

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤต*

ทศพร ธรรมรักษ์ พย.ม.**

วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิช พย.ด.***

อรพรรณ โตสิงห์ พย.ด.****

ทวีศักดิ์ เอื้อบุญญาววัฒน์. พบ., วว.(ประสาทศัลยศาสตร์)*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว กับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยวิกฤตจนครบ 3 วัน

การออกแบบการวิจัย: วิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง จำนวน 60 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง และแบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ (Brief COPE) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย: ภายหลังญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว มีการปรับตัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < 0.05$) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือ ผลของโปรแกรม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองสามารถใช้วิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาเพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่พบขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(2) 49-64

คำสำคัญ: การปรับตัว โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง
ญาติผู้ดูแลหอผู้ป่วยวิกฤตประสาทศัลยศาสตร์

*วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุขมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

***ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: wallada.cha@mahidol.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Impact of a Family–Empowering Programme on the Coping Ability of the Family Caregivers of Postoperative Neurosurgical Patients in a Neurosurgical ICU*

Tossaporn Thammarux, M.N.S.**

Wallada Chanruangvanich, D.N.S.***

Orapan Thosingha, D.N.S.****

Thaweesak Aurboonyawat, M.D. Dip.(Neuro. Surg)*****

Abstract:

Objective: To compare the coping ability of family caregivers who participated in the empowering programme and that of family caregivers who received standard care, for three days during the patients' treatment in the ICU.

Design: Two–group experimental research, with a pre–test and a post–test.

Methodology: The participants, 60 family caregivers of neurosurgical patients, were equally divided into an experimental group and a control group. The data–collecting instruments consisted of a family–empowering programme for family caregivers and a brief COPE questionnaire. The data were analysed using Wilcoxon Signed–Rank Test and Mann–Whitney U Test.

Results: After participating in the family–empowering programme, the experimental group displayed significant improvement in their coping ability ($p < 0.05$). The experimental group also showed significantly higher coping ability than the control group did ($p < 0.05$). Participation in this programme gave the neurosurgical patients' family caregivers significantly improved ability to cope with the patients' conditions.

Recommendations: It is suggested that this programme be applied by nurses to providing care for neurosurgical patients from the beginning of their treatment, to help their family caregivers cope more efficiently with the situations facing their relatives in the ICU.

Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(2) 49–64

Keywords : coping; family–empowering programme; postoperative neurosurgical patients; family caregivers; neurosurgical ICU

* Master Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University.

** Master nursing student, Nursing Science Program in adult nursing, Mahidol University.

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

E-mail: wallada.cha@mahidol.ac.th

****Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

*****Associate Professor, Department of Neurosurgery, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (functional status) จากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและผลของรักษาด้วยการผ่าตัด เกิดการบาดเจ็บทั่วๆ ไปต่อเนื้อเยื่อสมองและเส้นเลือด ซึ่งกระทบต่อการทำหน้าที่ของสมอง และเกิดความพร่องทางระบบประสาทขึ้น (neurological deficit) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น มีความพร่องในการเคลื่อนไหวของแขนขา การมองเห็น การรับความรู้สึกและการพูด เป็นต้น^{1,2} นอกจากนั้นภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นภาวะวิกฤตทางระบบประสาท ได้แก่ ภาวะชัก เลือดออกในสมอง สมองบวมและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้น เพื่อเฝ้าระวังภาวะวิกฤตดังกล่าว ผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาททันทีภายหลังผ่าตัด³

การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของญาติผู้ดูแลอย่างมาก เมื่อเห็นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง เช่น ศีรษะผู้ป่วยมีผ้าพัน มีสายระบายจากแผลที่ศีรษะใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ มีสายวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ probe วัดออกซิเจนในเลือดติดที่ปลายนิ้ว มีสายสวนทางหลอดเลือดดำเข้าหัวใจและสายให้น้ำเกลือ เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ ได้แก่ ตกใจ รู้สึกช็อก ไม่เชื่อ ปฏิเสธความจริง สับสนทำอะไรไม่ถูก เกิดความกลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวการยืนข้างเตียงใกล้ๆ ผู้ป่วย กลัวที่จะพูดคุยหรือสัมผัสตัวผู้ป่วย โทษตนเอง คับข้องใจ ญาติผู้ดูแลบางคนร้องไห้และซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง และรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลที่ตนรักได้ ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง

โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรก⁵ เป็นเหตุให้ญาติใช้การปรับตัวด้านอารมณ์ (emotional focused coping) ในการเผชิญกับภาวะวิกฤต⁵ และภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ($r = 0.60, p < 0.01$)⁵

การเผชิญกับภาวะวิกฤตตามแนวคิดของรอยล์⁶ (Roy Adaptation Model) อธิบายว่า บุคคลจะมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (interdependence mode) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต ภาวะใดก็ตามที่คุกคามความรู้สึกภายในตน ทำให้เกิดความไม่แน่ใจ ไม่มั่นคงจะก่อให้เกิดปัญหา คือ ความวิตกกังวล เช่น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานตัวในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล จากการไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก การเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วย กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต และปฏิเสธไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผิด (guilty) ตีตนลงโทษตัวเอง และมองว่าตนเองไร้ค่า เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต ใน 24 ชั่วโมงแรก⁵ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการปรับตัวแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotional focused coping) เป็นอันดับแรก โดยการยอมรับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและพยายามมองโลกในแง่บวก ตามด้วยวิธีการปรับตัวแบบมุ่งแก้ปัญหา⁵ (problem focused coping) กล่าวคือพยายามเผชิญปัญหาและการขอความช่วยเหลือ หากญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ความวิตกกังวลลดลง ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าใจ และยอมรับในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ แต่ถ้าญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้มีความวิตกกังวลสูงจะหันไปใช้วิธีการปรับตัวแบบความบกพร่องในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (dysfunctional focus coping) ได้แก่ การตำหนิโทษตนเอง การโทษและสารเสพติด^{4,16}

นอกจากนั้นปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมการปรับตัวและลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลคือการได้รับการตอบสนองตามความต้องการของญาติผู้ดูแลซึ่งได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวลด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ความต้องการด้านข้อมูล ความต้องการการได้อยู่ใกล้ชิดเพื่อให้ความดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย ความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเกิดการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเข้มแข็งในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป และสุดท้ายคือความต้องการการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ

การทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ศึกษาถึงการตอบสนองความต้องการส่งเสริมการปรับตัวและลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตในรูปของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว (family support) มีหลายรูปแบบและวิธีปฏิบัติงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตรวม¹⁰ โปรแกรมมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย โปรแกรมประกอบด้วย การตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตามความต้องการของญาติผู้ดูแลการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเช่น การนวดมือและทาโลชั่นที่มือ เป็นต้น และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เช่น ความต้องการให้บาทหลวงมาเยี่ยม และการสวดมนต์ขอพรตามความเชื่อ เพื่อลดความเครียดของครอบครัวและญาติผู้ดูแล ทำให้สมาชิกครอบครัวและญาติผู้ดูแลรับรู้และเตรียมพร้อม กับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย¹⁰ และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวและญาติผู้ดูแลเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย²⁰

งานวิจัยในประเทศไทยที่มีอยู่ได้แก่โปรแกรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โปรแกรมมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โปรแกรมประกอบด้วยเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลได้แก่ การสอบถามความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยการให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วยหนัก กฎระเบียบของหอผู้ป่วยและข้อปฏิบัติในการเข้าเยี่ยม และแนะนำวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ข้างเตียงโดยให้โปรแกรมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและอยู่รักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤตรวม 8 วัน⁷ นอกจากนี้มีโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโปรแกรมประกอบด้วยการประชุมปรึกษาก่อนเข้าเยี่ยมโดยให้สมาชิกครอบครัวดูสไลด์มัลติมีเดียเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และนำสมาชิกครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมทั้งอธิบายสิทธิการร่วมดูแล ผู้ป่วย และให้เข้าร่วมดูแลโดยการเช็ดหน้าผู้ป่วย และออกกำลังมือ-เท้า¹⁸ โปรแกรมที่กล่าวข้างต้นยังขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ญาติผู้ดูแลมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และยังขาดการสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเช่น การทำความสะอาดร่างกายร่วมกับกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก การจัดท่านอน พลิกตะแคงตัว และการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

สรุปได้ว่างานวิจัยที่ผ่านมา เป็นการศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ส่วนใหญ่

