

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

1 (2)

บทเฉพาะห้องสมุดยืมกลับ

ภาควิชาภาษาไทย

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

The Impact of Traumatic Brain Injury on Patients and Families

โดย

นิภาวรรณ สามารถกิจ

สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง

As 000
- 8 ส.ค. 2545

156178

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัย
ประเภทงบประมาณแผ่นดิน ประจำปี 2540 มหาวิทยาลัยบูรพา

ISBN. 974-546-912-2

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากได้รับการสนับสนุนและความร่วมมืออย่างดียิ่งจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่าง ทั้งผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและครอบครัวทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ให้ความร่วมมือในการประสานงาน และช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ ที่ให้โอกาสและให้การสนับสนุนการวิจัย

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยบูรพา ที่พิจารณาให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2544

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่สมอง นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยระยะยาวที่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและครอบครัว ที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 140 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเกี่ยวกับผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย และแบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไป หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (Sheffe's test) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลางมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, และ $.01$) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมาก และผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลาง ระดับความพิการน้อยและไม่มีความพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย พบว่า สมาชิกครอบครัวที่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในขณะที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่างกันและการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $.001$) ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (Sheffe's test) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการไม่รู้สติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสมาชิกครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวแตกต่างจากสมาชิกครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยน้อยและไม่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, และ $.001$) ตามลำดับ

Abstract

Consequence of traumatic brain injury (TBI) is a chronic health problem that has long-term impacts on both patients themselves and their families. The purposes of this study were to explore the impacts of TBI on patients and families. The sample consisted of 120 pairs of TBI patients and the significant person in their families who followed up at the neurological out patient clinic and readmission at traumatic wards in Chonburi hospital, Rayong hospital Phrapokklao hospital and Chacheongsao hospital, The measurements used in this study included a structured interview questionnaire about impacts of TBI on patients and a self-administrative questionnaire about impacts of TBI on family. Descriptive statistics, T-test, and ANOVA were conducted for data analysis.

* The result revealed that TBI patients with differences in sex, age, educational level, family income, and duration of illness after accidents were not significantly different in the TBI impact scores. TBI patients with differences in levels of disability had significant difference in TBI impact scores ($p < .001$). With Scheffe's test, TBI patients with moderate level of disability had statistically significant difference of TBI impact scores from TBI patients with non-disability and low level of disability ($p < .05$ and $p < .01$), respectively. TBI patients with high level of disability and vegetative level had statistically significant difference of TBI impact scores from TBI patients with moderate and low level of disability as well as non-disability ($p < .001$). For TBI impacts on family, the result showed that TBI families with differences in sex, age, education level, family income, and duration of illness after accidents were not significantly different in the average of TBI impact scores on family. TBI patients with different level of disability and different level of daily activity assistance had significant difference in TBI impacts on family ($p < .05$ and $p < .001$) respectively. With Scheffe's test, TBI impact scores on family of TBI patients with vegetative level significantly differed from TBI patients with non-disability ($p < .01$). In addition, there were statistically significant differences of TBI impact scores on family between TBI patients with high level of daily activity assistance and TBI patients with low level of daily activity assistance and those with no assistance ($p < .01$ and $p < .001$), respectively.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	5
นิยามตัวแปร	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
การบาดเจ็บที่สมอง	7
ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย	9
ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว	11
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	18
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	18
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	19
การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	27
ผลการวิจัย	27
อภิปรายผล	43
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	45
สรุปผลการวิจัย	45
ข้อเสนอแนะ	47
บรรณานุกรม	49
ภาคผนวก	54
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	64

สารบัญ

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง	27
2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง	29
3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง	30
4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย	33
5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัว	33
6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันโดยการทดสอบค่าที (t - test)	34
7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	35
8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	35
9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	36
10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	36
11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	37
12 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่างกัน โดยใช้ Scheffe's test	37

สารบัญ (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิก ครอบครัวที่มีเพศต่างกัน โดยการทดสอบค่าที่ (t - test)	38
14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิก ครอบครัวที่มีอายุแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	38
15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิก ครอบครัวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	39
16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิก ครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	39
17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิก ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	40
18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมอง ต่อสมาชิก ครอบครัวผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับของความพิการแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	40
19 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัว ระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe's test	41
20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิก ครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยการ วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)	41
21 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวที่ต้องให้ ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe's test	42

๕

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

3

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า อุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและสังคมโดยรวม เนื่องจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุจากรถที่เพิ่มสูงขึ้นตามการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในแต่ละปีมีผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุประมาณ 70 ล้านคน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตรองลงมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (Cardona, 1994) สำหรับประเทศไทย อุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 3 รองลงมาจากโรคหัวใจ และมะเร็งทุกชนิด (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) จากการศึกษาอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถระหว่าง พ.ศ. 2527-2541 พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถเพิ่มขึ้นจากปีละ 5.7 ต่อแสนคน เป็น 18.5 ต่อแสนคน หรือเพิ่มขึ้น 3.2 เท่า (Suriyawongpaisal, & Wannarei, 1997) นอกจากนี้อุบัติเหตุจากรถยังเป็นสาเหตุของความพิการสูงเป็นอันดับ 2 รองจากการพิการแต่กำเนิด ถึงร้อยละ 35.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540) ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเนื่องจากอุบัติเหตุและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือก่อให้เกิดความพิการดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่สมองและไขสันหลัง (Guire, 1986) โดยการบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิต สำหรับผู้ที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่จะกลายมาเป็นผู้พิการที่มีระดับของความพิการแตกต่างกันไป ดังการศึกษาติดตามผู้ป่วยที่รอดชีวิตในระยะ 6 เดือนหลังจากได้รับบาดเจ็บที่สมองพบว่า ร้อยละ 20 มีความพิการอย่างรุนแรง ร้อยละ 40 จะมีความพิการปานกลาง ร้อยละ 40 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ (Jennett, et al., 1981)

การบาดเจ็บที่สมอง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน นำมาซึ่งภาวะวิกฤตของชีวิตและการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านของชีวิต ดังนั้นการบาดเจ็บที่สมองนอกจากจะมีผลกระทบต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่รอบข้างด้วย โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการสูญเสียความทรงจำ สมรรถภาพทางกายลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรม ทำให้มีความจำกัดในการทำหน้าที่ต่างๆ รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือและการพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวในฐานะที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย จึงต้องรับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

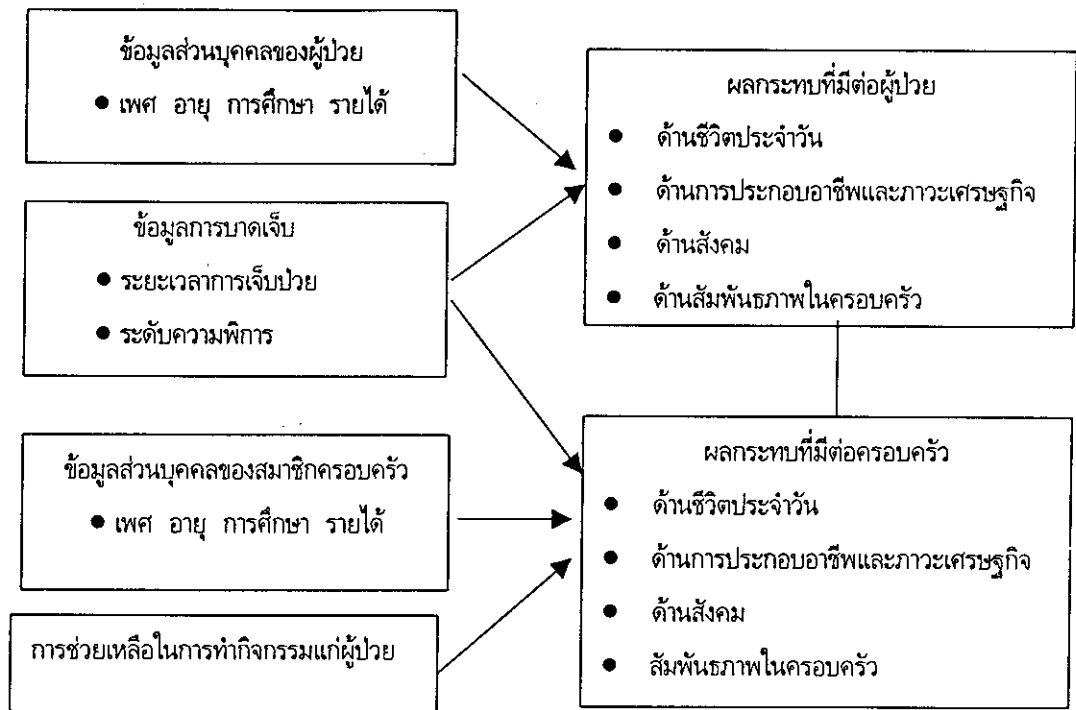
จากการศึกษาที่ผ่านมายืนยันว่า การบาดเจ็บที่สมองมีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ระบบครอบครัวเสียสมดุล สมาชิกในครอบครัวเกิดความตึงเครียด ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลง บทบาท หน้าที่

และการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 60 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว (Curtiss, Klemz & Vanderploeg, 2000) ร้อยละ 61 ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น (Jeffrey, et al., 1997) ผลกระทบของการบาดเจ็บจะมีต่อคู่สมรสมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัวและนำมาซึ่งการหย่าร้างในเวลาต่อมา นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของภาวะตั้งเครียดของครอบครัว (Thompson, 1974, 1984) สมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์จากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย พฤติกรรม และ การแยกตัวออกจากสังคม (Marsh, Kersel & Havill, 1998) ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างมากมายดังกล่าว อาจทำให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในสภาพที่เสี่ยงต่อความท้อแท้ สิ้นหวัง หดท้อกำลังใจ ซึมเศร้า หรือมองโลกในแง่ร้ายจนเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิต โรคประสาทและมีชีวิตที่เหลืออยู่อย่างไม่มีคุณภาพชีวิตได้

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสนใจทำการศึกษเกี่ยวกับบาดเจ็บที่สมองเป็นจำนวนมาก แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของการบาดเจ็บทางสมอง เพื่อรณรงค์และหาแนวทางในการป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจราจร การศึกษาปัญหาและแนวทางในการช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองจึงมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหา วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและมีชีวิตอยู่กับความจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่พบว่า การบาดเจ็บที่สมองไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวในระยะเฉียบพลันเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในระยะยาวด้วย ผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา สภาวะอารมณ์หรือพฤติกรรมจะส่งผลให้บุคคลมีความยากลำบากในการทำหน้าที่ตามปกติ และต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานหรือแม้แต่การทำหน้าที่ทางสังคม ผลกระทบที่บุคคลได้รับอาจจะมากหรือน้อยแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น เพศ อายุ การศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ หรือระดับของความพิการ เป็นต้น สำหรับผลกระทบที่มีต่อครอบครัว เป็นผลกระทบต่อเนื่องจากผลกระทบที่บุคคลได้รับ ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือพึ่งพาจากผู้อื่นดังกล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป อาจขึ้นอยู่กับผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ และปัจจัยส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว ดังแผนภูมิที่ 1



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงผลกระทบด้านชีวิตประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและครอบครัว
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยหลังจากอุบัติเหตุ และระดับความพิการของผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัว ที่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยหลังจากอุบัติเหตุของผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีเพศแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีอายุแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับความพิการภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน
7. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีเพศแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยแตกต่างกัน
8. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีอายุแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยแตกต่างกัน
9. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยแตกต่างกัน
10. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยแตกต่างกัน
11. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยแตกต่างกัน
12. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับความพิการภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยแตกต่างกัน
13. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน จะได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน หรือผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับการรักษาค้ำ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2541 - 30 พฤศจิกายน 2542 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและ

อาศัยอยู่ภายในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ไม่จำกัดเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพตระหนักถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ตลอดจนปัจจัยที่ทำให้ผลกระทบนั้นมีความแตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหา และวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะรวมทั้งยกระดับขีดความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองให้สูงขึ้น อันจะส่งผลต่อการลดอัตราความพิการและผลกระทบจากการได้รับบาดเจ็บที่สมอง
3. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารระดับสูงหรือองค์กรต่างๆ ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังได้รับการบาดเจ็บที่สมองได้อย่างเหมาะสม
4. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและครอบครัวต่อไป

นิยามตัวแปร

1. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและดัดแปลงบางส่วนจากแบบวัดผลกระทบของความเจ็บป่วยของ เซ็คตัน และมันโร (Sexton & Munro, 1985) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ
 - 1.1 ผลกระทบด้านชีวิตประจำวัน หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร หรือการให้อาหารทางสายยาง การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ การเคลื่อนไหว การเดินทางออกนอกบ้าน การดูแลสุขภาพของตนเอง
 - 1.2 ผลกระทบด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ ทั้งลักษณะงาน เวลาในการทำงาน รายได้ และสมรรถภาพการทำงานของผู้ป่วย
 - 1.3 ผลกระทบด้านสังคม หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมในสังคม กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง และจำนวนสมาชิกหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

1.4 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เวลาที่ให้กับครอบครัว ความสนุกในครอบครัว และ/หรือความสัมพันธ์ฉันท์สามี-ภรรยาในผู้ป่วยที่มีคู่สมรส

2. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและดัดแปลงบางส่วนจากแบบวัดผลกระทบของความเจ็บป่วยของ เซ็คตัน และมันโร (Sexton & Munro, 1985) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

2.1 ผลกระทบด้านชีวิตประจำวัน หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ที่ต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ การดูแลความสะดวกของร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การขับถ่าย อุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ การเดินทางออกนอกบ้าน และการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.2 ผลกระทบด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านการประกอบอาชีพ ทั้งลักษณะงาน เวลาในการทำงาน รายได้ และสมรรถภาพการทำงานของสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง

2.3 ผลกระทบด้านสังคม หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมในสังคม กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง และจำนวนสมาชิกหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง

2.4 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ความสนุกในครอบครัวของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง และ/หรือ ความสัมพันธ์ฉันท์สามี-ภรรยา

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ผู้วิจัยได้ทบทวน

1. การบาดเจ็บที่สมอง
2. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย
3. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบาดเจ็บที่สมอง

การบาดเจ็บที่สมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ทุกระบบของร่างกาย จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยตายหรือพิการได้มากกว่าการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น เมื่อศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ทำให้เซลล์สมองชอกช้ำและหลุดลอยภายในกะโหลกศีรษะถูกทำลาย เลือดที่ไหลซึม แรงกดของก้อนเลือดและการบวมของเซลล์สมองทำให้เซลล์สมองถูกกดและเสื่อมหน้าที่ เซลล์สมองนี้จะไม่มีการสร้างทดแทนเช่นเซลล์ของอวัยวะอื่นๆ อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บก็จะเสื่อมหน้าที่ตามไปด้วย จึงทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การพูดจาติดต๋อสื่อสาร การรับรู้ที่ผิดปกติหรือการสูญเสียความทรงจำ (Mauss - Clum & Ryan, 1981) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้คิดภายหลังบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งเป็นผลมาจากความซับซ้อนของแรงที่กระทำต่อสมองและสภาพร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้จะส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (O'Shanick & O'Shanick, 1994) การได้รับบาดเจ็บที่สมองจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือระดับความพิการ พื้นฐานทางด้านจิตใจ บทบาทและหน้าที่ที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ ตลอดจนสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วย (Hickey, 1992) ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการพยากรณ์ผลการรักษา การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองและการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ จะช่วยในการวางแผนการรักษาในระยะฉับพลันได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยนั้นๆ การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ใช้การประเมินระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) โดยใช้แบบประเมินของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale Score) ซึ่งสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่าง

รวดเร็ว มีความแม่นยำ เป็นดัชนีชี้ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองและการพยากรณ์โรครายหลังการบาดเจ็บที่สมอง แบบประเมินความรู้สึกตัวของของกลาสโกว่า จะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วย คือ การลืมตา การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด และการพูด แล้วให้คะแนนพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในแต่ละด้าน ผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมที่แสดงทั้ง 3 ด้าน มีคะแนนรวม 15 คะแนน ซึ่งคะแนนดังกล่าว จะบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง ดังนี้

1. ระดับ 13-15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่สมองเล็กน้อย (Minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย สับสนเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับการบาดเจ็บ

2. ระดับ 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่สมองปานกลาง (Moderate head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือคำตอบง่ายๆได้ถูกต้อง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมากอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือเสี่ยงไม่เป็นคำพูด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติหมดสติหลังจากที่ได้รับบาดเจ็บ

3. ระดับ 3-8 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง (Severe head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆทั้งสิ้น อาจเสี่ยงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืออหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติหรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

นอกจากความรุนแรงของการบาดเจ็บแล้ว กระบวนการในการรักษาพยาบาลก็มีผลต่อผลการรักษา อันหมายถึงสภาพการฟื้นหายและระดับความพิการที่หลงเหลือ เจนเนตต์และบอนด์ (Jennett & Bond, 1975; Hickey, 1992; นครชัย เผื่อนปฐม, 2541) ได้แบ่งผลการรักษาการบาดเจ็บที่สมองเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. หายเป็นปกติ (Good Recovery: GR) ผู้ป่วยอาจหายสนิท หรืออาจหลงเหลือความพิการเพียงเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมหรือทำงานได้ตามปกติ

2. หายโดยมีความพิการปานกลาง (Moderate Disability: MD) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อม บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง หรืออาจมีความผิดปกติในการทำงานของเส้นประสาทสมอง (cranial nerve)

3. หายโดยมีความพิการอย่างรุนแรง (Severe Disability: SD) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้รู้สึกตัวดีแต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาทที่สำคัญ เช่น quadriplegia, triplegia, dysarthria, dysphasia ความผิดปกติทางระบบประสาทเหล่านี้จะมีเพียงอย่างเดียว หรือมากกว่าหนึ่งอย่างได้ และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองขั้นพื้นฐานได้ เช่น ไม่สามารถแต่งตัวได้ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถปัสสาวะหรืออุจจาระได้ตามปกติ

4. ไม่สามารถทำอะไรได้เลย (Persistent Vegetative State: PVS) เกิดตามหลังบาดเจ็บที่สมองรุนแรง คือ Diffuse Axonal Injury (DAI), Hypovolemia หรือ Cardiac arrest จากบาดเจ็บต่อระบบ

อื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย ทำให้เปลือกสมอง (cortex) ถูกทำลายเสียหายมากจนไม่สามารถทำงานได้ ผู้ป่วย PVS จะหมดสติอยู่ 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- 1). การตอบสนองต่อสิ่งเร้า (stimuli) ซึ่งเดิมมักเป็นแบบเกร็งเหยียด (decerebrate rigidity) อาจคงอยู่ หรือเปลี่ยนแปลงเป็นชักแขนขาหนี (flexor withdrawal)
- 2). หลังจากหลับตามาตลอดก็เริ่มลืมตา อาจมีการตื่น-หลับแบบคนปกติ แต่การลืมตามอง เป็นแบบไม่มีจุดหมาย
- 3). มี grasp reflex
- 4). อาจเคี้ยวหรือกัดฟัน ในบางรายอาจกินอาหารทางปากไม่ได้
- 5). บางรายอาจส่งเสียงคำรามได้ เมื่อกระตุ้นอย่างรุนแรง

ผู้ป่วย PVS ซึ่งสมองส่วนเปลือกสมอง (cortex) ไม่ทำงานจะมีความตื่นตัว (arousal) ซึ่งบ่งบอกการทำงานของก้านสมอง แต่ไม่มีการรับรู้ (awareness) ไม่สามารถตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมภายนอกได้

5. ตาย (Death: D) ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการขาดใจโดยตรง มักเสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงหลังการขาดใจ แต่ถ้าได้รับการดูแลที่ดี อาจทำให้ผู้ป่วยรายนั้นมีชีวิตอยู่ได้นานในสภาพ Persistent vegetative state หรือ Severe disability และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนในเวลาต่อมา

ผลกระทบของการขาดใจที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย

จากผลการรักษา จะเห็นได้ว่าผลจากการขาดใจที่สมองทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านความคิด สติปัญญา และความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะรู้จัก ตัดสินใจ และกระทำการกิจกรมอย่างจงใจและมีเป้าหมาย มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน (Hickey, 1992) ผลกระทบของการขาดใจที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย สามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบระยะเฉียบพลัน (Acute impact of traumatic brain injury)

1.1 ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว หากการขาดใจที่ผู้ป่วยได้รับมีอันตรายต่อสมองใหญ่ทั่ว ๆ ไป (Cerebral cortex) หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนของก้านสมองในส่วนควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Brain stem reticular formation) จะส่งผลให้บุคคลมีอาการหมดสติ ซึ่งในภาวะนี้บุคคลจะไม่มี การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่าง ๆ กัน หรือไม่มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่าง ๆ กัน หรือไม่ตอบสนองเลย แล้วแต่ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด (รัมภ์รดา อินทร, 2539)

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยขาดใจที่สมองในระยะเฉียบพลัน จะไม่เห็นผลกระทบทางด้านจิตสังคมเด่นชัดนัก เนื่องจากความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และไม่มีผู้กระทำการ

ศึกษาถึงผลกระทบนี้ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเฉียบพลันและไม่รู้สึกตัว ซึ่งผู้ป่วยอาจจะได้รับผลกระทบด้านจิตสังคมก็ได้ โดยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่สลบไม่รู้สึกตัว เมื่อฟื้นคืนสติกลับมาได้พยายามสื่อบอกถึงภาวะช่วงนั้นว่าได้ยินเสียงผู้มาให้การพยาบาล รู้ถึงเสียงพูดของบุคคลรอบข้างแต่ไม่สามารถพูดโต้ตอบได้ (วัลยา วิวัฒน์ศร, 2541)

2. ผลกระทบระยะยาว (Long-term impact of traumatic brain injury)

ในกรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่ไม่สามารถฟื้นหายได้ปกติ และยังคงหลงเหลือความพิการ จะส่งผลกระทบต่อในระยะยาว ดังนี้

1). ความบกพร่องทางด้านร่างกาย (Physical impairment) เป็นผลมาจากการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองในส่วนที่บาดเจ็บเสื่อมตามไปด้วย เกิดปัญหาการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว อาจมีอัมพาตหรือมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ต้องนอนนิ่งอยู่กับที่ และไม่สามารถพูดจาติดต่อกับผู้อื่นได้

2). มีความบกพร่องทางการคิดสติปัญญา (Cognitive impairment) การบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อด้านการรู้คิดหรือสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด ทำให้ขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะรู้คิดหรือตัดสินใจกระทำกิจกรรมอย่างจงใจ และมีเป้าหมายในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ (รัมภ์รดา อินทร, 2539) รวมทั้งมีปัญหาความบกพร่องทางด้านความทรงจำด้วย เนื่องจากมีการรบกวนกระบวนการที่จะแปลความหมายความทรงจำในระยะสั้นไปสู่ความทรงจำในระยะยาว ผู้ป่วยจึงสูญเสียความทรงจำในช่วงก่อนเกิดการบาดเจ็บ ทำให้มีอาการความจำเสื่อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความทรงจำในระยะสั้น (Levin & Kelly, 1977 อ้างในรัมภ์รดา อินทร, 2539) ซึ่งถ้าได้รับอันตรายรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยลืมเหตุการณ์ก่อนการบาดเจ็บเป็นระยะเวลานานขึ้น

3). มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป (Behavior change) เช่น อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้านการยึดผูก ปั่นเตียง ดึงสาย หรือ ท่อต่าง ๆ ออกจากร่างกาย มีอาการลุกี้ลุกลน

4). ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคม ทอมป์เซน (Thompson, 1974) ได้ทำการศึกษาติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง จำนวน 50 ราย และครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่า การบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ สูญเสียความทรงจำ สูญเสียความสามารถ ทำให้อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา ซึมเศร้า ไม่ค่อยอดทน ขี้รำคาญ มีความกระตือรือร้นหรือความคิดริเริ่มลดลง หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีการแสดงออกอย่างรุนแรง ความสามารถในการเรียนรู้จากประสบการณ์ลดลง ควบคุมตนเองได้ลดลง ไม่สนใจการมีเพศสัมพันธ์ มีพฤติกรรมที่ยึด ตนเองเป็นหลัก มีพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกับสังคมที่ไม่เหมาะสม และเป็นคนที่ไม่มียืดหยุ่น

5). ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม จากภาวะการบาดเจ็บที่สมองเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะเมื่อความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงสามารถก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับระบบโครงสร้างภายในครอบครัวได้มากที่สุดอย่างหนึ่ง ทำให้บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป เมื่อผู้ป่วยมีความพิการหรือรอยโรคที่หลงเหลือ ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากเคย

สามารถกระทำบทบาทเป็นบิดา/มารดา หรือบทบาทการเป็นสามี/ภรรยา บทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตลอดไป ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

6) ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุค่อนข้างน้อย จึงต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (Hicky, 1992) แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะไม่สามารถฟื้นฟูสภาพเป็นปกติเหมือนเดิมได้ทุกราย ส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ ประกอบกับการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจได้

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว

การบาดเจ็บที่สมองที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัวด้วย เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วถือว่า บุคคลเป็นสมาชิกของครอบครัว ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีการใช้ทรัพย์สินหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่หามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นต่อบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัวด้วยเช่นกัน

ความหมายและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน ครอบครัวเป็นสถาบันที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันทางสังคมประเภทอื่นๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนตาย เบอร์เกส (Burgess, 1981 cited by Friedman, 1986) ได้ให้ความหมายของครอบครัว ซึ่งเป็นความหมายที่ค่อนข้างครอบคลุม ทำให้มองเห็นภาพรวมของครอบครัว และสอดคล้องกับความหมายที่นักวิชาการหลายๆ ท่านได้ให้ไว้ ดังนี้

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อยู่รวมกันด้วยความผูกพันและมีความเกี่ยวพันกันโดยการสมรส สายโลหิต หรือการยอมรับกันตามกฎหมาย
2. สมาชิกของครอบครัวจะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน
3. สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในบทบาทของครอบครัวในสังคม เช่น บทบาทสามี ภรรยา บิดา มารดา หรือบุตร
4. ครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่ได้รับจากสังคม มาอยู่ในรูปแบบลักษณะที่เฉพาะของแต่ละครอบครัว

ครอบครัวในสังคมไทยในอดีต มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจะอยู่รวมกันทั้ง ปู่ ย่า ตา ยาย และ ลูก หลาน เหลน ปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ครอบครัวเดี่ยวขนาดของครอบครัวจะเล็ก มีสมาชิกไม่มากนัก ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตรเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าครอบครัวจะมีลักษณะอย่างไร สมาชิกในครอบครัวต้องมีบทบาทหน้าที่ของตนเองแตกต่างกันออกไปตามตำแหน่งในครอบครัว บางบทบาทต้องอาศัยความชำนาญหรือความสามารถพิเศษ ในขณะที่บางบทบาทอาจมีความซับซ้อนหรือต้องใช้ความชำนาญหรือความสามารถพิเศษน้อยกว่า บทบาทที่ถือว่าเป็นมาตรฐานในครอบครัว ได้แก่ บทบาทผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้ดูแลบ้าน เลี้ยงดูบุตร จัดการด้านการเงิน ประุงอาหารและอื่นๆ ถ้าครอบครัวมีขนาดเล็กมีจำนวนสมาชิกอยู่อย่างจำกัด สำหรับบทบาทเหล่านี้ก็จะทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้และสวมบทบาทอื่นๆ ในเวลาที่ต่างกัน เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติของตนเองได้ สมาชิกอื่นในครอบครัวต้องสวมบทบาทและทำหน้าที่แทนเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปได้

สำหรับบทบาทที่สำคัญยิ่งในครอบครัว คือ บทบาทของสามี-ภรรยา หรือบทบาทของพ่อ-แม่ ซึ่งมีบทบาทพื้นฐาน 8 ประการ ได้แก่ 1). บทบาทของผู้จัดหา (Provider role) 2). บทบาทของผู้ดูแลบ้าน (Housekeeper role) 3). บทบาทของผู้ดูแลบุตร (Child care role) 4). บทบาทในการพาบุตรเข้าสู่สังคม (Child socialization role) 5). บทบาทด้านสันทนาการ (Recreation role) 6). บทบาทด้านญาติ (Kinship role) 7). บทบาทด้านการบำบัด (Therapeutic role) และ 8). บทบาทด้านเพศ (Sexual role) (Nyle, 1981) บทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทที่มีความสำคัญยิ่งในครอบครัว เนื่องจากเมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่สามารถทำบทบาทดังกล่าวได้ อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือปัญหาอื่นใดก็ตาม บทบาทของบุคคลนั้นก็จะถูกเบี่ยงเบนไปจากปกติ ทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ต้องเข้ามารับบทบาทแทน อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งต่อโครงสร้างของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวได้

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว

ในระบบครอบครัว สมาชิกของครอบครัวต่างก็มีความรักความผูกพันและมีหน้าที่ที่ต้องกระทำต่อกัน ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการยืนยันว่า ถ้าสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจะมีผลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย การบาดเจ็บทางสมองถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ที่ไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยเช่นกัน ผลกระทบที่มีต่อครอบครัวอาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากการบาดเจ็บที่สมองที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว เพราะอัตราการฟื้นหายจากการบาดเจ็บที่สมองโดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการหรือมีความบกพร่อง (Jennett, et al., 1981) ซึ่งอาจจะเป็นความบกพร่องด้านร่างกาย (physical impairment) สติปัญญา (cognitive impairment) หรือการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (behavioral change) (Namerow, 1987) ความบกพร่องหรือการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้าง หน้าที่ หรือบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Braulín et al., 1982)

ตลอดจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของสมาชิกคนหนึ่งคนใดหรือหลายคนในครอบครัว อย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว ดังนี้

1. ผลกระทบระยะเฉียบพลัน (Acute impact of traumatic brain injury) การบาดเจ็บที่สมองเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า ครอบครัวจึงไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ผลกระทบสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญคือ ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ สมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่สมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียด และวิตกกังวล เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ บางรายอาจไม่รู้สึกรักตัว บางรายมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม บางรายมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือบางรายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เลย ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ ประกอบกับเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ล่วงหน้า รวมทั้งภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (Martin, 1994) นำไปสู่การเสียชีวิตในระบบครอบครัว

2. ผลกระทบระยะยาว (Long-term impact of traumatic brain injury) การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ แต่ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากผลกระทบของโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ สาเหตุที่ทำให้ผลกระทบมีความแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังนี้ (Kay & Cavallo, 1994)

2.1 การบาดเจ็บที่สมองมีเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรม ของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและความสามารถของผู้ป่วย

2.2 ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างถาวร และครอบครัวจำเป็นต้องสร้างแบบแผน และเป้าหมายใหม่เมื่อมีสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสมอง

2.3 ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่แต่อายุค่อนข้างน้อย และอยู่ในวัยทำงาน รวมทั้งอาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มิมีปัญหาหลอดเลือดทางสมอง (Stroke) ซึ่งจะพบในวัยสูงอายุ

ผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน อาจจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่หรือความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวนั้นด้วย จากลักษณะของการบาดเจ็บที่สมองดังที่กล่าวข้างต้น สามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว ดังนี้

1). ผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัวครอบครัวส่วนใหญ่ จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวภายหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่สมอง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือความพิการของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะ

โครงสร้างของครอบครัวก่อนได้รับการบาดเจ็บที่สมองด้วย จากการศึกษาติดตามในกลุ่มมารยาของผู้บาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง พบว่า ร้อยละ 60 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว (Curtiss, Klemz & Vanderploeg, 2000) ผู้ที่รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งเป็นมารยา ที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้เจ็บป่วย รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนสามีซึ่งได้รับบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน บ่อยครั้งที่บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดหรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป

2). ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผลของการบาดเจ็บที่สมองทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา บิดามารดา และบุตร ยิ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองมากเท่าใดก็จะส่งผลให้คู่สมรสหรือสมาชิกอื่นมีการเปลี่ยนแปลงมากไปด้วย จากการศึกษา พบว่าความรู้สึกเป็นภาระของคู่สมรสที่ต้องกลายเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่สมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพที่ติดต่อกันระหว่างคู่สมรส หรือมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหรือสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว คู่สมรสจำนวนมากที่มีการหย่าร้างเกิดขึ้นภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่สมอง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลายาวนาน นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วยยังมีผลต่อสัมพันธภาพกับบุตรหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย เด็กจะรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความอบอุ่นหรือแม่แต่การชี้แนะต่างๆ เหมือนที่ผ่านมา จากการศึกษา พบว่า การบาดเจ็บที่สมองมีผลกระทบต่อคู่สมรสมากกว่าคนอื่นๆ ในครอบครัว และทำให้เกิดปัญหาในชีวิตสมรสในอัตราที่สูง นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับบุตรจะดีกว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรส (Panting & Merry, 1972) และจากการศึกษาติดตามระยะยาวเป็นเวลา 10-15 ปีในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำนวน 40 ราย พบว่า หญิง 5 ราย และชาย 2 ราย ซึ่งมีบุตรแล้วมีการหย่าร้าง 2 รายในจำนวน 7 ราย มีการแต่งงานใหม่ และ 6 รายที่โสด แต่งงานภายหลังได้รับบาดเจ็บ ต่อมามีการหย่าร้าง 2 ราย (Thomsen, 1984) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการบาดเจ็บที่สมองส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว

3). ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการกระทำการกรรรมต่างๆ จะกระทำได้น้อยลง บางรายอาจไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพ หรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กิจกรรมหรือภาระต่างๆ เหล่านี้ ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตาม แต่ก็ยังเป็นภาระที่หนักหน่วง ต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควร ต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของ

ตนเองลง หรือแม้แต่ต้องลดบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำอยู่ตามปกติให้น้อยลง ผู้ดูแลบางรายอาจจะไม่มีโอกาสไปทำบทบาทหน้าที่เดิมได้ หรือต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล จะพบได้ทั้งในเรื่องการใช้เวลา หน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคม การมีอิสระ เวลาเป็นส่วนตัว หรือแม้แต่การดูแลสุขภาพของตนเอง (Bunting, 1989)

4). ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ชีวิตครอบครัวสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ถ้ามีสาเหตุใดมาขัดขวางหรือทำให้ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวตกต่ำลง การดำเนินชีวิตในครอบครัวย่อมมีอุปสรรคหรือพบกับความยากลำบาก การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูงอันเนื่องมาจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ และระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนานแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่หลงเหลือความพิการยังไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อนำมาซึ่งรายได้เช่นเดิมก่อนที่จะได้รับการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิมเช่นกัน ดังนั้นการเจ็บบาดเจ็บที่สมองจึงมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มากนักน้อย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจะยิ่งเพิ่มความเครียดและวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดา มารดา หรือผู้ที่รับบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว

5). ผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคม การบาดเจ็บทางสมองเป็นสถานการณ์ที่นำมาซึ่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจและสังคมของสมาชิกในครอบครัวในระยะยาวได้เช่นเดียวกับผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วยที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในเกือบทุกๆ ด้านของชีวิต จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่พบว่า ครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่สมองมีความรู้สึกเป็นภาระและเกิดภาวะเครียด ครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่สมองจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมทั้งมีการปรับตัวที่ผิดปกติซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ของผู้บาดเจ็บที่สมอง (Livingston, 1990) นอกจากนี้ เจฟเฟอรี และ คณะ (Jeffrey, et al., 1992) ยังได้สรุปยืนยันถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของครอบครัวจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การบาดเจ็บที่สมองทำให้ครอบครัวมีระดับความเครียดสูงขึ้น มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมทั้งการปรับตัวทางสังคมลดลง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย ในต่างประเทศได้รับความสนใจศึกษาต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ทั้งผลกระทบด้านร่างกาย ด้านความคิดสติปัญญา และด้านพฤติกรรม เพื่อหาแนวทางในการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการให้น้อยที่สุด รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่

อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่สมองได้รับความสนใจทำการศึกษา มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางการแพทย์ เพื่อหาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสม (ธวัชชัย เพ็ญวุฒิราญ และ จุมพล สรัสวดี, 2521; จเร ผลประเสริฐ, วรุญ เลหาประสิทธิ์ และ เต็มศรี ชานิจารกิจ, 2525) ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 การบาดเจ็บที่สมองได้รับความสนใจทำการศึกษากันอย่าง กว้างขวางทั้งทางด้านทางการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระบาด วิทยาของการบาดเจ็บที่สมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งนำไปสู่การรณรงค์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น (วิจิตร บุญโยหฺตระ, 2530; ปกิจ พรหมยณ, 2530; วนิดา เมธาลักษณ์, 2534) การศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ สมองที่มีต่อผู้ป่วยยังมีอยู่อย่างจำกัด และพบว่าไม่มีการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย ในระยะยาว การศึกษาที่มีอยู่เป็นการศึกษาผลกระทบด้านร่างกายในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการศึกษาทางการแพทย์ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และมีความพิการน้อยที่สุด เช่น การรักษาผู้ป่วยที่ มีเลือดออกในสมอง การศึกษาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บที่สมอง (นครชัย เผื่อนปฐม, 2532; 2534; โรงพยาบาลขอนแก่น, 2539) เป็นต้น

สำหรับการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว ในต่างประเทศได้มีผู้สนใจทำ การศึกษาถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วยไว้เป็นจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถแบ่งการศึกษาผลกระทบของบาดเจ็บทางสมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวออก เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนปี ค.ศ. 1970 การศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการศึกษาถึงผลกระทบที่ มีต่อผู้ป่วยมากกว่าการศึกษาผลกระทบที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย การศึกษาส่วนใหญ่ได้ให้ความสนใจศึกษา ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และบุคลิกภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Kay & Cavallo, 1994)

ระยะที่ 2 ปี ค.ศ. 1970 -1980 ในระยะนี้นอกจากจะให้ความสนใจทำการศึกษาผลกระทบ ของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยแล้ว นักวิชาการจำนวนมากได้ให้ความสนใจทำการศึกษาผลกระทบของ การบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกหรือบุคคลสำคัญในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงท้าย ของปี ค.ศ. 1970 การศึกษาผลกระทบของครอบครัวได้กลายมาเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการศึกษา เช่น การ ศึกษาของแพนติงและเมอรี่ (Panting & merry, 1972) ที่ทำการศึกษาการฟื้นฟูสภาพระยะยาวของผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง และ พบว่า การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดความตึงเครียดที่ยิ่งใหญ่สำหรับสมาชิกใน ครอบครัว คู่สมรสจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้ร้อยละ 61 ของสมาชิกใน ครอบครัวซึ่งเป็นภรรยาหรือมารดาของผู้ป่วยต้องใช้ยานอนหลับช่วยในการเผชิญกับปัญหา โดยภรรยาจะเป็น บุคคลที่พบกับความยากลำบากในการเผชิญปัญหามากกว่ามารดา นอกจากนี้ยังพบว่าการบาดเจ็บที่สมองทำให้ การทำบทบาทหน้าที่ในชีวิตสมรสบกพร่องได้ อาจต้องมีการหย่าร้างเกิดขึ้น การศึกษาของอดดีและคณะ (Oddy et al., 1978a) ที่พบว่า การพึ่งพาครอบครัวของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับ

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวไม่ได้เกิดจากความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ แต่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องด้านสติปัญญาของผู้ป่วย รวมทั้งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมและมีการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วย (Oddy et al., 1978b) และการศึกษาของทอมเซน (Thomsen, 1974) ที่พบว่า บุคลิกภาพและสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยที่เป็นผลจากการบาดเจ็บที่สมอง เป็นสิ่งที่ให้ครอบครัวรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด เป็นต้น

ระยะที่ 3 ปี ค.ศ. 1980-1990 การศึกษาส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญกับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ผลการศึกษา พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม อารมณ์และบุคลิกภาพของผู้ป่วยมากที่สุด ในขณะที่ความบกพร่องด้านสติปัญญาเป็นสาเหตุของความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง และความบกพร่องด้านร่างกายเป็นสาเหตุของความรู้สึกเป็นภาระน้อยที่สุด (Mckinlay et al., 1981; Brooks & Mckinlay, 1983; Brooks et al., 1987) นอกจากนี้ยังพบว่า ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยความรู้สึกเป็นภาระจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันสูงกับการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้ป่วย (Brooks & Mckinlay, 1983) แต่มีความสัมพันธ์กันน้อยกว่าความรุนแรงของความผิดปกติทางระบบประสาท (Mckinlay et al., 1981) และในช่วงระยะหลังของปี ค.ศ. 1980 จุดเน้นของการศึกษาได้เปลี่ยนจากการศึกษาที่ระดับตัวบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งไปเป็นการศึกษาครอบครัวซึ่งเปรียบเสมือนระบบ การศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่มีต่อบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพ และสถานะภาพของครอบครัวในสังคม เช่น การศึกษาขนาดของเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่พบว่า มีขนาดลดลง (Kozloff, 1987) เป็นต้น

4. ช่วงปี ค.ศ. 1990 จนถึงปัจจุบัน ระยะนี้การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งให้ความสนใจกับการพัฒนาแบบประเมินหรือเทคนิคในการประเมินหน้าที่ของระบบครอบครัว และการหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมองที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Mackay, 1992; Kasowski, 1994; Johnson, 1995; Gill & Wells, 2000) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง รวมทั้งสามารถให้การช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับประเทศไทย ยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัว มีเพียงการศึกษาถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน (อุปถวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541) เท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ชี้ให้เห็นว่าการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาผลกระทบของ การบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองและครอบครัวที่มารับ บริการตรวจตามแพทย์นัด หรือผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยศัลยกรรม อุบัติเหตุโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยไม่จำกัด เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ และ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

1.1 เป็นผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง ทั้งที่มีและไม่มีอาการหลงเหลืออยู่ ไม่ว่าจะ เป็นด้านร่างกาย ด้านความคิดสติปัญญา หรือ ด้านสภาวะอารมณ์และความรู้สึก

1.2 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป

2. สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

2.1 เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

2.2 มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการได้ยินและสามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ดี

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธี Power analysis สำหรับสถิติ ANOVA เพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 3 ค่า หรือมากกว่า ตามแนวทางของ โคเฮน (Cohen, 1987 cited in Munro, 1997) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ .80 ค่า Effect size เท่ากับ .30 (โดยได้จากการศึกษานำร่อง) และในการวิจัยครั้งนี้มี จำนวนกลุ่มของค่าเฉลี่ยที่ต้องการเปรียบเทียบ 5 กลุ่ม ระดับความมีนัยสำคัญ ที่ .05 (type I error) ได้ขนาดของ กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งหมดเป็น 135 ราย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูล (เมษายน 2541-พฤศจิกายน 2542) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 140 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงบางส่วนจากแบบวัดผลกระทบของการเจ็บป่วยของ เซ็คตัน และ มันโร (Sexton & Munro, 1985) และแบบวัดระดับความพิการ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลด้านการแพทย์ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน การวินิจฉัยโรค การรักษา หรือการผ่าตัด ระดับการรู้สติเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง และระยะเวลาหลังจากได้รับอุบัติเหตุ

ตอนที่ 2 ระดับความพิการหรือการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำแบบวัดของ แรพพอร์ต มาปรับใช้ (Rappaport Disability Rating Scale, 1982) แบ่งเป็น 4 หมวด ดังนี้

1.1 ระดับความรู้สึกรู้ตัวตาม กลาสโกว์ โคมา สเกล (Arousability, awareness and responsitivity : Modified glasgow coma-scale) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน กำหนดการให้คะแนนคือ คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยตอบสนองได้ดี คะแนนมาก หมายถึง การตอบสนองไม่ดี ดังนี้

1) การลืมตา (Eye opening) มีระดับคะแนน คือ

ลืมตาเอง = 0 คะแนน

ลืมตาเมื่อเรียก = 1 คะแนน

ลืมตาเมื่อเจ็บ = 2 คะแนน

ไม่ลืมตาเลย = 3 คะแนน

ลืมตาเอง เป็นการสังเกตผู้ป่วยทั้งก่อนการกระตุ้นและภายหลังการกระตุ้น เช่น สังเกตว่าเมื่อเข้าไปหาผู้ป่วยลืมตาหรือหลับตาอยู่ ถ้าลืมตาให้ดูลักษณะของการลืมตาว่าแสดงถึงการตื่นตัวหรือไม่ คือสามารถมองตามสิ่งที่เคลื่อนไหวข้างหน้าได้อย่างมีจุดหมาย และตอบสนองต่อการกระตุ้นได้รวดเร็ว เช่น สามารถลืมตาและหลับตาได้ตามคำสั่ง ดวงตามีแววตื่นตัว ไม่เหม่อลอยอย่างไม่มีจุดหมาย หรือกระพริบตาเมื่อเอามือเข้าไปใกล้ ๆ ตา เหล่านี้ เป็นต้น

ลืมตาเมื่อเรียก เป็นการสังเกตการลืมตา ซึ่งถ้าผู้ป่วยลืมตาอยู่ขณะเข้าไปบันทึก ให้ใช้เสียงกระตุ้นก่อนอื่น เช่น เรียกชื่อ เมื่อตื่นเต็มทีจึงเริ่มถามคำถามต่าง ๆ ถ้าเรียกแล้วยังไม่ตื่น อาจต้องตะโกนหรือเขย่าตัวจึงจะลืมตาก็ได้

ลืมตาเมื่อเจ็บ เป็นการสังเกตการลืมตา ถ้าผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อเสียงหรือการเขย่า ต้องกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด โดยใช้การกดบีบเล็บ หรือกดกระดูกทาระหว่างคิ้วทั้งสองข้าง จึงตอบสนองก็ได้ ควรทำตามขั้นตอนเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นที่รุนแรงเกินกว่าการตอบสนองของผู้ป่วย

ไม่ลืมตาเลย ผู้ป่วยจะไม่ลืมตาเลยแม้จะกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดที่รุนแรงที่สุด

2) การพูด (Verbal response) มีระดับคะแนน คือ

พูดคุยได้ปกติ	= 0 คะแนน
พูดคุยได้แต่สับสน	= 1 คะแนน
พูดเป็นคำ ๆ	= 2 คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	= 3 คะแนน
ไม่ออกเสียงเลย	= 4 คะแนน

การพูดได้ของผู้ป่วย ในบางกรณีผู้ป่วยอาจไม่พูดเลยในช่วงทดสอบ ให้สอบถามจากญาติด้วย

พูดคุยได้ปกติ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถพูดคุยได้รู้เรื่อง ใช้ตรวจเมื่อปลุกให้ตื่นเต็มที่แล้ว จึงคอยถามคำถาม เช่น ให้ผู้ป่วยบอกชื่อของตัวเองหรือญาติที่ใกล้ชิด ที่อยู่ อายุ เป็นต้น พยายามหลีกเลี่ยงคำถามที่ต้องอาศัยความแม่นยำจริง ๆ เช่น เวลาที่เฉพาะเจาะจง วันที่ บ้านเลขที่ เป็นต้น

พูดคุยได้แต่สับสน หมายถึง ผู้ป่วยพูดคุยได้ แต่สับสน ใช้ทดสอบเมื่อผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบได้ แต่ถูกบ้างผิดบ้าง มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ญาติ สิ่งแวดล้อม และสถานที่ผิดไป

