

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่
แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติ
ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

The Effects of Information and Emotional Support Program on
Uncertainty of Illness and Stress Coping Among Caregivers
of Traumatic Brain Injury Patients

สกุลวรรณ อร่ามเมือง^{1*} ทิพา ต่อสกุลแก้ว² วินัส ลิฬหกุล³
Sakulwan Arammuang^{1*} Tipa Toskulkae² Venus Leelahakul³

¹นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาศาสนาพุทธ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

¹Master student, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom, Thailand.

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

³Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom, Thailand.

*Corresponding author: tipa2558@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 58 ราย คัดเลือกแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นระยะเวลา 5 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบสอบถามประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 และ .71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(1,55) = 44.69, p < .001$] และกลุ่มทดลองมีการเผชิญความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(1,55) = 23.59, p < .001$] การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอนี้ว่า พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติเพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาล

คำสำคัญ: การเผชิญความเครียด; ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย; ญาติผู้ดูแล; ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

Abstract

This study was a quasi-experimental research with a two group pretest-posttest design. The purpose of the study was to examine the effect of the Information and Emotional Support Program on uncertainty of illness and stress coping among caregivers of traumatic brain injury patients. The samples comprised 58 traumatic brain injury patients' caregivers in neurosurgical ward, Ratchaburi hospital. The samples was conveniently selected according to the specific criteria. They were assigned into the experimental or the control groups, each group consisted of 29 participants. The experimental group received the Information and Emotional Support Program for 5 days and the control group received the usual nursing care. Data were collected using the demographic of patients and caregivers data form and uncertainty of illness and stress coping questionnaires. The reliability of uncertainty of illness and stress coping questionnaire using Cronbach's alpha coefficient were .76 and .71, respectively. The data were analyzed by using descriptive statistics and ANCOVA.

The results revealed that after receiving the program, the experimental group had significantly lower uncertainty of illness than the control group [$F(1,55) = 44.69, p < .001$]. The experimental group had significantly better stress coping than the control group [$F(1,55) = 23.59, p < .001$]. Hence, nurses may add this program to the usual nursing care in order to promote better quality of care provided by caregivers of traumatic brain injury patients.

Keywords: caregivers; stress coping; traumatic brain injury; uncertainty of illness

ความเป็นมาของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะมักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางจราจร¹ รายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2558 ระบุว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี และมีอัตราผู้ได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวน 20-50 ล้านคนในแต่ละปี² ในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงสุดเป็นอันดับสองของโลก โดยจากข้อมูลการออกหนังสือใบมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตายทางถนนของประเทศไทยปี พ.ศ. 2555-2558 พบ มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนคิดเป็น 21.90, 22.90, 23.20, 22.30 คนต่อประชากรแสนคนต่อปีตามลำดับ เฉพาะสำนักงานเขตสุขภาพที่ 5 ของกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนจากอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2557-2558 คิดเป็น 31.06 และ 23.89 ซึ่งมีอัตราสูงเป็นอันดับที่สองของเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต³ ซึ่งจังหวัดราชบุรี เป็นหนึ่งในจังหวัดที่อยู่ในสำนักเขตสุขภาพที่ 5

เมื่อเกิดการบาดเจ็บศีรษะ ความรุนแรงของผู้บาดเจ็บศีรษะขึ้นอยู่กับสถานะศีรษะขณะถูกกระแทกและการเกิดพยาธิสภาพของสมอง สามารถจำแนกการบาดเจ็บออกเป็น 2 ระยะ⁴ คือ 1) การบาดเจ็บศีรษะระยะแรก

เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีที่มีแรงกระทบต่ออวัยวะต่างๆของศีรษะ ทำให้เกิดการฟกช้ำ การฉีกขาดของหนังศีรษะกะโหลกศีรษะแตก ร้าว สมองกระทบกระเทือน สมองฟกช้ำ 2) การบาดเจ็บระยะที่สองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บศีรษะระยะแรกโดยใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน โดยอาจมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะสมอง บวม ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง และสมองเคลื่อน^{5,6} ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บศีรษะระยะที่สอง ซึ่งจะส่งผลให้มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนที่ และเซลล์สมองถูกทำลายได้^{7,8} โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต อาจมีการเปลี่ยนแปลงของอาการได้ตลอดเวลา

การบาดเจ็บศีรษะนอกจากจะเกิดผลกระทบกับตัวผู้ป่วยแล้วยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย⁹ โดยครอบครัวมักมีความเครียด วิตกกังวล กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ¹⁰ นอกจากนั้นการที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความคาดหวังในการให้ผู้ป่วยรอดชีวิต การต้องเผชิญกับผล