ไม่ได้ศึกษาการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตวิญญาณในระยะแรก ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีในช่วงระยะวิกฤต และยิ่งขาดการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลที่เป็นโรคเฉพาะทางระบบประสาทสมองหลังผ่าตัด ร่วมกับยังขาดการสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองโดยบูรณาการความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสนับสนุนญาติผู้ดูแลและครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤตให้สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตตั้งแต่ต้นได้ เมื่อสามารถปรับตัวโดยใช้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ สามารถช่วยเหลือและดูแลบุคคลที่ตนรักได้ และให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ดังกล่าวจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวยอมรับสภาพผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้คำแนะนำแก่ญาติของพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้ รอย⁶ กล่าวว่าบุคคลจะมีกระบวนการปรับตัวที่เป็นผลมาจากการทำงานประสานกันของ 2 ระบบย่อย คือ ระบบรู้คิด (cognator subsystem) และระบบควบคุมทางสรีระ (regulator subsystem) โดยระบบรู้คิดเป็นกลไกการตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านช่องทางกระบวนการรับรู้และการให้ข้อมูลการเรียนรู้ การตัดสินใจและอารมณ์ส่วนระบบการควบคุมเป็นกลไกควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทางสรีระวิทยา

ผลจากการทำงานของระบบทั้งสอง จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านสรีระ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพา ผลของการปรับตัวอาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมทั้งสี่ด้านหรือด้านใดด้านหนึ่ง โดยอาจเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (effective) หรือพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective) เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวและมีความเครียดลดลง ระบบควบคุมทางสรีระ (regulator subsystem)⁶ จะมีความสมดุลทำให้ญาติผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมการปรับตัวออกมา 2 ด้าน คือ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพา (Interdependence mode) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองในระยะวิกฤต ที่ญาติผู้ดูแลมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์⁶ ดังนั้นจึงมุ่งเน้นการศึกษาด้านการปรับตัวด้านอารมณ์ (emotional focused coping) และการปรับตัวแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem focused coping) ซึ่งตรงกับทฤษฎีการปรับตัวของรอยในด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพา ส่วนการปรับตัวแบบความบกพร่องในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (dysfunctional focus coping) เป็นปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มีความวิตกกังวลและความเครียดสูง ซึมเศร้า โกรธ ไม่พอใจ คับข้องใจ รู้สึกผิดถ้าไม่สามารถให้การดูแลที่ดีที่สุดทุกครั้งเป็นต้น การศึกษาครั้งนี้สิ่งเร้าตรง ได้แก่ การมีญาติเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการรู้คิดผิดปกติ โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวเป็นตัวกลาง (mediator) ในการช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านกลไก

การรู้คิด (cognator subsystem) และแสดงออกเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านอัตมโนทัศน์ และด้านพึงพา⁶ ซึ่งโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวจะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์^{7,18} โดยการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความพร้อมด้านอารมณ์และสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล และการให้ญาติผู้ดูแลพูดระบายความรู้สึกและความกังวลใจ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล^{7,18} โดยการอธิบายเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต อธิบายอาการและสภาวะของผู้ป่วยในปัจจุบันตามความเป็นจริง และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 3) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ^{10,20} และ 4) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น¹⁰ ระบบเกื้อหนุนจากโปรแกรม ตลอดจนความเข้าใจและความรู้สึกมีคุณค่าจะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้อย่างเหมาะสมด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพา ตามกรอบแนวคิดของรอย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. คะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองครั้งแรก ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองครั้งแรก เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เข้ามาดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่เข้ารับการรักษาน หอผู้ป่วยวิกฤตทางประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยญาติผู้ดูแลจะต้องเป็นญาติที่ดูแลผู้ป่วยหนักตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา

มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ประเมินโดยมีคะแนน Barthel Index¹¹ อยู่ในระดับ 0-4 คะแนน

เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย

1. แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะคุกคามชีวิตที่ต้องการการช่วยเหลือรีบด่วน เช่น ภาวะช็อก เลือดออกซ้ำในสมองหลังผ่าตัด และสัญญาณชีพไม่คงที่หรือไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไขสันหลัง หรือผ่าตัดสมองร่วมกับไขสันหลัง

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะบกพร่องทางจิต

เกณฑ์การคัดเลือกญาติผู้ดูแลเข้าศึกษา

เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคคลในครอบครัวและไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลในการดูแล เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง หรือญาติในครอบครัวผู้ป่วย โดยสามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การคัดออกญาติผู้ดูแล

1. ญาติผู้ดูแลที่เคยได้รับการสอนให้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมประสาทมาก่อนภายใน 1 ปี
2. ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะบกพร่องทางจิต