พูดเป็นคำๆ หมายถึง ผู้ป่วยพูดเป็นประโยคไม่ได้ แต่ออกเสียงเป็นคำสั้น ๆ มักเป็นคำพูดเมื่อถูกกระตุ้นที่ร่างกายมากกว่าการกระตุ้นด้วยเสียง เช่น อาจเป็นคำสวด ตะโกน หรือเรียกชื่อญาติ โดยไม่มีใครอยู่เลย

ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด หมายถึง ผู้ป่วยไม่ได้ตอบด้วยคำพูดเลย มีแต่เสียงในลำคอ เช่น เสียงคราง

ไม่ออกเสียงเลย หมายถึง ไม่มีเสียงตอบสนองเลย แม้จะได้รับการกระตุ้นซ้ำ ๆ เป็นเวลานานแล้วก็ตาม (แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการเจาะคอ ในการประเมินต้องดูด้วยว่าผู้ป่วยสามารถส่งเสียงได้หรือไม่ เพราะในบางรายจะพบว่าผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาโต้ตอบได้ แต่ไม่ได้ยินเสียงหรือได้ยินเสียงเพียงเบา ๆ)

3) การเคลื่อนไหว (Motor response) มีระดับคะแนน คือ

เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง	= 0 คะแนน
บอกตำแหน่งที่จับได้	= 1 คะแนน
เมื่อกระตุ้นให้จับจะชักแขนขาหนี	= 2 คะแนน
เมื่อกระตุ้นให้จับจะเกร็งแบบข้อศอกงอ	= 3 คะแนน
เมื่อกระตุ้นให้จับจะเกร็งแบบข้อศอกเหยียด	= 4 คะแนน
เมื่อกระตุ้นให้จับจะไม่เคลื่อนไหวเลย	= 5 คะแนน

เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง จะทำการตรวจเมื่อผู้ป่วยตื่นแล้ว ไม่งัวเงียจากการหลับ ใช้คำสั่งง่าย ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยทำ แสดงท่าทางหรือการเขียนก็ได้ เช่น ให้ลืมตา หลับตา ยกมือเหนือลำตัว หรือการให้กำมือนิ้วชี้และนิ้วกลางของผู้ตรวจให้แน่นแล้วคลายออก ทำซ้ำๆ กันอย่างน้อย 2-3 ครั้ง (ถ้าผู้ป่วยมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง แต่สามารถทำตามคำสั่งได้ ในด้านที่ไม่อ่อนแรงก็ให้ถือว่าทำตามคำสั่งได้)

บอกตำแหน่งที่เจ็บได้ หมายถึง ผู้ป่วยจะพยายามเอามือมาปิดหรือยกขึ้นมาบริเวณที่ถูกทำให้เจ็บปวด ที่ลำตัวหรือแขนขาใดข้างหนึ่งเพื่อเอาสิ่งที่ทำให้เจ็บออก ถ้าผู้ป่วยมีอัมพาตครึ่งซีก ควรกระตุ้นด้านที่ไม่เป็นอัมพาต เพื่อจะได้สังเกตดูการเคลื่อนไหวของแขนขาดีได้ชัดเจน

เมื่อกระตุ้นให้เจ็บจะชักแขนขาหนี หมายถึง ผู้ป่วยไม่รู้ตำแหน่งของความเจ็บปวด มีการตอบสนองอย่างรวม ๆ ไม่มีความหมาย เช่น ถ้าใช้ด้ามดินสอกดบีบที่เล็บมือก็ขยับแขน กัดที่เล็บเท้าก็ขยับขาเท่านั้น

เมื่อกระตุ้นให้เจ็บจะเกร็งแบบข้อศอกงอ หมายถึง ผู้ป่วยจะงอแขนเกร็งเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด การเกร็งแขนอาจดูที่นิ้วมือจะกำเข้าหากัน งอแขนขึ้นมาชิดหน้าอก ขาเหยียดตรง

เมื่อกระตุ้นให้เจ็บจะเกร็งแบบข้อศอกเหยียด หมายถึง ผู้ป่วยจะเกร็งแขนแบบเข้าหาลำตัว เหยียดตรงข้อมือออกไปจากลำตัวเมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด

เมื่อกระตุ้นให้เจ็บจะไม่เคลื่อนไหวเลย หมายถึง ผู้ป่วยจะไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดเลย อาจมีหรือไม่มีการกระตุกของนิ้วมือหรือนิ้วเท้า ซึ่งเป็นการตอบสนองโดยรีเฟล็กซ์เท่านั้น

1.2 ความสามารถในการรู้และเข้าใจ บอกได้ถึงกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย (Cognitive ability for self care activities : feeding toileting and grooming) การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยในหมวดนี้ จะวัดระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะรู้คิดว่า จะทำกิจกรรมนี้อย่างไรและเมื่อไร (ในผู้ป่วยที่ยังส่งเสียงไม่ได้ ให้สอบถามจากญาติว่าผู้ป่วยสามารถสื่อสารให้ญาติเข้าใจได้หรือไม่ หรือใช้การสังเกตผู้ป่วย) การคิดคะแนนจะแยกจากกันเป็น 3 ด้าน มีการคิดระดับคะแนน ดังนี้

รู้ทั้งหมด	= 0 คะแนน
รู้เกือบทั้งหมด	= 1 คะแนน
รู้เพียงเล็กน้อย	= 2 คะแนน
ไม่รู้เลย	= 3 คะแนน

รู้ทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถบอกได้ทุกครั้งว่าจะทำกิจกรรมนี้ได้อย่างไรและเมื่อไร (100%)

รู้เกือบทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถบอกได้อย่างชัดเจนและมีเหตุผลเป็นส่วนใหญ่ว่าจะทำกิจกรรมนี้ได้อย่างไรและเมื่อไร (75%)

รู้เพียงเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยจะสงสัยหรือสามารถบอกได้นาน ๆ ครั้งว่าจะทำกิจกรรมนี้ได้อย่างไร และเมื่อไร (50%)

ไม่รู้เลย หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่า จะทำกิจกรรมนี้ได้อย่างไรและเมื่อไร

1.3 ความสามารถในการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง: การพึ่งพาผู้อื่น (Level of function : Dependence on others) มีระดับคะแนน คือ

ทำกิจกรรมได้ทุกอย่าง	= 0 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยเหลือ	= 1 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นบางครั้ง	= 2 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด	= 3 คะแนน
ทำกิจกรรมได้เองแต่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทุกเรื่อง	= 4 คะแนน

ทำกิจกรรมได้ทุกอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมการช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง มีชีวิตอยู่โดยไม่มีข้อจำกัด

ทำกิจกรรมได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยเหลือ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมการช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง แต่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วย

ทำกิจกรรมได้แต่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องการความช่วยเหลืออันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านร่างกาย หรือปัญหาทางอารมณ์

ทำกิจกรรมได้แต่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้บ้างแต่เป็นส่วนน้อย (อาจจะมึนผลจากการอ่อนแรงหรือยังไม่รู้เรื่องเต็มที่) และต้องการบุคคลอื่นคอยช่วยเหลือด้วย

ทำกิจกรรมเองไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นทุกเรื่อง หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการทำกิจกรรมทุกเรื่องและตลอดเวลา

1.4 การปรับตัวด้านจิต สังคม: การทำงาน (Psychosocial adaptability: Employability) มีระดับคะแนน คือ

ทำงานได้ตามปกติ	= 0 คะแนน
ทำงานได้บางอย่าง	= 1 คะแนน
ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำงาน	= 2 คะแนน
ไม่สามารถทำงานได้	= 3 คะแนน

ทำงานได้ตามปกติ หมายถึง ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่โดยไม่มีข้อจำกัด สามารถทำงานทุกอย่างได้ตามปกติ

ทำงานได้บางอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำงานได้บางอย่าง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกาย

ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำงาน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำงานได้บ้างแต่เป็นส่วนน้อย และต้องมีผู้อื่นคอยให้ความช่วยเหลือ

ไม่สามารถทำงานได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานใดๆ ได้เลย

กำหนดการให้คะแนน

แบบวัดนี้จึงมีคะแนนตั้งแต่ 0-29 คะแนนซึ่งคะแนนน้อยหมายถึงมีระดับความพิการน้อย คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความพิการมาก ดังนี้

คะแนนระดับความพิการ 0	คะแนน	=	ไม่มีความพิการ
คะแนนระดับความพิการ 1-3	คะแนน	=	มีความพิการน้อย
คะแนนระดับความพิการ 4-11	คะแนน	=	มีความพิการปานกลาง
คะแนนระดับความพิการ 12-21	คะแนน	=	มีความพิการมาก
คะแนนระดับความพิการ 22-29	คะแนน	=	มีความพิการไม่รู้สติ

ตอนที่ 3 แบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย ในด้านชีวิตประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคม และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามผู้ตอบจะเลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เปลี่ยนแปลง	หมายถึง	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในด้านนั้นๆ
เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย	หมายถึง	มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในด้านนั้นๆ
เปลี่ยนแปลงพอสมควร	หมายถึง	มีการเปลี่ยนแปลงพอสมควรในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในด้านนั้นๆ
เปลี่ยนแปลงมาก	หมายถึง	มีการเปลี่ยนแปลงมากในชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองในด้านนั้นๆ

กำหนดการให้คะแนน

ไม่เปลี่ยนแปลง	=	1
เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย	=	2
เปลี่ยนแปลงพอควร	=	3
เปลี่ยนแปลงมาก	=	4

คะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อผู้ป่วย คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองน้อย

156178

2. แบบวัดผลกระทบการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงบางส่วนจากแบบวัดผลกระทบการเจ็บป่วยของเซ็คตัน และมันโร (Seaton & Munro, 1985) ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัว ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วย และการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อตนเอง

ตอนที่ 2 แบบวัดการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ต้องให้ความช่วยเหลือทุกวัน	หมายถึง ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	หมายถึง ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือ	หมายถึง ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นเลย

กำหนดการให้คะแนน

ต้องให้ความช่วยเหลือทุกวัน	= 4 คะแนน
ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	= 3 คะแนน
ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	= 2 คะแนน
ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือเลย	= 1 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 29 ข้อ เช่นเดียวกับแบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย คะแนนมาก หมายถึงการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัวมาก คะแนนน้อย หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อครอบครัวน้อย

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ไปหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์และทางการแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว ดังนี้

อาจารย์พยาบาล	2 ท่าน
แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมประสาท	1 ท่าน
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ	2 ท่าน

ภายหลังจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีหาลัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นดังนี้

แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย	
• แบบวัดระดับความพิการหรือการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย	0.96
• แบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย	0.97
แบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย	
• การให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย	0.91
• ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยที่มีต่อสมาชิกครอบครัว	0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และผ่านการเตรียมเป็นผู้ช่วยวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากรายงานประวัติของผู้ป่วยและซักถามจากญาติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายวิธีการตอบแบบวัดผลกระทบให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ
3. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว และผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวด้วยตนเอง ยกเว้นในกรณีที่มีปัญหาในการอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ฟัง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว
5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC+ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและครอบครัว
2. หาค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองของผู้ป่วยและครอบครัว
3. เปรียบเทียบผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของผู้ป่วย ระดับความพิการ และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วย โดยการทดสอบค่าที (t-test) และ วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of Variance)

บทที่ 4

ผลการวิจัย และ อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง จำนวน 140 ราย และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง จำนวน 140 ราย ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุของโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยการทดสอบค่าที่ (t-test) และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of Variance) ผลการวิจัยจะนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองและครอบครัว

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง

	รายการ	จำนวน (n = 140)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	119	85.0
	หญิง	21	15.0
อายุ (เฉลี่ย 37.6 ปี)	ต่ำกว่า 20 ปี	18	12.9
	21-35 ปี	57	40.7
	36-50 ปี	34	24.3
	51- 65 ปี	20	14.2
	มากกว่า 65 ปี	11	7.9
สถานภาพสมรส	โสด	51	36.4
	คู่	74	52.9
	หม้าย/หย่า/แยก	15	10.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง

รายการ	จำนวน (n = 140)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	5.7
ประถมศึกษา	62	44.3
มัธยมศึกษา	47	33.6
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	14	10.0
ปริญญาตรี	7	5.0
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.4
ศาสนา		
พุทธ	138	98.6
คริสต์	2	1.4
อาชีพ		
รับราชการ	14	10.0
เอกชน/รัฐวิสาหกิจ	7	5.0
ค้าขาย	14	10.0
เกษตรกร	13	9.3
รับจ้าง	63	45.0
แม่บ้าน	3	2.1
อื่นๆ	26	18.6
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,500 บาท	33	23.6
2,500 - 5,000 บาท	57	40.7
5,001 - 7,500 บาท	28	20.0
7,501 - 10,000 บาท	7	5.0
มากกว่า 10,000 บาท	15	10.7
ความรับผิดชอบในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	76	54.3
สมาชิกในครอบครัว	64	45.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 21-35 ปี (อายุเฉลี่ย 37.6 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,500 - 5,000 บาท ความรับผิดชอบในครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 85.0, 40.7, 52.9, 44.3, 98.6, 45.0, 40.7 และ 54.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง

รายการ	จำนวน (n = 140)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
ภาวะสมองถูกกระทบกระเทือน	4	2.9
ภาวะสมองฟกช้ำ	30	21.4
ภาวะสมองบวม	10	7.1
ภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง	41	29.3
ภาวะเลือดออกในสมอง	23	16.4
ภาวะสมองฉีกขาด	2	1.4
ภาวะเป็นมากกว่า 2 อย่าง	24	17.2
Missing	6	4.3
การบาดเจ็บอื่นที่ได้รับ		
ไม่ได้รับการบาดเจ็บอื่น	114	81.4
ได้รับการบาดเจ็บอื่น 1 อย่าง	19	13.6
ได้รับการบาดเจ็บอื่นมากกว่า 1 อย่าง	7	5.0
การผ่าตัด		
ไม่ได้รับการผ่าตัด	32	22.8
ได้รับการผ่าตัดสมอง	83	59.3
ได้รับการผ่าตัดอื่นๆ	14	10.0
ได้รับการผ่าตัดสมองร่วมกับการผ่าตัดอื่น	11	7.9
ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ		
น้อยกว่า 1 ปี	79	56.4
1 - 5 ปี	45	32.2
6 - 10 ปี	13	9.3
มากกว่า 10 ปี	3	2.1

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง

รายการ	จำนวน (n = 140)	ร้อยละ
ระดับความพิการ		
ไม่มีความพิการ	17	12.1
มีความพิการน้อย	32	22.8
มีความพิการปานกลาง	42	30.0
มีความพิการมาก	25	17.9
มีความพิการไม่รู้สติ	19	13.6
Missing	5	3.6
จำนวนครั้งของการมาตรวจตามแพทย์นัด		
ต่ำกว่า 12 ครั้ง	95	67.9
12 - 24 ครั้ง	23	16.4
25 - 36 ครั้ง	10	7.1
มากกว่า 36 ครั้ง	12	8.6

จากตารางที่ 2 ข้อมูลการบาดเจ็บของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง ไม่ได้รับการบาดเจ็บอื่นร่วมด้วย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุน้อยกว่า 1 ปี มีระดับความพิการปานกลาง และมาตรวจตามแพทย์นัดน้อยกว่า 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.3, 81.4, 59.3, 56.4, 30.0 และ 67.9 ตามลำดับ

2. ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

รายการ	จำนวน (n = 140)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	32.9
หญิง	94	67.1

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

รายการ	จำนวน (n = 140)	ร้อยละ
อายุ (เฉลี่ย 41 ปี)		
ต่ำกว่า 20 ปี	12	8.6
21-35 ปี	38	27.1
36-50 ปี	54	38.6
51- 65 ปี	31	22.1
มากกว่า 65 ปี	5	3.6
สถานภาพสมรส		
โสด	25	17.9
คู่	99	70.7
หม้าย/หย่า/แยก	16	11.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	7.1
ประถมศึกษา	88	62.9
มัธยมศึกษา	26	18.6
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	10	7.1
ปริญญาตรี	6	4.3
ศาสนา		
พุทธ	138	98.6
คริสต์	2	1.4
อาชีพ		
รับราชการ	5	3.6
เอกชน/รัฐวิสาหกิจ	5	3.6
ค้าขาย	21	15.0
เกษตรกร	18	12.8
รับจ้าง	61	43.6
แม่บ้าน	30	21.4

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

รายการ	จำนวน (n = 140)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,500 บาท	33	23.6
2,500 - 5,000 บาท	68	48.6
5,001 - 7,500 บาท	23	16.4
7,501 - 10,000 บาท	11	7.8
มากกว่า 10,000 บาท	5	3.6
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	93	66.4
ครอบครัวขยาย	47	33.6
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	45	32.1
สามี/ภรรยา	56	40.0
บุตร	19	13.6
พี่/น้อง	20	14.3

จากตารางที่ 3 สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 36-50 ปี (เฉลี่ย 41 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,500 - 5,000 บาท และ ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 67.1, 38.6, 70.7, 62.9, 98.6, 43.6, 48.6, 66.4, และ 40.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 คะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

1. คะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย

ตัวแปร	ช่วงคะแนน Range	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD
ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง	4-116	68.7	25.2
• ด้านชีวิตประจำวัน	4-40	21.8	10.2
• ด้านการประกอบอาชีพ/เศรษฐกิจ	4-20	14.3	5.2
• ด้านสังคม	4-32	20.5	7.2
• ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	4-24	12.1	5.4

จากตารางที่ 4 คะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย มีค่าช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-116 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 68.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.2 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลกระทบรายด้าน คือ ด้านชีวิตประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ/เศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 21.8, 14.3, 20.5 และ 12.1 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.2, 5.2, 7.2, 5.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัว

ตัวแปร	ช่วงคะแนน Range	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD
ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง	4-116	58.7	23.4
• ด้านชีวิตประจำวัน	4-40	18.1	9.6
• ด้านการประกอบอาชีพ/เศรษฐกิจ	4-20	11.8	5.5
• ด้านสังคม	4-32	17.3	7.0
• ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว	4-24	11.5	5.2

จากตารางที่ 5 คะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย มีค่าช่วงคะแนน อยู่ระหว่าง 4-116 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 58.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.4 และคะแนนเฉลี่ย ผลกระทบรายด้าน คือ ด้านชีวิตประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ/เศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสัมพันธภาพใน ครอบครัว เท่ากับ 18.1, 11.8, 17.3, 11.5 ตามลำดับ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.6, 5.5, 7.0 และ 5.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย ที่มีเพศแตกต่างกัน โดยการทดสอบค่าที (t -test)

ตัวแปร	(n)	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD	t	p
เพศ					
ชาย	119	70.3	25.7	1.75	.083
หญิง	21	58.6	21.1		

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีเพศแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองในผู้ป่วยเพศชายและหญิง มีความแตกต่างกันอย่างไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	3650.3450	912.5863	1.4644	.2191
ภายในกลุ่ม	132	59825.1401	623.1785		
รวม	136	63475.4851			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองในผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	1040.0948	208.0190	.3165	.9020
ภายในกลุ่ม	133	62435.3904	657.2146		
รวม	138	63475.4851			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1472.6082	368.1521	.5647	.6889
ภายในกลุ่ม	131	59324.7251	651.9201		
รวม	135	60797.333			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองในผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	685.2239	228.4080	.3546	.7859
ภายในกลุ่ม	134	61197.7660	644.1870		
รวม	137	61882.9899			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	38095.4144	9523.8536	39.4849***	.0000
ภายในกลุ่ม	130	21225.8329	241.2026		
รวม	135	59321.2473			

*** $p < .001$

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองในผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 12 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe's test

ระดับความพิการ	\bar{X}	ไม่มีความ	มีความ	มีความพิการ	มีความ	มีความพิการ
		พิการ	พิการน้อย	ปานกลาง	พิการมาก	ไม่รู้สติ
		48.2	49.2	66.8	93.8	107.1
ไม่มีความพิการ	48.2	-	-1.00	-18.63*	-45.62***	-58.96***
มีความพิการน้อย	49.2			-17.63**	-44.62***	-57.96***
มีความพิการปานกลาง	66.8				-26.99***	-40.33***
มีความพิการมาก	93.8					-13.34
มีความพิการไม่รู้สติ	107.1					-

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 12 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลางมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, .01$) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากและผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ มีค่าเฉลี่ยคะแนน

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่มีเพศต่างกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตัวแปร	(n)	\bar{X}	SD	t	p
เพศ					
ชาย	46	60.1	20.8	1.75	.321
หญิง	94	57.9	23.1		

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวที่มีเพศแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่มีอายุแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	269.8602	67.4651	.1173	.9760
ภายในกลุ่ม	132	43700.3620	575.0048		
รวม	136	43970.2222			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่มีอายุแตกต่างกัน พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1765.0080	441.2520	.7946	.5324
ภายในกลุ่ม	131	42205.2142	555.3318		
รวม	135	43970.2222			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1610.3188	402.5797	.7236	.5786
ภายในกลุ่ม	131	41172.6685	556.3874		
รวม	135	42782.9873			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	980.7498	326.9166	.5903	.6232
ภายในกลุ่ม	134	42087.2002	553.7789		
รวม	137	43067.9500			

ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับของความพิการแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	5	7898.4109	1974.6027	4.3799*	.0033
ภายในกลุ่ม	130	30656.4658	450.8304		
รวม	135	38554.8767			

*P < .05

จากตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 19 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe's test

ระดับความพิการ	\bar{x}	ไม่มีความพิการ	มีความพิการน้อย	มีความพิการปานกลาง	มีความพิการมาก	มีความพิการไม่รู้สติ
		40.6	55.6	58.2	59.0	82.4
ไม่มีความพิการ	40.6	-	-15.01	-17.62	-18.40	-41.78**
มีความพิการน้อย	55.6			-2.61	-3.39	-26.76
มีความพิการปานกลาง	58.2				-78	-24.16
มีความพิการมาก	59.0					-23.38
มีความพิการไม่รู้สติ	82.4					-

** $p < .01$

จากตารางที่ 19 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน พบค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อสมาชิกครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

แหล่งความแปรปรวน	df	Sum of Squares	Mean of Squares	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	13464.1736	4488.0579	11.2362***	.0000
ภายในกลุ่ม	133	30356.6264	399.4293		
รวม	136	43820.8000			

*** $P < .001$

จากตารางที่ 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน พบว่า สมาชิกครอบครัวของ

ผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 21 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยใช้ Scheffe's test

ระดับการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการทำกิจกรรม	\bar{X}	ไม่ต้อง ช่วยเหลือ	ให้ความช่วย เหลือน้อย	ให้ความช่วยเหลือ ปานกลาง	ให้ความช่วยเหลือ มาก
ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือ	39.0	-	-14.66	-25.17	-34.48***
ให้ความช่วยเหลือน้อย	53.7			-10.51	-19.83**
ให้ความช่วยเหลือปานกลาง	64.2				-9.32
ให้ความช่วยเหลือมาก	73.5				-

** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 21 ทดสอบความแตกต่างผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวที่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยมาก มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัวที่ต้องให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยน้อย และครอบครัวที่ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, .001$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บาดเจ็บที่สมองที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย วัยผู้ใหญ่ ระดับการศึกษาอยู่ระหว่างประถมศึกษาและมัธยมศึกษา รายได้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้เป็นลักษณะของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองมากที่สุด ส่วนกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นครอบครัวของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ เป็นภรรยา หรือ มารดาของผู้ป่วย ลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา และเป็นคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วย นั่นคือ ส่วนใหญ่เป็นหญิง ซึ่งอาจจะเป็นภรรยาหรือมารดาของผู้ป่วย (Kraus&Sorenson, 1994; ประพาศรี นรินทร์ รัชณ์, 2529; พุทธพร สุนทรลักษณ์, 2533; วนิดา เมธาลักษณ์, 2534)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยหลังจากอุบัติเหตุและระดับความพิการของผู้ป่วย พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยหลังจากอุบัติเหตุที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลางมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างจากผู้ที่ไม่มีความพิการ และผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, .01$) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากและผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างจากผู้ที่มีระดับความพิการปานกลาง ระดับพิการน้อย และไม่มีมีความพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ในขณะที่การบาดเจ็บที่สมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในระดับการรู้สึกตัว มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกัน ความบกพร่องหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังกล่าวจึงมีผลกระทบต่อความสามารถในการรู้คิด การตัดสินใจ หรือแม้แต่การกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างจงใจหรือมีเป้าหมาย ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันเหมือนที่เคยทำก่อนได้รับบาดเจ็บที่สมอง ความบกพร่องด้านร่างกาย สติปัญญา หรือพฤติกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ และมีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมตามมา ดังการศึกษาของฮิกกี (Hickly, 1992) ที่พบว่า การได้รับบาดเจ็บที่สมองจะมีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือความพิการของผู้ป่วย

ส่วนการเปรียบเทียบผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย ที่พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ในขณะที่ระดับความพิการของผู้ป่วยและการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, .001$) ตามลำดับ โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวที่มีระดับความพิการไม่รู้สติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) รวมทั้งค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบที่มีต่อครอบครัวที่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยมาก มีความแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบที่มีต่อครอบครัวที่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยน้อยและไม่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01, .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โดยธรรมชาติของการบาดเจ็บที่สมองนั้น ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะฟื้นหาย และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมตามปกติได้ทุกราย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ความพิการหรือความบกพร่องที่ยังหลงเหลืออยู่อาจจะมากหรือน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ ยิ่งการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญหรือมีความรุนแรงมากเท่าใด ความพิการหรือความบกพร่องที่เกิดจากการบาดเจ็บดังกล่าวก็จะมากขึ้นเท่านั้น (Dikmen, et al., 1995; Anderson, et al., 2000) ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องด้านร่างกาย สติปัญญา หรือการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม นอกจากนี้ความพิการหรือความบกพร่องที่เกิดขึ้น ยังส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือบางรายอาจไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้เลย เช่น ในผู้พิการไม่รู้สติ จะเป็นผู้ที่ไม่มีการตอบสนองหรือไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ไม่สามารถทำหน้าที่หรือทำกิจกรรมได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในทุกๆ ด้านของชีวิต ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่ไม่มียกระดับความพิการ ที่ยังสามารถทำกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือตนเองได้ ดังการศึกษาของสแตน (Stane, 1990) ที่พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่รอดชีวิต มักต้องพึ่งพาผู้ดูแลในหลายๆ เรื่องของชีวิต อันเนื่องมาจากความจำกัดด้านร่างกายและสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนไหว การเดินทาง หรือแม้แต่ด้านการเงิน นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่สมองยังมีความรู้สึกเป็นภาระและมีความเครียดมากขึ้น รวมทั้งมีความผิดปกติในการปรับตัวที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรม จะทำให้ครอบครัวมีความเครียดมากขึ้น (Watanabe et al., 2000) ดังนั้นจึงพบว่าระดับความพิการและการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยแตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าระดับความพิการของผู้ป่วยและการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม แก่ผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ระดับความพิการของผู้ป่วย และ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วย เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กลุ่มละ 140 ราย รวมทั้งสิ้น 280 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดัดแปลงบางส่วนจากแบบวัดผลกระทบการเจ็บป่วยของเซ็คตัน และมันโร (Sexton & Munro, 1985) และแบบวัดระดับความพิการของแรพพอร์ต (Rappaport Disability Rating Scale, 1982) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยการทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 21-35 ปี (อายุเฉลี่ย 37.6 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,500 - 5,000 บาท ความรับผิดชอบในครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 85.0, 40.7, 52.9, 44.3, 98.6, 45.0, 40.7 และ 54.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง ไม่ได้มีการบาดเจ็บอื่นร่วมด้วย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมอง ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุน้อยกว่า 1 ปี มีระดับความพิการปานกลาง และมาตรวจตามแพทย์นัดน้อยกว่า 12 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29.3, 81.4, 59.3, 56.4, 30.0 และ 67.9 ตามลำดับ

2. ครอบครัวยของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 36-50 ปี (เฉลี่ย 41 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ศาสนาพุทธ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา อาชีพรับจ้าง รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,500-5,000 บาท และ ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 67.1, 38.6, 70.7, 62.9, 98.6, 43.6, 48.6, 66.4, และ 40.0 ตามลำดับ

3. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

คะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย มีค่าช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-116 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 68.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.2 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลกระทบรายด้าน คือ ด้านชีวิตประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ/เศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 21.8, 14.3, 20.5 และ 12.1 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.2, 5.2, 7.2, 5.4 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย ที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความพิการต่างกัน โดยใช้ Scheffe's test พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการน้อย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีความพิการปานกลาง ผู้ป่วยที่มีความพิการมาก และผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001, .001 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีความพิการมาก และผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001, .001 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีความพิการปานกลาง ผู้ป่วยที่มีความพิการมาก และผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01, .001 ตามลำดับ

คะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย มีค่าช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-116 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 58.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.4 และคะแนนเฉลี่ยผลกระทบรายด้าน คือ ด้านชีวิตประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ/เศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 18.1, 11.8, 17.3, 11.5 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.6, 5.5, 7.0 และ 5.2 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระดับของความพิการ และการ

ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยแตกต่างกัน พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่ระดับความพิการของผู้ป่วยและการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งมีระดับความพิการต่างกัน ด้วยวิธีเซฟเฟ (Sheffe's test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการ มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความพิการไม่รู้สติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ ผู้ป่วยต่างกัน ด้วยวิธีเซฟเฟ (Sheffe's test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยมาก มีความแตกต่างกับค่าเฉลี่ยคะแนนผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยและต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ ผลการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพ ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ โดยผลการวิจัยจะส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว อันจะทำให้บุคลากรด้านสุขภาพได้ตระหนักถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ที่ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่ทำให้ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อลดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถเผชิญปัญหาหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผลของการวิจัย ยังสามารถใช้เป็นแนวทางให้ผู้บริหารโรงพยาบาลพัฒนาศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง อันจะส่งผลถึงการลดอัตราความพิการและการสูญเสียจากอุบัติเหตุให้เหลือน้อยที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี ดังนั้นควรทำการศึกษาถึงผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน หรือเป็นศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น ศึกษาผล

กระทบในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะของการฟื้นฟูสภาพ หรือระยะที่ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้ง นอกจากนี้อาจจะทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและครอบครัวมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- จเร ผลประเสริฐ, วรณ เลหาประสิทธิ์, เต็มศรี ชำนิจราภิจ. (2525). การศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 1,011 รายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 26: 123-135.
- จันทร์เพ็ญ ทูประภาวรรณ (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย* กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์.
- ประพรศรี นรินทร์รักษ์ (2529). การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย เพ็ญวุฒิราญ, จุมพล สวัสดิ์. (2521). การศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *แพทยสารทหารอากาศ*, 24, 173-177.
- นครชัย เพื่อนปฐม. (2532). การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. *วารสารกรมการแพทย์*, 14: 949-953.
- (2534). ก้อนเลือดแบบดูราเนียบปล้น. *วารสารกรมการแพทย์*, 16: 206-214.
- (2541). *บาดเจ็บที่ศีรษะ*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- พุทธพร สุนทรลักษณ์ ร.อ.(2533). การศึกษาความต้องการบริการสังคมของผู้ป่วยโรคกระดูกที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์: ศึกษากรณีโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัมย์รดา อินทร. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลยา วัฒนศรี. (2541). *ชุดประดาน้ำและฝีเสื้อ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ฝีเสื้อ.
- วนิดา เมธาลักษณ์. (2534). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบภัยจากรถจักรยานยนต์: ศึกษากรณีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร บุญยโหดระ. (2530). *ระบาดวิทยาของอุบัติเหตุในประเทศไทย*. *วารสารอุบัติเหตุ*, 6: 5-53.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. (2540). *รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2540*. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *สถิติสาธารณสุขประจำปี 2540*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล (2541). การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Acorn, S. & Roberts, E. (1992). Head injury: Impact on the wives. **Journal of Neuroscience Nursing**, 24(12): 324-328.
- Anderson, V.A. et al. (1995). Recovering of memory function following traumatic brain injury in pre-school children. **Brain Injury**, 14(8): 679-920.
- Baker, J. (1990). Family adaptation when one member has a head injury. **Journal of Neuroscience Nursing**, 22(4): 232-237.
- Brooks, N & McKinlay, W. (1983). Personality and behavioral change after severe blunt head injury—a relative's view. **Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry**, 46: 336-344.
- Brooks, N. et al., (1987). The effects of severe head injury on patient and relative within seven years of injury. **Journal of Head Trauma and Rehabilitation**, 2(2): 1-13.
- Bunting, S.M. (1989). Stress on Caregiver of the edery. **Advances in Nursing Science**, 11 : 63-73.
- Burgess, A.W. & Balwin, B.A. (1981). **Crisis Intervention Theory and Practice: A Clinical Handbook**. New Jersy: Printice-Hall.
- Cardona, V.D. et al. (1994). **Traumatic Nursing from Resuscitation through Rehabilitation**. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Sauners Company.
- Curtiss,G., Klemz , S., & Vanderploeg , RD. (2000). Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses . **Journal of Head Trauma and Rehabilitation**, 15 (5): 1113-1122.
- Clum, N.M. & Ryan, M. (1981). Brain injury and the family. **Journal of Neuroscience Nursing**, 13 (4): 165-169.
- Dikmen, SS., et al. (1995). One year psychosocial outcome in head injury. **Journal of International Neuropsychological and Society**. 1(1): 67-77.
- Elliott, M.L. & Biever, L.S. (1996). Head injury and sexual dysfunction. **Brain Injury**. 10 (10): 703-717.
- Florian, V, Katz, S. & Lahav, V. (1991). Impact of traumatic brain damage on family dynamics and functioning: A review. **International Disability Study**. 13 (4): 150-157.
- Gill, D.J. & Wells, D.L. (2000). Forever different: Experiences of living with a sibling who has a traumatic brain injury. **Rehabilitation Nursing**. 25 (2): 48-53.

- Gleckman, A.D. & Brill, S. (1995). The impact of brain injury on family functioning: Implications for subacute rehabilitation programs. **Brain Injury**, 9 (4): 385-393.
- Guire, A.M. (1986). Issues in the prevention of neurotrauma. **Nursing Clinic of North America**, 21(4): 549-587.
- Hickey, J.V. (1992). **The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing** 3rd ed.. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Hilton, G. (1994). Behavioral and cognitive sequelae of head trauma. **Orthopedic Nurse**, 13 (4): 25-32.
- Ilene, M.L., & Pamela, D.L. (1998). **Chronic Illness: Impact and Interventions** (4th ed.). Massachusetts: Jones and Bartless Publishers, Inc.
- Jennett, B. & Teasdale, G. (1981). **Management of Head Injuries**. Philadelphia: Davis Company.
- Jennett, B. & Bond, M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage. **Lancet**, 1: 480-484.
- Johnson, B.P. (1995). One family's experience with head injury: A phenomenological study. **Journal of Neuroscience Nursing**, 27(2): 113-118.
- Jonathan, M. S., Stuart, C. Y., & Robert, E. H. (1994). **Neuropsychiatry of Traumatic Brain Injury**. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Kasowski, J.C. (1994). Family recovery: An insider's view. **The American Journal of Occupational Therapy**, 48: 257-258.
- Kay, T, & Cavello, M.M. (1994). The Family System: Impact, Assessment, and Intervention. In Silver, J.M., Yudofsky, S.C., & Hales, R.E. (Eds). **Neuropsychiatry of Traumatic Brain Injury**. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc
- Kozloff, R. (1987). Networks of social support and the outcome from severe head injury. **Journal of Head Trauma and Rehabilitation**, 2: 14-23.
- Krefting, L., Warren, S. & Grace, M. (1992). Measuring long-term outcome after traumatic brain injury. **Canadian Journal of Public Health**, 83 (2): 364-368.
- Kraus, J.F. & Sorenson, S.B. (1994). Epidemiology. In Silver, J.M. Yudofsky, S.C. & Hales, R.E. (Ed.). **Traumatic Brain Injury**. Washington D.C.: American Psychaitric Press, Inc.
- Kreutzer, J.S. et al. (1992). Traumatic brain injury: Family response and outcome. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. 73: 771-778.

