

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ขณะนอนพักรักษาตัว ณ โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินของ ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552) ซึ่งได้ดัดแปลงจากแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุขณะอยู่โรงพยาบาลของ จันทรา พรหมน้อย (2547) แบบสอบถามความเครียดของสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความเครียดของดาร์เร็น ปานดี (2549) ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามมาจากแบบวัดความเครียด Stress Appraisal Questionnaire (SAQ) ของ Yan (2000) ซึ่งได้พัฒนาแบบประเมินนี้ โดยใช้แนวคิด Lazarus and Folkman (1984) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ พัฒนา โดย McCubbin and McCubbin (1996) และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ของทรรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของญาติ ของพรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0 ส่วนแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว นำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลการบาดเจ็บ การรักษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และการบาดเจ็บร่วมที่อวัยวะอื่นจากเวชระเบียน ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับ

สมาชิกครอบครัว แบบสอบถามผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 114 วัน ตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2553 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 175 ราย และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว และการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 30-39 ปี (Mean = 36.10, SD = 10.32) คิดเป็นร้อยละ 66 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.6 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 62.9 สาเหตุการได้รับการบาดเจ็บศีรษะส่วนมากเกิดจากอุบัติเหตุจากรถร้อยละ 62.3 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มดuraมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.7 พบการบาดเจ็บที่สมองส่วนหน้ามากที่สุดร้อยละ 47.4 และการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาทางยาร้อยละ 84 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบการบาดเจ็บรวมทั้งอวัยวะอื่น ร้อยละ 62.3 และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ณ วันที่เก็บข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (GCS 13-15) คิดเป็นร้อยละ 99.4

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.9 อายุระหว่าง 30 -39 ปี (Mean = 39.13, SD = 9.99) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.9 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 52 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.9 รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-14,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.9 (Mean = 10,618.86, SD = 4,216.99) การศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.7 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 98.9 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 98.9

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ที่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.4 (Mean = 5.10, SD = 1.61)

4. ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนมากมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.60 (Mean = 52.28, SD = 7.41) และมีความเครียดในระดับมาก ร้อยละ 18.30

5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว เป็นสัมพันธภาพที่ดี คิดเป็นร้อยละ 100 (Mean = 30.89, SD = 2.18)

6. การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.1 (Mean = 116.50, SD = 8.86) และเมื่อพิจารณาแยกตามรายด้าน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการปฏิบัติการดูแล ด้านการประเมินผล และด้านการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการวางแผนและตัดสินใจที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีส่วนร่วมในการดูแลระดับปานกลาง

7. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติสหสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า

7.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ระดับนัยสำคัญ .05

7.2 ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .270$)

7.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .240$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามคำถามการวิจัยและสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นอย่างดี

จากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.1 (Mean = 116.50, SD = 8.86) สามารถอภิปรายตามแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1996) ได้ว่า เมื่อมีสมาชิกครอบครัวเกิดการบาดเจ็บศีรษะขึ้นส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดภาวะเครียด เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลภายในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกครอบครัวจึงมีการตัดสินใจแก้ไขหรือปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดูแลรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการปฏิบัติการดูแล ด้านการประเมินผล และด้านการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ญาติมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล (ประณีต สังวัฒนา และคณะ, 2543; ทรศณีย์ ทัพโพธิ์, 2552; อุมา สุขดี, 2552; พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ยกเว้นด้านการวางแผนและตัดสินใจที่พบว่า สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นรายด้าน พบประเด็นสำคัญ ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นนี้ส่วนใหญ่ เป็นการบาดเจ็บที่มีเลือดออกบริเวณสมองส่วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 47.4 ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการสับสน บางรายจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ทำให้เมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับทราบเหตุการณ์ ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ถึงร้อยละ 99.4 จึงก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้น จึงพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทำให้เห็นความสำคัญของการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ โดยที่สมาชิกครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวมีความต้องการทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ อาการของผู้ป่วย การดำเนินไปของโรค และแนวทางการดูแลรักษา (ทรศณีย์ ทัพโพธิ์, 2552; Bond et al., 2003; Macdougall, 2007) ตลอดจนคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแล

ผู้ป่วยมากขึ้น และช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (ชิตินา วทานิเยช, 2540; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล, 2541) ดังนั้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลจึงมีความสำคัญกับทุกฝ่ายทั้งสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ จึงต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน

2. ด้านการวางแผนและตัดสินใจ

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในด้านการวางแผนและตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.7 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ประกอบกับความเชื่อของสังคมไทยที่ยังเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพ แพทย์ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถมากที่สุด สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่จึงปฏิบัติตามคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่ได้ให้ (ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552) และเชื่อว่าครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ (โสพรรณ โพทะยะ, 2544) ทำให้ส่วนใหญ่ยอมรับแนวทางการรักษาของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าที่จะเข้าไปร่วมวางแผนและตัดสินใจ จึงส่งผลให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้านการวางแผนและตัดสินใจน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา (พิกุล เจริญสุข, 2549; ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549; Jonsen et al., 2000) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของทรรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552) พบว่า สมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในด้านการวางแผนและตัดสินใจอยู่ในระดับมาก

3. ด้านการปฏิบัติการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้านการปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean = 50.39, SD = 4.50) ซึ่งอาจเกิดจากความรัก ความห่วงใย และความผูกพันที่มีต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ประกอบกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวสามารถอยู่ดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดและคอยดูแลผู้ป่วย และยังเป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่ต้องการอยู่ใกล้ชิดบุคคลอันเป็นที่รัก คิดเป็นร้อยละ 94.29 นอกจากนี้การที่สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับอาการ การรักษา และการดูแลผู้ป่วยทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจ และลดความเครียดที่เกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 34.29 ตลอดจนเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.9 และเนื่องจากสังคม วัฒนธรรม ประเพณีไทยที่ยึดถือกันมาว่า เพศหญิงมีบทบาทในการเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้าน

และการดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัวทั้งในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย นอกจากนี้การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมมักคาดหวังว่าสมาชิกครอบครัวเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลทั้งในฐานะที่เป็นภรรยาหรือเป็นบุตร (ชลทิพย์ ทองมอญ, 2549) ดังนั้นด้วยความรัก ความผูกพันต่อกันนี้เอง ทำให้ครอบครัวต้องคอยดูแล ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) ทำให้การปฏิบัติการดูแลอยู่ในระดับมาก และจากที่สมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเข้ามาปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้สมาชิกครอบครัวลดความเครียด และความวิตกกังวลได้ (พิกุล เจริญสุข, 2549) และมีการรับรู้ว่า ทำให้ผู้ป่วยอบอุ่น มีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ คิดเป็นร้อยละ 91.43 นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับความสุขสบาย และจะส่งผลให้มีการฟื้นหายที่ดีต่อไป ร้อยละ 50.86 จึงส่งผลทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเต็มใจ และรู้สึกดีต่อการได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เช่น การเช็ดหน้า ทาแป้ง หวีผม การพลิกตะแคงตัว และการทำกายภาพเป็นต้น (กนกรัตน์ เนตรใสว, 2547) นอกจากนี้ยังทำให้สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.29 ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความมั่นใจ และกล้าจะดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (อุมา สุขดี, 2552) ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นหายที่ดีต่อไป

4. ด้านการประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในด้านการการประเมินผล อยู่ในระดับมาก เนื่องจาก สมาชิกครอบครัวคิดว่าการประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพราะจะเป็นการประเมินว่าสิ่งที่เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติการดูแลต่อผู้ป่วยนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น/ แย่ลง หรือเกิดความผิดปกติของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างไร ซึ่งการติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถรับรู้ถึงอาการของผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ และการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ ด้านประเมินผลการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของอุมา สุขดี (2552) พบว่าญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยหมดสติจะมีส่วนร่วมในการประเมินอาการผู้ป่วย และช่วยพยาบาลคอยเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ดังอุปกรณ์ในการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การประเมินผลจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้ทราบถึงความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่อีกทางหนึ่งในการแจ้งข่าวเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยได้ จากการที่ได้มาเห็นอาการของผู้ป่วยด้วยตนเอง (พิกุล เจริญสุข, 2549) และจากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงอาการของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น

คิดเป็นร้อยละ 50.86

จากผลการศึกษาโดยภาพรวม สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรับรู้ว่ามีประโยชน์อย่างมากที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อธิบายได้ว่า การที่สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นเนื่องจากความรัก ความผูกพันต่อกันในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) และเป็นการได้ตอบแทนบุญคุณของผู้มีพระคุณด้วย คิดเป็นร้อยละ 34.29 นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังรับรู้ว่าเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญ ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลซึ่งกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549) และเป็นการได้อยู่ใกล้ชิดกับคนที่รัก คิดเป็นร้อยละ 88.57 ซึ่งจากการที่สมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้สมาชิกครอบครัว ได้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แนวทางรักษา รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้สมาชิกครอบครัวคลายความวิตกกังวลลง นอกจากนี้การได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านปฏิบัติการดูแล ทำให้สมาชิกครอบครัว รู้สึกว่าการได้ลงมือกระทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่ดีขึ้น (ตารางที่ 4-9) ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล มีความสุขใจ และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (อุมา สุขดี, 2552) และเป็นโอกาสที่ดีที่ได้เรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ (พิศุล เจริญสุข, 2549) นอกจากนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการมีส่วนร่วมในการดูแลดังนี้ ด้านผู้ป่วยพบว่า ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 91.43 ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ คิดเป็นร้อยละ 86.29 และรองลงมาคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย และสุขสบาย จากการที่สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 85.71 นอกจากนี้การที่สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50.86 และสำหรับด้านประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัว (ผู้ดูแล) พบว่า ทำให้สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 94.29 และทำให้ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก คิดเป็นร้อยละ 88.57 นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้อยู่ดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 34.29 ดังนั้นทำให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าการได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลนั้นเกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง และผู้ป่วย และจะนำมาซึ่งความสุขและเกิดความสุขคลขึ้นในครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียดของสมาชิกครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นอย่างไร