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะของกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยและโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ⁷ ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง นำมาหาขนาดอิทธิพล (effect size = d) ตามสูตรของกลาส¹² โดยนำค่าที่เกิดจากการทดลองมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนปรับตัวในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}_E$) เท่ากับ 88.85 และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}_C$) เท่ากับ 79.15 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม (SD_C) เท่ากับ 11.03 นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลได้ .88 และกำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05 กำลังของการทดสอบ (power of the test) ที่ .80 และคำนวณขนาดของอิทธิพล (effect size) ได้ .88 นำไปเปิดตาราง

ของโคเฮน¹³ บอกค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดได้ 25 คน และป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกในระหว่างการทำการวิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 20 จากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ¹⁴ คือ 5 คน จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน โดยเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ผู้วิจัยทำการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองโดยบูรณาการความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสนับสนุนญาติผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับญาติผู้ดูแล การประเมินความพร้อมด้านอารมณ์และสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล และการให้ญาติผู้ดูแลพูดระบายความรู้สึกต่างๆที่ไม่สบายใจ บอกความกังวลเกี่ยวกับตนเอง ครอบครัวหรือผู้ป่วยให้พยาบาลฟัง พูดคุยให้กำลังใจ รับฟังปัญหา ตอบปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล อธิบายโรค สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย รวมถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต สภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 3) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ และเปิดโอกาสให้ญาติได้ทำกิจกรรมตามความเชื่อตามความเหมาะสม 4) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

เบื้องต้น ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกายร่วมกับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกการเช็ดตัวลดไข้ และการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

1.2 คู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองประกอบด้วย 1) คำแนะนำในการเข้าเยี่ยม 2) การปฏิบัติตัวกฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่างๆ ขณะเข้าเยี่ยม 3) อาการและสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง 4) การรับทราบข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการดูแลขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย 5) กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับและ 6) กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ข้างเตียงขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เช่น การช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดทำนอน พลิกตะแคงตัว เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ (Brief COPE) พัฒนาโดย Carver¹⁵ วัตรวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพา⁶ มีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ ประกอบด้วย 14 ข้อใหญ่ แบ่งเป็น 3 มิติย่อย ได้แก่ มิติย่อยที่ 1 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem focus coping) มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ วิธีเผชิญปัญหา (active coping) การวางแผน (planning) และการใช้การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (instrumental support) มิติย่อยที่ 2 การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (emotional focus coping) มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การมองโลกแง่บวก (positive reframing) การยอมรับ (acceptance) อารมณ์ขัน (Humor) ศาสนา (religion) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) มิติย่อยที่ 3 ความบกพร่องในการปรับตัวเพื่อเผชิญ

ปัญหา (dysfunctional focus coping) มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การกำจัดสิ่งวุ่นในจิตใจ (self-distraction) การปฏิเสธความจริง (denial) การระบายอารมณ์ความรู้สึก (venting) การใช้สารเสพติด (substance use) การเลิกความพยายามที่จะจัดการกับปัญหา (behavioral disengagement) และการตำหนิตนเอง (self-blame) การแปลผลคะแนนการปรับตัว นำคะแนนการปรับตัวมาคำนวณโดยใช้เกณฑ์ของ Carver¹⁵ คะแนนมากแปลว่ามีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาดีขึ้น โดยใช้มิติ problem focus coping และ emotional focus coping มากขึ้น ส่วนมิติ dysfunctional focus coping ต้องทำการกลับค่าคะแนนก่อนแล้วจึงนำมาคำนวณตามเกณฑ์ของ Carver¹⁵ คะแนนมากแปลว่า มีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาดีขึ้น โดยใช้มิติ dysfunctional focus coping น้อยลง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง คู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่สร้างขึ้น และแบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ (brief COPE) ไปหาความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หลังจากเครื่องมือผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ (brief COPE) ก่อนจะนำไปใช้ในการศึกษาได้เท่ากับ .93

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ (brief COPE)

ไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตและมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 รายและนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้โครงร่างของการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลและจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราชหมายเลข Si4482014 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจบระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง 35 ปี โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด โดยเฉพาะขั้นตอนการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการใช้แบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำตามขั้นตอนให้ได้เหมือนผู้วิจัย การหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) ได้ค่าเท่ากับ ร้อยละ 100

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล หลังจากได้รับอนุมัติโครงการวิจัยผู้วิจัยนำหนังสือที่ได้รับอนุมัติเข้าพบผู้บริหารและพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เลือกกลุ่มทดลองโดยเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมมีลักษณะดังนี้ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ประเมินโดยใช้ Barthel Index¹¹ อยู่ในระดับ 0-4 คะแนน และเลือกญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมในด้านอายุ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย⁷ จัดให้ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด โดย

กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาในไอซียูประสาทศัลยศาสตร์หลังผ่าตัดสมองวันที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย ในวันที่ 1-3 ได้แก่ แจกอาหาร และแผนการรักษาประจำวันให้ญาติผู้ดูแลทราบ และแนะนำการเรียกและพูดคุยกับผู้ป่วย ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ญาติต้องการ เช่น การเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย การช่วยป้อนอาหารในรายที่รู้สึกตัวแต่มีแขนและมืออ่อนแรง หรือตามัวมองเห็นไม่ชัด การเปิดวิทยุเทปให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ และการนวดแขนขาผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดวันที่ 3 ผู้ช่วยวิจัย

ทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ วัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแล

กลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่เข้ารับการรักษาในไอซียูประสาทศัลยศาสตร์หลังผ่าตัดสมองวันที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูล โดยสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแล อธิบายการปฏิบัติตัว และข้อควรปฏิบัติขณะเข้าเยี่ยม พร้อมแจกคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง จากนั้นผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านอารมณ์และสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล โดยสอบถามความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อธิบายอาการและสภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง และประเมินความพร้อมในการเข้าเยี่ยม เมื่อญาติผู้ดูแลพร้อมที่จะเข้าเยี่ยมผู้วิจัยจึงนำญาติผู้ดูแลเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียง พูดคุยให้กำลังใจ รับฟังปัญหา ตอบข้อสงสัยต่าง ๆ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล อธิบายอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

3. ด้านจิตวิญญาณ แนะนำญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และศาสนาได้ตามความเหมาะสมตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

4. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น¹⁰ อธิบายให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยให้การดูแลเบื้องต้น เช่น การดูแลผิวหนังทั่วไป การให้ความอบอุ่น และการดูแลความ

สะอาดทั่วไป เป็นต้น และประเมินความพร้อมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หากญาติผู้ดูแล พร้อมผู้วิจัยจึงเริ่มสาธิต และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยและให้ญาติผู้ดูแลปฏิบัติตาม

เมื่อสิ้นสุดวันที่ 3 ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวฉบับย่อ วัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง และข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's Exact Test และ independent Sample t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลกลุ่มได้รับโปรแกรมกับกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้สถิติ independent sample t-test แต่เมื่อทดสอบ assumptions พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีการกระจายไม่เป็นแบบปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U-test แทน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลก่อนเริ่มโปรแกรมกับหลังสิ้นสุดโปรแกรมใช้สถิติ Paired sample t-test แต่เมื่อทดสอบ assumptions พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีการกระจายไม่เป็นแบบปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test แทน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ย 50.3 ปี (50.3 ± 12.9) และ 53.5 ปี (53.5 ± 11.3) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบเพศและอายุของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ลักษณะทางคลินิกและการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มควบคุม ร้อยละ 26.7 และกลุ่มทดลองร้อยละ 36.7 มีการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) มีโรคร่วมส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 81.7 ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำเอาเนื้องอกออก (craniotomy with tumor remove) การรักษาเนื้องอกสมองด้วยการผ่าตัดส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษานอผู้ป่วยวิกฤตที่พบส่วนใหญ่คือภาวะสมองบวมหลังผ่าตัด โดยพบในกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7 และกลุ่มทดลองร้อยละ 56.7 แสดงให้เห็นว่าผลของเนื้องอกสมองและการผ่าตัด ทำให้เกิดการทำลายหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพสมองและหลอดเลือดสมองเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองและความบกพร่องทางระบบประสาททำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง¹ ซึ่งทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรู้สึกตัวภายหลังผ่าตัดสมอง 24 ชั่วโมงแรก วัดด้วยคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale) เฉลี่ยเท่ากับ 8.00 (8.00 ± 2.25) และอยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน ร้อยละ 73.40 อยู่ในระดับบกพร่องรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Barthel Index) หลังผ่าตัดสมอง 24 ชั่วโมงแรก เท่ากับ 0 คะแนน

หมายถึงผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2. ลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 37.50 ปี (37.50 ± 11.36) และ 42.83 ปี (42.83 ± 12.29) เมื่อเปรียบเทียบเพศ และอายุของทั้งสองกลุ่ม ($p = 0.37, 0.26$ ตามลำดับ) พบว่าไม่แตกต่างกัน ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพค้าขาย มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่มีโรคประจำตัว มีรายได้โดยเฉลี่ย 22,300 บาท/เดือน ($22,300 \pm 7,502$) และ 27,233 บาท/เดือน ตามลำดับ นอกจากนี้ญาติส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยโดยอยู่ในวัยผู้ใหญ่และประกอบอาชีพค้าขาย ดังนั้นเมื่อบิดาหรือมารดาต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล จึงได้รับมอบหมายจากบุตรคนอื่น ๆ ในครอบครัวจากการที่มีรายได้มากกว่าหรือมีรายได้มั่นคงกว่า ให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

3. การเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ก่อนเริ่มโปรแกรมกับหลังสิ้นสุด โปรแกรมใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวสูงกว่าก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลองหลังผ่าตัดสมองก่อนเริ่มโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การปรับตัว	ก่อนเริ่มโปรแกรม		หลังสิ้นสุดโปรแกรม		Z	P value
	Mean (SD.)	Mean rank	Mean (SD.)	Mean rank		
problem focus	14.10 (1.82)	18.67	21.46 (1.77)	7.00	4.95	.000
Emotional focus	18.76 (2.47)	19.02	30.46 (2.96)	6.13	4.67	.000
Dysfunctional focus	32.00 (4.65)	18.94	44.00 (2.63)	3.00	5.19	.000
คะแนนรวม	64.86 (6.53)	22.09	95.93 (4.81)	5.80	5.04	.000

3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วย เนื่องจากการทดสอบการกระจายของความแตกต่างคะแนนการปรับตัวในวันที่ 1 และวันที่ 3 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เป็นแบบปกติ จึงทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Mann-Whitney

U-test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความแตกต่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวของกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น หลังได้รับโปรแกรม ในทุกรายมิติและคะแนนโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความแตกต่างก่อนกับหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่เพิ่มขึ้นในการปรับตัวแบบ dysfunctional การปรับตัวแบบ problem focus, emotional focus และคะแนนรวมการปรับตัวมีคะแนนลดลง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนการปรับตัวญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามมิติย่อย และคะแนนรวมการปรับตัว

การปรับตัว	กลุ่มทดลอง (30)		กลุ่มควบคุม (30)		Z	P value
	Mean (SD.)	Mean rank	Mean (SD.)	Mean rank		
ก่อนเริ่มโปรแกรม						
problem focus	14.10 (1.82)	21.15	19.16 (4.61)	39.85	-4.18	.000
Emotional focus	18.76 (2.47)	19.63	27.83 (6.14)	41.37	-4.84	.000
Dysfunctional focus	32.00 (4.65)	22.08	37.16 (4.92)	38.92	-3.74	.000
คะแนนรวมการปรับตัว	64.86 (6.53)	19.47	84.16 (12.06)	41.53	-4.90	.000
หลังสิ้นสุดโปรแกรม						
problem focus	21.46(1.77)	35.80	19.00 (4.72)	25.20	-2.39	.010
Emotional focus	30.46 (2.96)	35.13	27.20 (6.17)	25.87	2.07	.030
Dysfunctional focus	44.00 (2.63)	41.88	37.36 (5.16)	19.12	5.07	.000
คะแนนรวมการปรับตัว	95.93 (4.81)	42.57	83.56 (11.89)	18.43	-5.36	.000

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ภายหลังญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวมีการปรับตัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า คะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและคะแนนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวในทุกมิติ กล่าวคือ ถึงแม้ญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองจะมีคะแนนการปรับตัวต่างกัน โดยญาติกลุ่มทดลองมีการปรับตัวได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ภายหลังเข้าโปรแกรมญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวดีขึ้นอย่างมาก และดีกว่ากลุ่มควบคุมมาก โดยญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองใช้การเผชิญปัญหาแบบ emotional focus coping ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ และการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น แบบ problem focus coping ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น และแบบ dysfunctional focus coping ได้แก่ การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ

การปรับตัวโดยใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองในทุกมิติดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้คะแนนการปรับตัวในทุกมิติสูงขึ้น มิติที่ 1 emotional focus coping และมิติที่ 2 problem focus coping เป็นรูปแบบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในภาวะวิกฤต เนื่องจากทำให้ญาติผู้ดูแลลดความเครียด

ความวิตกกังวล และความกดดันในสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดี⁶ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีสติรู้ตัวมากขึ้น ยอมรับสถานะของผู้ป่วยตามความเป็นจริง เข้าใจ และตอบสนองต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเชิงบวกมากขึ้น สามารถคิดวิเคราะห์ใคร่ครวญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปในอนาคตได้^{6,7} ส่วนมิติที่ 3 dysfunctional focus coping เป็นรูปแบบการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมในภาวะวิกฤต ซึ่งผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว คะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองในมิติ dysfunctional focus coping สูงกว่าคะแนนในมิติอื่น หมายถึงว่า ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาโดยใช้ dysfunctional focus coping ลดลง เมื่อคำนวณโดยใช้เกณฑ์ของ Carver¹⁵ และ Roy⁶ แปลว่าใช้กลไก dysfunctional focus coping น้อยซึ่งหมายถึงมีการใช้วิธีแบบเลียงหนีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวในการศึกษาคครั้งนี้ มีผลให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาดีขึ้นทุกมิติเป็นไปตามเป้าหมาย โดยญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเพิ่มการใช้การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาแบบ emotional focus coping และแบบ problem focus coping และลดการใช้ dysfunctional focus coping ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากภายหลังญาติผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ และการสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นดังกล่าวข้างต้นแล้วทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสบายใจ ภาวะเครียด และวิตกกังวลลดลง ไม่โทษไม่ตำหนิตนเอง ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา สามารถเผชิญ

กับภาวะวิกฤตความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดี โดยมองปัญหาในแง่บวกและยอมรับปัญหา และเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถรับภาระและจัดการกับปัญหานั้นได้^{18,20} และทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถเรียนรู้การใช้แหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นด้วย¹⁹

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย⁶ (Roy Adaptation Model) กล่าวคือ โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวเป็นตัวกลาง (mediator) ช่วยให้ญาติสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวทำงานผ่านกลไกการรู้คิด (cognator subsystem)⁶ โดยผ่านช่องทางการรู้คิดและอารมณ์ (cognitive-emotional channels) 4 ช่องทาง ได้แก่ การรับรู้และกระบวนการรับข้อมูล (perceptual and information processing) การเรียนรู้ (learning) การตัดสินใจ (judgment) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotion)⁶

ผลลัพธ์ของการปรับตัวซึ่งเป็นผลจากการทำงานของกลไกการรู้คิด (cognator subsystem) เมื่อญาติผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวดังกล่าวร่วมกับระบบควบคุมทางสรีระ (regulator subsystem)⁶ ทำให้ญาติผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมปรับตัวออกมา 2 ด้าน คือ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพา (interdependence mode) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพา (interdependence mode)⁶ ญาติผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมรู้สึกสบายใจ สิ้นหนาท่าทางสดชื่นขึ้น ความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัญหาในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพลดลง และสามารถตอบสนองสิ่งที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากเข้าใจสภาพและปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น มีการตัดสินใจที่

ดีในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุคคลที่ตนรักได้ เกิดการปรับตัวดีขึ้น มีประสิทธิภาพ^{7,20}

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ก่อนเริ่มโปรแกรมญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีคะแนนการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มทดลอง อาจเนื่องมาจากทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อ⁶ สิ่งเร้านี้อาจมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล เช่น ความเชื่อด้านจิตวิญญาณและศาสนาช่วยให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีขึ้นเป็นต้น การปรับตัวหรือความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคลนั้น ผลลัพธ์จะเป็นการปรับตัวที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าหรือขอบเขตความสามารถของบุคคลที่ตอบสนองหรือปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากผลกระทบของสิ่งเร้าที่มีอยู่ในขณะนั้น ถ้าหากผลกระทบจากสิ่งเร้าอยู่ภายในขอบเขตหรือความสามารถของบุคคล บุคคลจะสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้⁶ และผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวมีการปรับตัว เพื่อเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์วิกฤตความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยญาติผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวมีคะแนนการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาสูงขึ้นในทุกมิติ แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวโดยใช้การเผชิญปัญหาแบบ emotional focus coping, และแบบ problem focus coping มากขึ้น และมีการปรับตัวโดยใช้การเผชิญปัญหาแบบ dysfunctional focus coping ลดลง ดังนั้น สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองปรับตัวเพื่อเผชิญ

ปัญหาสถานการณ์วิกฤตความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ความวิตกกังวลลดลง โทษตนเอง ต่ำห็นตนเองลดลง มองสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในเชิงบวก มากขึ้น เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ^{7,20}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำการควรนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระบบประสาทสมองหลังผ่าตัด ในการสนับสนุนทางอารมณ์การให้ข้อมูล การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยเน้นการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง 3 วัน วันละ 1-2 ชั่วโมง โดยเสนอผลการวิจัย ต่อทีมดูแลผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้เกิด การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยบูรณาการแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้ากับระบบการทำงานที่เป็นอยู่

2. โปรแกรมดังกล่าวควรมีคู่มือเฉพาะเรื่อง สำหรับญาติผู้ดูแลตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม ควรเป็น คู่มือที่มีการปรับให้เข้ากับลักษณะของผู้ป่วย มีภาพ พร้อมคำบรรยาย และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อที่ญาติ ผู้ดูแลเมื่อกลับมาทบทวนภายหลังจะเกิดความเข้าใจ มากขึ้น เช่น คู่มือการจัดท่าพลิกตะแคงตัว คู่มือการ ออกกำลังกายบริหารข้อมือและข้อเท้าให้ผู้ป่วย เป็นต้น

3. ก่อนเริ่มโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวควร ให้ญาติผู้ดูแลทำแบบวัดการปรับตัวเพื่อประเมินการ ปรับตัวของญาติผู้ดูแล หากคะแนนการปรับตัวทั้ง emotional focused coping, problem focused coping มีคะแนนสูงตั้งแต่ต้นก่อนเริ่มโปรแกรม อาจส่งเสริมการ ปรับตัวของญาติผู้ดูแลในบางด้านตามความต้องการ ของญาติผู้ดูแล หากญาติผู้ดูแลมีคะแนนการปรับตัว ต่ำสามารถเริ่มโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวได้ทันที ในทุกด้าน

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษา ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัว ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปหอผู้ป่วยสามัญ

References

1. Hickey JV. The Clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Murrey GJ, Hale FM, Williams JD. Assessment of anosognosia in person with frontal lobe damage: clinical utility of the Mayo-Portland Adaptability Inventory (MPAI). Brain Inj 2005;19(8):599-603.
3. Moreau. Critical care nursing made incredible easy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004
4. Kinrade T, Jackson AC, Tomnay JE. The psychosocial needs of families during critical illness: Comparison of nurses' and family members' perspectives. AJAN 2009;27(1):82-8.
5. Wartella JE, Auerbach SM, Ward KR. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. J Psychosom Res 2009;66:503-9.
6. Roy C. The Roy adaptation model. 3th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2008.
7. Khiewchaum R, Thosingha O, Chayaput P, Utriyaprasit K. Coping with traumatic brain injury using the preparation program among caregivers of patients in the intensive care unit. SMJ 2011;63:128-31.
8. Lin PC, Lu CM. Psychosocial factors affecting hip fracture elder's burden of care in Taiwan. JON 2007; 26(3):155

9. Maxwell K, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family member of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung* 2007; 36(5): 367-76.
10. Davison JE, Daly BJ, Brady NR, Higgins PA. Facilitated Sense making: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q* 2010;33:177-89.
11. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965;14:56-61.
12. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976;5:3-8.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
15. Carver CS. You want to measure coping but your protocol' too long: consider the brief cope. *Int J Behav Med* 1997;4:92-100.
16. Numdokmai S, Wacharasin C, Deoisres W. Effects of nursing intervention program based on Illness Belief Model on family caregivers' stress and caring for stroke patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016;24(1):27-38. (In Thai)
17. Gaceni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. *Glob J Health Sci* 2015;7(2):8-19.
18. Yotinwattanabumrung A, Ua-Kit N, Jitpanya C. The Effect of family crisis intervention program on adaptation of family mMembers of patients admitted in an intensive unit. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2007;19(2):98-111. (In Thai)
19. Huang TT, Peng JM. Role adaptation of family caregivers for ventilator-dependent patients: Transition from respiratory care ward to home. *J Clin Nurs* 2010; 19:1686-94.
20. Lundberg PC, Kerdonfag P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *J Clin Nurs* 2010;19:1121-28.