- Livingston, M.G. (1987). Head injury: The relatives' response. **Brain Injury**, 1(1): 33-39.
- _____. (1990). Effect on the family system. In **Rehabilitation of the Adult and Child with Traumatic Brain Injury** 2nded. Rosenthal, M, Griffith, ER, Bond, MR, Miller, JD (Eds). Philadelphia: F.A. Davis, Pp. 225-235.
- Marsh, N.V. et al. (1998). Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. **Brain Injury**, 12 (3): 225-238.
- Marsh, N.V, et al. (1998). Caregiver burden at 1 months following severe traumatic brain injury. **Brain Injury**, 12 (12): 1045-1059.
- McAllister, T.W. (1997). Evaluation of brain injury related behavioral disturbances in community mental health centers. **Community Mental Health Journal**, 33 (4): 359-364.
- Mckinley, WW. et al. (1981). The short-term outcome of blunt head injury as reported by relatives of the injured person. **Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry**, 44: 527-533.
- McNair, N.D. (1999). Traumatic brain injury. **Nurs Clin North Am.**, 34(3): 637-659.
- Munro, B.H. (1997). **Statistical Methods for Health Care Research**. Philadelphia: Lippincott.
- Oddy, M., Humphrey, M & Uttley D. (1978a). Subjective impairment and social recovery after closed head injury. **Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry**, 41: 611-614.
- _____. (1978b). Stresses upon the relatives of head injured patients. **British Journal of Psychiatry**, 133: 507-513.
- Panting, A. & Merry, P.H. (1972). The long-term rehabilitation of severe head injuries with particular reference to the need for social and medical support for the patient's family. **Rehabilitation**, 38: 33-37.
- Rappaport, M. et al. (1982). Disability rating scale for severe head trauma: Coma to community. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 63 March: 118-123.
- Rosenthal, M., Christensen, K.B., & Ross, T.P. (1998). Depression following traumatic brain injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 79(1): 90-103.
- Sexton, D.L. & Munro, B.H. (1985). "Impacts of a husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life". **Research in Nursing and Health**, 8: 83-90.
- Suriyawongpaisal, P. & Wanwarie, S. (1997). Coverage of public reimbursement scheme for traffic accident victims in Thailand. **Journal of Medical Associations of Thailand**, 80(6): 391-395.

Testani, D.L., Chappel, A.L., & Gueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: a family experience. **Journal of Neuroscience Nurse**, 24(6): 317-323.

Thomsen, I.V. (1974). The patient with severe head injury and his family. **Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine**, 6: 180-183.

_____ (1984). Late outcome of severe blunt head trauma: A 10-15 year follow-up. **Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry**, 47: 260-268.

Watanabe, Y., et al. (2000). An evaluation of neurobehavioral problems as perceived by family members and level of family stress 1-3 years following traumatic brain injury in Japan. **Clinical Rehabilitation**. 14(2): 174-177.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วย

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มี 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางการแพทย์
โปรดเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงตามลักษณะที่เป็นจริงของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	ช่องนี้สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	[]
2. อายุ.....ปี	[] []
3. สถานภาพสมรส	[]
<input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่	
<input type="checkbox"/> ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษา	[]
<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
5. ศาสนา	[]
<input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์	
<input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....ระบุ.....	
6. อาชีพ	[]
<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน/รัฐวิสาหกิจ	
<input type="checkbox"/> ค้าขาย <input type="checkbox"/> เกษตรกร	
<input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> แม่บ้าน	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
4. รายได้ต่อเดือนก่อนได้รับอุบัติเหตุ	[]
<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 2,500 บาท <input type="checkbox"/> 2,500 - 5,000 บาท	
<input type="checkbox"/> 5,001 - 7,500 บาท <input type="checkbox"/> 7,501 - 10,000 บาท	
<input type="checkbox"/> 10,001 บาทขึ้นไป	
5. ความรับผิดชอบในครอบครัว	[]
<input type="checkbox"/> หัวหน้าครอบครัว <input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัว	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางการแพทย์

1. เลขที่ภายนอก
2. การวินิจฉัยโรค.....
3. การบาดเจ็บอื่นที่ได้รับ.....
4. การรักษาหรือการผ่าตัดที่ได้รับ
 - ไม่ได้รับการผ่าตัด
 - ได้รับการผ่าตัด ระบุ.....
5. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน
 - ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
 - ได้รับการรักษา ระบุ 1.
 - 2.
 - 3.
6. ระยะเวลาหลังได้รับอุบัติเหตุปีเดือน
7. จำนวนครั้งที่มาตรวจตามแพทย์นัด.....ครั้ง

ตอนที่ 2 แบบวัดระดับความพิการหรือการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย 4 หมวด คือ การวัดระดับความรู้สึกรู้ตัว ความสามารถในการรู้และเข้าใจถึงกิจกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำ กิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง และการปรับตัวด้านจิตสังคม ในแต่ละหมวดให้ผู้สัมภาษณ์ทำการประเมินตามแนวทางการประเมิน ที่กำหนดในคู่มือการสัมภาษณ์ แล้ววงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับ การประเมินจาก ผู้ป่วย

หมวด	รายการ	คะแนนที่ได้						สำหรับ ผู้วิจัย
		0	1	2	3	4	5	
ระดับความรู้สึกรู้ตัว	การลืมตา	0	1	2	3	x	x	[]
	การพูด	0	1	2	3	4	x	[]
	การเคลื่อนไหว	0	1	2	3	4	5	[]
ความสามารถในการรู้และเข้าใจถึงกิจกรรมการดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	0	1	2	3	x	x	[]
	การรักษาความสะอาดร่างกาย	0	1	2	3	x	x	[]
	การขับถ่าย	0	1	2	3	x	x	[]
ความสามารถในการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง : การพึ่งพาผู้อื่น	ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม	0	1	2	3	4	5	[]
การปรับตัวด้านจิตสังคม	การทำงาน	0	1	2	3	x	x	[]
	รวม							

สรุประดับความพิการของผู้ป่วย

- [] ไม่มีความพิการ (0 คะแนน)
- [] มีความพิการน้อย (1-3 คะแนน)
- [] มีความพิการปานกลาง (4-11 คะแนน)
- [] มีความพิการมาก (12-21 คะแนน)
- [] มีความพิการไม่รู้สติ (22-29 คะแนน)

ตอนที่3 เป็นข้อคำถามที่ต้องการสำรวจผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมอง ว่ามีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆมากน้อยเพียงใด จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบให้ตรงตามความจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ไม่เปลี่ยนแปลง หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองไม่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของท่าน

เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในชีวิตของท่าน

เปลี่ยนแปลงพอสมควร หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพอสมควรในชีวิตของท่าน

เปลี่ยนแปลงมาก หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากในชีวิตของท่าน

ข้อความ	ไม่เปลี่ยนแปลง 1	เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย 2	เปลี่ยนแปลงพอสมควร 3	เปลี่ยนแปลงมาก 4	สำหรับผู้วิจัย
ด้านชีวิตประจำวัน :					[]
1.การดูแลความสะอาดร่างกาย					
ด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ :					
15.ความสามารถในการทำงานหรือการเรียน					[]
ด้านสังคม :					
17.การพบปะเพื่อนฝูง ,เพื่อนร่วมงาน หรือเพื่อนบ้าน					[]
ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว					
24.ความรับผิดชอบในฐานะพ่อแม่, ลูก, พี่,น้อง					[]
*27.ความรับผิดชอบในฐานะสามีหรือภรรยา					[]

* สัมภาษณ์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคู่สมรสเท่านั้น

ข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม.....

แบบวัดผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองที่มีต่อครอบครัวของผู้ป่วย

แบบสอบถามชุดนี้มี 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

โปรดเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง หน้าข้อความที่ตรงตามลักษณะ ที่เป็นจริงของท่าน
ช่องนี้สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
- โสด คู่
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
- ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
- ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. ศาสนา
- พุทธ คริสต์
- อิสลาม อื่นๆ
6. อาชีพ
- รับราชการ เอกชน/รัฐวิสาหกิจ
- ค้าขาย เกษตรกร
- รับจ้าง แม่บ้าน
- อื่นๆ ระบุ.....
4. รายได้ต่อเดือน
- ต่ำกว่า 2,500 บาท 2,500 - 5,000 บาท
- 5,001 - 7,500 บาท 7,501 - 10,000 บาท
- 10,001 บาทขึ้นไป
5. ลักษณะครอบครัว
- ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย

6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

[]

บิดา/มารดา

สามี/ภรรยา

บุตร

พี่/น้อง

อื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านเห็นว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวครั้งนี้รุนแรงมากน้อยเพียงใด ?

[]

รุนแรงมาก

รุนแรงปานกลาง

รุนแรงน้อย

ไม่รุนแรง

8. ท่านเห็นว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการบำบัดเจ็บที่สมอง เช่น ด้านร่างกาย

[]

ด้านความคิดสติปัญญา ด้านอารมณ์และความรู้สึก หรืออื่นๆ หรือไม่

ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

มีการเปลี่ยนแปลง

9. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในข้อ 8 ที่มีผลกระทบต่อตัวท่านมากที่สุดคือ

[]

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดสติปัญญา

การเปลี่ยนแปลงด้านสภาวะอารมณ์ และความรู้สึก

อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่ต้องการสำรวจว่า ท่านให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มากน้อยเพียงใด จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบให้ตามความเป็นจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

- ต้องให้ความช่วยเหลือทุกวัน หมายถึง ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
- ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หมายถึง ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
- ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หมายถึง ต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือเลย หมายถึง ไม่ต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้นเลย

กิจกรรม	ต้องให้ความช่วยเหลือทุกวัน 4	ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง 3	ต้องให้ความช่วยเหลือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2	ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือเลย 1	สำหรับผู้วิจัย
1.การดูแลความสะอาดร่างกาย					[]
2.การแต่งตัว					[]
3.การรับประทานอาหารหรือการให้อาหารทางสายยาง					[]
↓					
9.การเดินทางออกนอกบ้าน					[]
10.การรับประทานยาหรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา					[]

ข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม

ตอนที่3 เป็นข้อคำถามที่ต้องการสำรวจผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองของบุคคลในครอบครัวว่ามีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อท่านในด้านต่างๆมากน้อยเพียงใด จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โปรดตอบให้ตรงตามความจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

- ไม่เปลี่ยนแปลง หมายถึง การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวไม่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของท่าน
- เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย หมายถึง การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในชีวิตของท่าน
- เปลี่ยนแปลงพอควร หมายถึง การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพอสมควรในชีวิตของท่าน
- เปลี่ยนแปลงมาก หมายถึง การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากในชีวิตของท่าน

ข้อความ	ไม่เปลี่ยนแปลง 1	เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย 2	เปลี่ยนแปลงพอสมควร 3	เปลี่ยนแปลงมาก 4	สำหรับผู้วิจัย
ด้านชีวิตประจำวัน :					
1.การดูแลความสะอาดร่างกาย					[]
10.การดูแลสุขภาพตนเอง					[]
ด้านการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจ :					
11.เวลาในการทำงานภายในบ้าน					[]
12.เวลาในการทำงานนอกบ้าน					[]
ด้านสังคม :					
20.จำนวนสมาชิกหรือแหล่งที่ให้ ความช่วยเหลือทางสังคม					[]
ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว					
24.ความรับผิดชอบในฐานะพ่อ แม่ ,บุตร , พี่ ,น้อง หรือ อื่นๆ					[]
*29.ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์					[]

* เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีคู่สมรสเท่านั้น

ข้อมูลอื่นๆเพิ่มเติม.....

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ. ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นพ. อัครเดช อัครวัฒน์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลชลบุรี
3. อาจารย์พรชัย จุลเมตต์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. คุณสมศรี ศักดิ์สว่างวงศ์
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรธานี
5. คุณรัมภ์รดา อินทร
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์