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ส่วนความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมี

ส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย
อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทาง
สถิติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ระดับนัยสำคัญ .05
หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับใดก็ตามก็ไม่มีผลต่อการต่อการที่สมาชิก
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีการรับรู้ความ
รุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.4 เนื่องจาก
การบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการ
รับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ว่ามีความรุนแรงมาก หรือน้อยแตกต่างกัน และก่อให้เกิด
ความเครียด (จุฬาลักษณ์ ถิ่นลือชา, 2547) แต่จากผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้สมาชิกครอบครัวจะมีการ
รับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิด
ความเครียดขึ้น แต่ด้วยความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม
ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า สมาชิกครอบครัวที่มีความรักใคร่
ผูกพัน มีความห่วงหาอาทรซึ่งกันและกันนั้นต้องการเข้ามาดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงทำให้
การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และอาจเป็นเพราะสมาชิก
ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตั้งแต่วันแรก ได้เห็นอาการผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับสมาชิก
ครอบครัวมีความต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยมากหรือน้อย และยังรับรู้ว่าเป็น
หน้าที่ที่ต้องดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ร่วมกับการที่โรงพยาบาลมีนโยบายที่
สนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัว
เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลอันเป็นที่รัก และมีความ
ผูกพันกันทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าการที่ได้ลงมือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยด้วยตนเอง
นั้นจะทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกภาคภูมิใจ และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ซึ่งผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา พรหมน้อย (2547) ที่ศึกษา
ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ความรุนแรงของ
ภาวะเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามก็พบว่า ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Titler, Bombey and Scutte
(1995) พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากเท่าไร ครอบครัวยังต้องการที่จะเห็นผู้ป่วยบ่อย
เท่านั้น และมีความต้องการในการร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งจะ
ช่วยให้ครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยได้ และการศึกษาของ Lee

and Craft-Rosenberg (2002) ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

โดยสรุปจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้สมาชิกครอบครัวจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากน้อยเพียงไรและส่งผลให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้น แต่ด้วยความรักความผูกพันของคนในครอบครัวที่มีต่อกันและกัน เมื่อมีสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆก็พร้อมที่จะคอยดูแล ช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลอันเป็นที่รักหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็วเพื่อให้ครอบครัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง

2. ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .270$) หมายความว่า หากสมาชิกครอบครัวมีความเครียดมากเท่าไรก็ยิ่งต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลมากเท่านั้น ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

จากผลการศึกษา อภิปรายตามแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1996) ได้ว่า การบาดเจ็บศีรษะเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อทราบข่าว ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดขึ้น โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความผูกพัน ใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้นส่งผลให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น (Gervasio & Kreutzer, 1997) และจากผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 80.6 และมีความเครียดในระดับมากร้อยละ 18.30 ซึ่งอาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลในวันที่ 3 ที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนอนโรงพยาบาล และสมาชิกครอบครัวได้อยู่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกร้อยละ 69.3 และอาการของผู้ป่วยก็ดีขึ้นตามลำดับ ประกอบกับเมื่อเวลาผ่านไปทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งจากการที่สมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ หรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น จากเพื่อนบ้าน หรือหนังสือ เป็นต้น ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกครอบครัวลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (McCubbin & McCubbin, 1996) ประกอบกับนโยบายของโรงพยาบาลที่อนุญาตให้สมาชิกครอบครัวสามารถเข้ามาดูแลได้ตลอดเวลา ทำให้สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิด ได้มีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งเห็นความก้าวหน้าของการดูแลรักษาจากบุคลากร จึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 88.1 ซึ่งยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; Friedman et al, 2003) นอกจากนี้การที่สมาชิกครอบครัวได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้มีโอกาสพูดคุย สัมผัส

และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะทำให้สมาชิกครอบครัวลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (พิกุล เจริญสุข, 2549; อัจฉริย์ ทองสวรรค์, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสอบถามสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า การที่สมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนั้นช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ร้อยละ 34.29 (ตารางที่ 4-9, หน้า 72)

อย่างไรก็ตามเมื่อมีบุคคลอันเป็นที่รักเกิดการเจ็บป่วยสมาชิกครอบครัวจะรู้สึกเครียด แต่ด้วยความรัก ความผูกพันที่มีต่อกันทำให้มีความต้องการที่จะมาอยู่ดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุดขณะที่อยู่โรงพยาบาล ต้องการอยู่ใกล้ ๆ คอยช่วยเหลือดูแลเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น และรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (พิกุล เจริญสุข, 2549; อูมา สุขดี, 2552)

3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .240$)

จากผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100 และยังพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี/ ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาเป็นบิดา/ มารดา ซึ่งบุคคลเหล่านี้จัดว่าเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด ผูกพันกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจึงส่งผลให้สมาชิกครอบครัวต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งชี้ให้เห็นว่า สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในครอบครัว และมีผลโดยตรงต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวที่เกิดขึ้น (McCubbin & McCubbin, 1996) ซึ่งประเมินจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล และจากการศึกษาที่พบว่า สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับมาก แสดงถึงการปรับตัวในทางที่ดี และถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญของสมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลซึ่งกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; รุจา ภูไพบูลย์, 2541) นอกจากนี้พบว่า สัมพันธภาพที่ดีก่อให้เกิดความเชื่อต่อพฤติกรรมดูแลที่ดี และสมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจในการดูแล (กรรณิกา กองหอม, 2546) เป็นการแสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน จึงแสดงออกถึงความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมีความยินดีและเต็มใจต่อการดูแลผู้ป่วย (Walker, Pratt, Shin, Hwa-Yong, & Jones, 1990) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟายที่ดี

ผลการศึกษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวในครั้งนี้นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันในทางบวก (ทิตยา ทิพย์สำเนียง, 2543) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวที่มีความผูกพันกันมากเท่าไร ก็มีความต้องการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงให้เห็นว่าบริบทครอบครัวไทยส่วนใหญ่มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพันกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวที่ต้องดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความสมดุลของครอบครัว (จินดาวัชรสินธุ์, 2549; รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Friedman et al, 2003) และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2544) ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องปรับตัว โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่ดี และครอบครัวก็จะเข้าสู่ภาวะสมดุลโดยเร็ว

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. พยาบาลควรประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว/ ผู้ดูแล ที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล ควรเป็นบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น ภรรยา/สามี เป็นต้น เพื่อช่วยให้การมีส่วนร่วมในการดูแลที่ดี และผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นเนื่องจากได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก
2. พยาบาลควรหาแนวทาง/วิธีการ หรือจัดโปรแกรมลดความเครียด และความวิตกกังวลให้กับสมาชิกครอบครัวก่อนที่จะมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยคลายความเครียดแก่สมาชิกครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวกล้าที่จะการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมีมากขึ้น
3. พยาบาลควรจัดทำแนวทางในการให้คำแนะนำ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างเป็นระบบ ชัดเจน สำหรับสมาชิกครอบครัวทุกราย พร้อมให้การฝึกทักษะแก่สมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้ และการดูแลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพที่ดีขึ้น
4. พยาบาลควรสนับสนุนส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวลดความเครียดที่เกิดขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพที่ดีขึ้น รวมไปถึงเป็นเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อจำ หน่ายกลับบ้าน

ด้านการศึกษา

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเพิ่มแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจ และเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการบริหาร

นำข้อมูลพื้นฐานจากการศึกษาครั้งนี้ เสนอผู้บริหาร เพื่อพัฒนาระบบ และนโยบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวที่ชัดเจน และจัดให้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนที่จะเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ด้านการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ผู้บาดเจ็บศีรษะ เช่น การบาดเจ็บร่วม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นต้น ในบริบทสังคมที่แตกต่างจากกรุงเทพมหานคร และ/หรือในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงเพื่อขยายผลการศึกษาให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่มีลักษณะดังกล่าวมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
2. ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติในการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
3. พัฒนาโปรแกรมที่ช่วยลดความเครียดของสมาชิกครอบครัว และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
4. ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการ การมีส่วนร่วมในการดูแล กับ การได้รับการมีส่วนร่วม กับ เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการศึกษาถึงการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกับเจ้าหน้าที่ ว่ามีประเด็นใดที่สมาชิกครอบครัวมีความต้องการการมีส่วนร่วม แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือปฏิบัติได้น้อย เพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป