งการประเมินผลจะช่วยให้สมาชิกครอบครัว ได้ทราบถึงความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยได้ จากการได้มาเห็นอาการของผู้ป่วยด้วยตนเอง (พิกุล เจริญสุข, 2549) เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีความต้องการที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะลดความวิตกกังวลแล้ว ยังเป็นการช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยจากการเห็นอาการที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

2.5 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วมในการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 8.86$, $SD = 8.90$) อธิบายได้ว่า แรงจูงใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น ได้แก่ความรัก ความผูกพันต่อกันในครอบครัว (พิกุล เจริญสุข, 2549) และเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของสมาชิกครอบครัวในการดูแลกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549) ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด จะทำให้สมาชิกครอบครัวที่ไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อนเกิดความเครียด ทั้งจากอาการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปทางใด อีกทั้งต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วย ซึ่งภาระที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด และความวิตกกังวลสูง เกิดความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในการที่จะลดความเครียดและความวิตกกังวลนั้นให้น้อยลง ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทั้ง 4 ด้านข้างต้นนั้น ช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้คลายความเครียด และความวิตกกังวลลง สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ๆ เปลี่ยนแปลงไปได้ ทั้งจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัว ได้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางรักษา รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกครอบครัวคลายความวิตกกังวลลง การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านวางแผนและตัดสินใจ ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเกิดความสมดุลกันระหว่างการปฏิบัติภารกิจที่ต้องรับผิดชอบในบ้าน บทบาททางสังคมและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (Vaughan-Cole et al., 1998) ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการในการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องและสามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้ รวมไปถึงสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นส่วนในการดูแลผู้ป่วย (Cahill, 1996) ร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้วย การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านปฏิบัติการณ์ดูแล จะทำให้สมาชิกครอบครัว รู้สึกว่าได้ลงมือกระทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อผู้ป่วย และช่วยให้บุคคลอื่นเป็นที่ยึดได้ มีการฟื้นฟูที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกที่ดีกับการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าคะแนนการมี

ส่วนร่วมในด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น ๆ และการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านการประเมินผล ซึ่งจะช่วยใหสมาชิกครอบครัว ได้ทราบถึงความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยได้ จากการได้มาเห็นอาการของผู้ป่วยด้วยตนเอง (พิบูล เจริญสุข, 2549) รวมไปถึงการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่สมาชิกรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ ๆ ต้องปฏิบัติ ด้วยความรู้สึกรู้สึกผูกพัน และเป็นห่วงในการบาดเจ็บที่กระตุ้นกับผู้ป่วย ซึ่งจากการได้เห็นถึงผลดีของการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านนั้น ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดการรับรู้ว่าการได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลนั้นเกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง และผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลในระยะยาว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเห็นถึงความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และยังคงการปฏิบัติกันอย่างต่อเนื่อง จากการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับการมีส่วนร่วมในระดับมาก

3. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,116} = 6.528, p = .002$)

อภิปรายผล ได้ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 55.5 (ตารางที่ 6) โดยสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีการรับรู้ว่าคุณป่วยมีการบาดเจ็บระดับรุนแรง มีค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มากกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีการรับรู้ว่าคุณป่วยมีการบาดเจ็บระดับปานกลาง (ตารางที่ 9) ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัวของ Hill (1949 cited in Friedman, Bowen, & Jones, 2003, pp. 468-474; Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005, pp. 80-85) ว่าจากการบาดเจ็บอย่างกะทันหัน ทำให้แต่ละครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่ามีความรุนแรงมาก หรือน้อยแตกต่างกันออกไป ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแต่ละระดับนั้น จะเกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง ส่วนใหญ่จะมีภาวะไม่รู้สึกรู้สิด ตัว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บางรายเกิดความรู้สึก หรือสูญเสียอวัยวะ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะมาก กว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางหรือระดับเล็กน้อยที่รู้สึกตัว หรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เกิดการรับรู้และประเมินว่าการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้น มีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย เกิดความเครียด ความ

วิกฤตกังวล ความสับสน ก่อให้เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (Crisis) ขึ้นในครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวลงมือปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เพื่อควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกับเจ้าหน้าที่นั้น ทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าได้ลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยด้วยตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถช่วยให้บุคคลที่ตนเองรัก และผูกพันได้มีการฟื้นหายที่ดีขึ้น จากความเข้าใจดังกล่าวส่งผลถึงความคิดเห็นของสมาชิกครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในระดับมาก

นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 72.3 (ตารางที่ 3) ในขณะที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ที่รุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 55.5 (ตารางที่ 5) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวอาจเนื่องมาจากสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ถึงร้อยละ 58.8 (ตารางที่ 4) ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดและไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน ส่งผลให้การบาดเจ็บศีรษะเป็นสิ่งแปลกใหม่ของครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน อาจมีการรับรู้ถึงการบาดเจ็บศีรษะว่ามีความรุนแรง เนื่องจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์จะเกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเมื่อเกิดเหตุการณ์ซ้ำ จะสามารถปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ และบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัวได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; Friedman; Bowen, & Jones, 2003) จากเหตุผลดังกล่าวมาส่งผลให้สมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด สามารถรับรู้ถึงการคุกคามจากภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ยิ่งสมาชิกครอบครัวรับรู้ผู้ป่วยประสบกับภาวะวิกฤตมากเท่าไร ครอบครัวยังต้องการที่จะเห็นผู้ป่วยบอYT่านั้นและมีความต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Titler, Bombey, & Scutte, 1995) เนื่องจากความรู้สึผูกพัน และเป็นห่วงเป็นใยในการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นหน้าที่หนึ่งของครอบครัว ในการให้ความรัก ความเอาใจใส่ต่อกัน รวมไปถึงการดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

ผลของการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Lee & Craft-Rosenberg (2002) ที่พบว่า แม้ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย จะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แต่ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่สูงขึ้น ทำให้การดูแลมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ดูแลขาดความมั่นใจและมีการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ในระดับสูง ส่งผลต่อความล้มเหลวต่อการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ และการศึกษาของพิบูล เจริญสุข (2549) ที่พบว่า อาการของผู้ป่วยที่รุนแรง ส่งผลให้

สมาชิกครอบครัวเกิดความกลัว และไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อาจเนื่องมาจาก กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักอยู่ในห้องบำบัดพิเศษ ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ทำให้การดูแลมีความยุ่งยาก ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความกลัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วยได้ รวมไปถึงการศึกษาของ จันทรา พรหมน้อย (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจาก กลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สามารถเตรียมตัวเตรียมใจกับอาการจะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไว้ก่อนล่วงหน้า และมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายตามระยะพัฒนาการของช่วงอายุ ซึ่งสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจะเกิดความเข้าใจและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ อยู่เป็นปกติ จึงทำให้ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่น คือช่วงอายุ 15-25 ปี มีสุขภาพแข็งแรงก่อนเจ็บป่วย รวมไปถึงลักษณะการบาดเจ็บที่เรื้อรังที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้า ระยะเวลาที่เกิดการบาดเจ็บที่ใช้เวลาก่อนข้างสั้น แต่มีคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้มาก รวมไปถึงอาการของการบาดเจ็บที่เรื้อรังที่ไม่แน่นอน และทำนายได้ยาก เมื่อเกิดการบาดเจ็บเรื้อรัง จึงส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

4. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บเรื้อรังไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 กล่าวคือ ไม่ว่าสมาชิกครอบครัว จะมีความสัมพันธ์ในลักษณะใดกับผู้ป่วย ต่างก็มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลที่เหมือนกัน

ผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ว่า ค่านิยมของคนไทยยังยึดมั่นอยู่ในค่านิยมที่สืบทอดกันมา ในเรื่องการให้ความสำคัญต่อครอบครัว การดูแลกันและกัน และการเอื้ออาทรต่อกัน (พรพิไล เลิศวิชา, 2539) ครอบครัวไทยส่วนใหญ่จะมีความรักใคร่ผูกพันกัน การดูแลกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่หนึ่งของครอบครัว เพื่อคงสภาพความสมดุลของครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Friedman, Bowden, & Jones, 2003) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้ จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.6 ซึ่ง ในสังคมไทย มักจะอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน

และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน ในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่มักจะถูกละเลยดูให้เป็นผู้หารายได้ มาสนับสนุนในครอบครัว (Walker et al., 1995) ทำให้เพศหญิงคุ้นเคยกับการให้การดูแลสุขภาพ และความเป็นอยู่โดยทั่วไปของสมาชิกครอบครัวตามหน้าที่ของผู้ดูแลความเรียบร้อยในบ้านอยู่แล้ว และสมาชิกครอบครัวมักจะคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลด้านสุขภาพอนามัย และมักจะให้เป็นบทบาทโดยตรงของผู้หญิง (เอี่ยมพร ทองกระจาย, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่า สมาชิกครอบครัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีในช่วงอายุ 26-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.8 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 41-55 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ จะมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ มากกว่า เนื่องจาก ผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะและผ่านประสบการณ์การดำเนินชีวิตมามาก เมื่อพบกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่การบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการรับรู้และเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบสมาชิกครอบครัวที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กันทาง

สายเลือดแต่มีความรักความผูกพันต่อกันเสมือนสมาชิกครอบครัวเดียวกันถึงร้อยละ 9.2 (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ในปัจจุบันสภาพสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไป บริบทของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่มีแต่สมาชิกครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกัน มาเป็นสมาชิกครอบครัวที่แม้ไม่ใช่สายเลือดเดียวกันแต่มีความรักความผูกพันต่อกัน เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด ซึ่งจากลักษณะของความสัมพันธ์ดังกล่าว ที่ถึงแม้จะมีลักษณะความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ทั้งโดยสายเลือดเดียวกัน หรือไม่ใช่สายเลือดเดียวกันก็ตาม แต่เมื่อมีการรับรู้ว่าอยู่ในครอบครัวเดียวกัน จะมีความรัก ความผูกพันต่อกัน และถือว่าสมาชิกครอบครัวทุกคนมีความสำคัญต่อกัน มีบทบาท และหน้าที่ในการรักษาความสมดุลของครอบครัวให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดี ดังนั้นเมื่อเกิดการบาดเจ็บศีรษะขึ้นกับผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการบาดเจ็บศีรษะสมาชิกครอบครัวทุกคน จึงอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ของตน เพื่อให้สามารถดำรงความสมดุลของครอบครัวไว้ ซึ่งหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ จัดเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่มีความรักความผูกพันต่อกัน จึงพยายามช่วยเหลือบุคคลที่ตนเองรักและผูกพันให้มีการฟื้นหายที่ดี รวมไปถึงหาแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่พึงมีต่อกัน ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพจัดเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือ และสนองตอบความต้องการของสมาชิกครอบครัว ทั้งการให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัว เพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวล (Ali, 2006) รวมไปถึงการให้สมาชิกครอบครัวสามารถเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยได้ โดยการได้เข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ใน

การดูแลผู้ป่วยนั้น ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป จากผลของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ลดผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะ และสามารถรักษา สมดุลในครอบครัวได้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ถึงการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นว่าไม่ เกินความสามารถของครอบครัวในการควบคุม และจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิก ครอบครัวจึงมีความคิดเห็นที่ดีกับการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัจจัย เหล่านี้อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกันมีความคิดเห็น เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ไม่แตกต่างกัน

5. สมาชิกครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่แตกต่างกันที่ระดับ นัยสำคัญ .05

ผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ว่า สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ เกิดจาก อุบัติเหตุจราจรถึงร้อยละ 56.3 (ตารางที่ 3) ซึ่งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามพระราชบัญญัติ คู้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง รวมไปถึงผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.5 รองลงมาได้แก่ข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 20.2 (ตารางที่ 4) ซึ่งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากสำนักงานประกันสังคม และหน่วยงาน ต้นสังกัด ผู้ป่วยจึงไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่ต้องรับภาระค่า รักษาพยาบาล ส่งผลให้มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยลง ช่วยให้สมาชิกครอบครัวคลายความ วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล จัดเป็นแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวในการผ่อนคลาย ภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ช่วยลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นจากการ บาดเจ็บศีรษะ ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวมีการรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าไม่เกินความสามารถของ แหล่งประโยชน์ที่จะจัดการได้ ทำให้ความเครียดลดลง ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัว ได้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สามารถปรับบทบาทของตนในการเป็นผู้ดูแลสมาชิก ครอบครัวที่มีสุขภาพแข็งแรงได้ดี และทำหน้าที่ของครอบครัวตามบทบาทของตนในการดูแล ผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการให้ความ ช่วยเหลือต่างๆแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนนมาลย์ พิพัฒน์นวร (2547) ที่ศึกษาการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีรายได้ต่ำซึ่งไม่มีผลต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย เนื่องจากใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่มีปัญหาเรื่อง ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัวถึงร้อยละ 58.8 (ตารางที่ 2) และไม่ได้มีหน้าที่เป็นผู้หารายได้หลัก เป็นเพียงผู้หารายได้รองของครอบครัว ซึ่งหน้าที่หลักในการหารายได้ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัว จึงไม่มีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวนัก ประกอบกับ ส่วนใหญ่พบการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ร้อยละ 72.3 (ตารางที่ 5) ซึ่งมักไม่พบความผิดปกติหรือความพิการใด ๆ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ย่างยากซับซ้อน สมาชิกครอบครัวไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์ อาหาร ยา และค่าบริการทางสุขภาพในระยะยาว จึงไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ส่งผลให้รายได้ของครอบครัว ไม่ต้องถูกใช้ไปในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวจึงไม่ต้องเครียดกับภาระค่าใช้จ่าย ไม่ต้องประกอบอาชีพเสริม หรือหารายได้เพิ่มเติมไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ความเครียด และความวิตกกังวลลดลง สามารถทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวได้ ซึ่งถือเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของครอบครัวที่สมาชิกครอบครัวต้องให้การดูแลกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (รญา ภูโพลย์, 2541) มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้เกิดความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่ตามมา จากปัจจัยเหล่านี้ ทำให้สมาชิกครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรหาแนวทางในการส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว เช่น เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หรืออยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตามความเหมาะสม หรือพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสำหรับสมาชิกครอบครัว พร้อมให้การฝึกทักษะแก่สมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น สมาชิกครอบครัวเกิดความพอใจ ลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2. พยาบาลผู้ให้การดูแลควรตระหนัก และให้ความสำคัญถึงการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมาชิกครอบครัว โดยควรมี

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่สมาชิกครอบครัวรับรู้ และเข้าใจ เพื่อวางแผนการดูแลให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และอาการของผู้ป่วย แก่สมาชิกครอบครัวเป็นระยะ ๆ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจ และมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เป็นการลดความวิตกกังวล รวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจและสามารถเข้ามาร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบ หรือระบบการส่งต่อข้อมูล ระหว่างแผนกห้องตรวจโรค ผู้ป่วยนอก หรือจากแผนกฉุกเฉิน และหอผู้ป่วย เพื่อการส่งต่อข้อมูลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะตั้งแต่แรกเริ่มในโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเพิ่มแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว และการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาล เข้าใจและยอมรับตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

ด้านการบริหาร

ข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำเสนอผู้บริหาร เพื่อปรับปรุงระบบ และนโยบายการให้บริการแก่สมาชิกครอบครัว โดยการกำหนดนโยบาย/ รูปแบบการดูแลที่สนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น รวมไปถึงเป็นเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ด้านการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องดังนี้

1. ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการ การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว กับการได้รับการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการศึกษาถึงการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกับเจ้าหน้าที่ ว่ามีประเด็นใดที่สมาชิกครอบครัวมีความต้องการการมีส่วนร่วม แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือปฏิบัติได้น้อย เพื่อเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับความ

ต้องการการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว เพื่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพื่อจะได้ปัจจัยที่นำไปสู่แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงสามารถจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น