การรักษาและอาการที่เปลี่ยนแปลงในขณะเกิดภาวะวิกฤต ความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการและการรักษา รวมถึงความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถทำนายผลการรักษาผู้ป่วยในอนาคตได้ นอกจากนั้นการที่ไม่ทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในด้านข้อมูลเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บของผู้ป่วย มักส่งผลให้ครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งมักมีสาเหตุจาก 4 ลักษณะ คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความซับซ้อนในการดูแลรักษา การได้รับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน การไม่สามารถทำนายผลการรักษาของผู้ป่วยได้¹¹ ซึ่งในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนี้ สิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมักต้องการ คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและ การพยากรณ์โรค การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในทีมสุขภาพ ดังนั้นทีมสุขภาพซึ่งได้แก่ แพทย์และพยาบาลจึงนับเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ^{12,13} ในการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและชัดเจน ซึ่งจะสามารถช่วยลดความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้^{14,15} นอกจากนั้นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม จะสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนำไปใช้ในการปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ จากงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของMishel¹¹ มีเพียงการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อีกทั้งบางการศึกษาเป็นการศึกษาในกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ หรือเป็นการศึกษาด้านการสนับสนุนอารมณ์โดยไม่มี การสนับสนุนด้านข้อมูล ส่วนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระยะวิกฤตเป็นการศึกษาในเรื่องของการเผชิญความเครียด แต่ไม่ได้ศึกษา

ในเรื่องความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ในด้านการพยาบาลตามปกติญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เลวลง ด้านการสนับสนุนอารมณ์มีพยาบาลให้คำปรึกษาด้านสุขภาพใจร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจัดกิจกรรมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโดยมีการจัดกิจกรรมเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของมิเชลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์โดยจัดกระทำกับโครงสร้างผู้ให้การสนับสนุน (structure provider) การให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (cognitive capacities) ในสถานการณ์ที่มีปัจจัยจากรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการของผู้ป่วย ด้านความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และด้านความสอดคล้องของเหตุการณ์กับความคาดหวัง¹¹ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

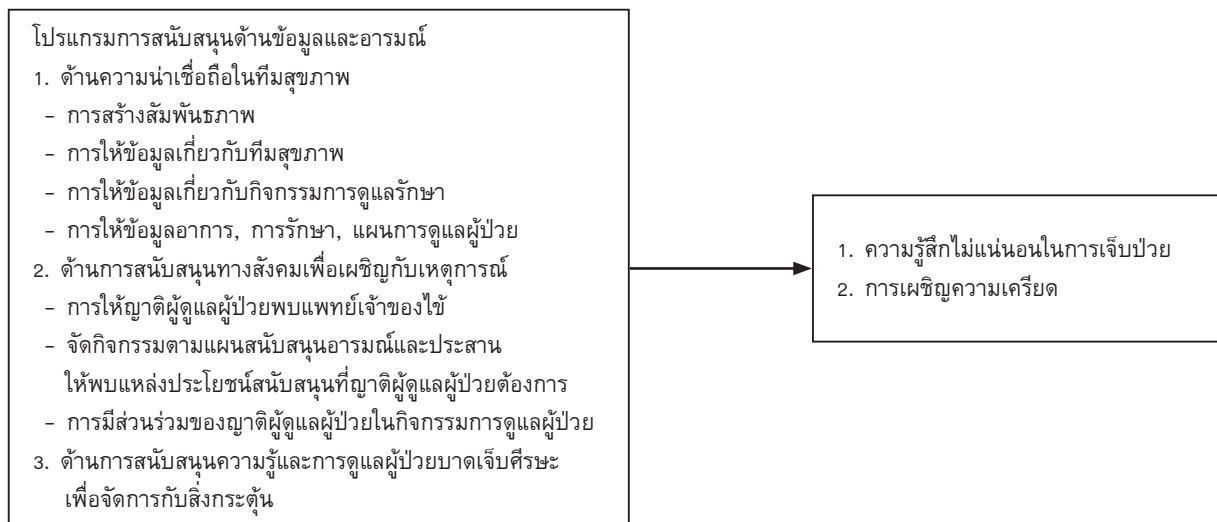
1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีการเผชิญความเครียดดีกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel¹¹ ในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย มีการจัดการกับรูปแบบของสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการของผู้ป่วย ด้านความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และด้านความสอดคล้องของเหตุการณ์กับความคาดหวัง โดยใช้โครงสร้างผู้ให้การสนับสนุน (structure providers) ซึ่งมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมที่มุ่งให้การสนับสนุนในองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การให้

ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้ข้อมูลอาการ การรักษา และแผนการดูแลผู้ป่วย 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ โดยการประสานงานให้พบแหล่งประโยชน์สนับสนุนตามที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการ การให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและ 3) ด้านการสนับสนุนความรู้และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้น โดยการให้ความรู้ในการป้องกันการบาดเจ็บศีรษะระยะที่สอง และการให้ความรู้ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (cognitive capacities) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความรู้ ทำให้มีความสามารถในการแปลงข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้องผ่านกระบวนการคิดและพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการปรับตัวในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งมี 3 รูปแบบ คือ 1) ด้านการจัดการอารมณ์เป็นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยใช้กระบวนการทางความคิด พยายามจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากสถานการณ์ดังเครียด ความพยายามปรับเปลี่ยนความหมายที่มีต่อเหตุการณ์ การมองสิ่งที่เป็นปัญหาในแง่ดี หรือเปรียบเทียบปัญหากับผู้อื่นที่หนักกว่า 2) ด้านมุ่งแก้ปัญหาเป็นวิธีการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพยายามแก้ปัญหาหรือสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และ 3) ด้านการบรรเทาความรู้สึก เป็นวิธีการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เปลี่ยนที่เหตุการณ์เพื่อให้ความเครียดบรรเทา



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ญาติสายตรงและญาติผู้ดูแลหลัก ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ในระยะวิกฤต 24-72 ชั่วโมงแรก หลังการบาดเจ็บศีรษะที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ระยะเวลาศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากประชากรโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี 2) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นญาติสายตรงและญาติ ผู้ดูแลหลัก 3) สามารถมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน ในระยะเวลา 5 วันต่อเนื่องกัน 4) สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 5) มีคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination) มากกว่า 23 คะแนน¹⁷

ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Version 3.1.9.2 เลือกการทดสอบชนิด Independent t- test ใช้การทดสอบแบบทางเดียว คำนวณค่าขนาดของอิทธิพลโดยใช้สูตรของกลาสและคณะ¹⁸ การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด⁵ จากการคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .89 เป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและเพื่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ขึ้น ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .70 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 52 ราย ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีมีผู้สูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 29 ราย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.14/2560 จากนั้นผู้วิจัยนำหนังสือรับรองจริยธรรม

จากมหาวิทยาลัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลราชบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลราชบุรีเลขที่ RBHEC 015/61 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้บาดเจ็บศีรษะตามเกณฑ์เพื่อคัดเข้าโครงการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย โดยเมื่อเข้าร่วมในการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อคุณภาพการบริการ การพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่วิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม และเมื่อสิ้นสุดโครงการข้อมูลทุกอย่างจะถูกทำลายทิ้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาร่วม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในส่วนของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย ในส่วนของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว จำนวนครั้ง การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โรคประจำตัว ประวัติการได้รับการผ่าตัด และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของ Harkness et al.¹⁹ แปลเป็นภาษาไทย โดยศากุล ช่างไม้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 9 ข้อ และด้านลบ 21 ข้อ รวมเป็นจำนวน 30 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 30 ถึง 150 คะแนนเต็มคือ 150 คะแนน การแปลผลโดยการกำหนดจากคะแนนเฉลี่ย คะแนนที่สูงขึ้น

แสดงว่าระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสูง

1.3 แบบประเมินการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Patsadu²⁰ จากงานวิจัยเรื่องความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ²⁰ ซึ่งแบบวัดการเผชิญความเครียดนี้พัฒนามาจากแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของจาโรวิส (Jalowice Coping Scale) จำนวน 36 ข้อ มีการแปลโดยนิตยา สุทธยากร ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ การเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกจำนวน 14 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 36 ถึง 180 คะแนนเต็มคือ 180 คะแนน การแปลผลโดยใช้คะแนนรวมของการเผชิญความเครียด คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย แผนการสอน 5 ชุด ชุดที่ 1 เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับทีมสุขภาพและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ชุดที่ 2 เรื่องการป้องกันการบาดเจ็บศีรษะระยะที่สอง ชุดที่ 3 เรื่องการทำความสะอาดร่างกายและการเช็ดตัวลดไข้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ชุดที่ 4 เรื่องการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และชุดที่ 5 เรื่องการให้อาหารทางสายยางผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2.2 คู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2.3 วิดีทัศน์ จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับทีมสุขภาพและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) การอาบน้ำนึ่งเตียงผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 3) การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และ 4) การให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2.4 Power point ประกอบการสอน เรื่องการป้องกันการบาดเจ็บศีรษะระยะที่สอง และการเช็ดตัวลดไข้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2.5 แผนการสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศ การพูดคุยเป็นกันเอง การใช้คำเสียงที่นุ่มนวล

ในการให้ข้อมูลการตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ให้เล่าเรื่องราวของตน การเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ซักถาม การตอบคำถามโดยใช้คำพูดที่ชัดเจนไม่คลุมเครือ ถ้ามีการใช้ศัพท์ทางการแพทย์จะต้องมีการอธิบายให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจ การรับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและลดความตึงเครียดด้านอารมณ์ การใช้การสัมผัสตามความเหมาะสมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยขณะพูดคุยเป็นการให้กำลังใจ และแสดงความเห็นใจ การสังเกตถึงพฤติกรรม เสียง สีหน้า ท่าทางในขณะสนทนา เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึก และอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤต

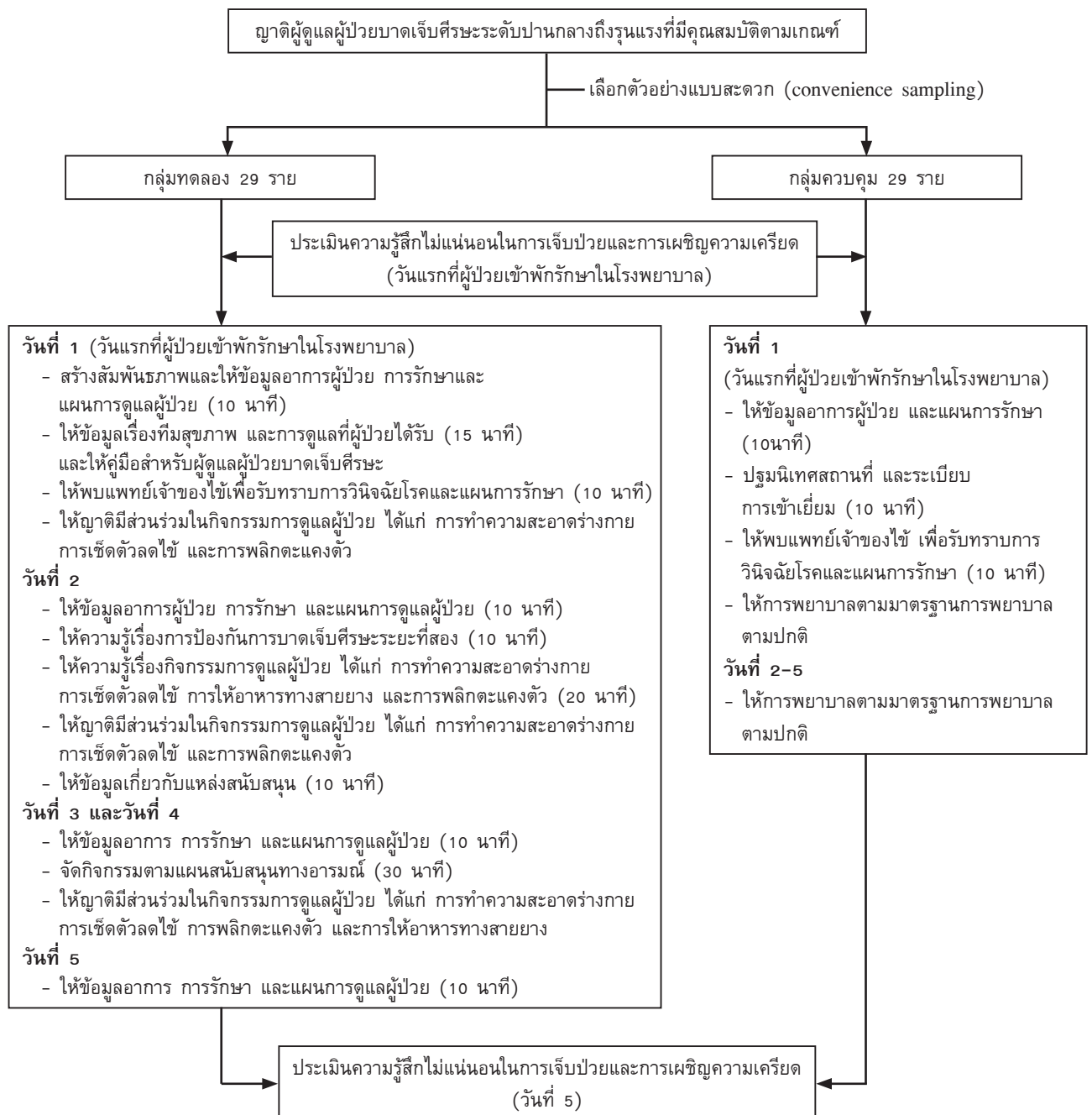
เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ได้รับการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาในโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเป็นไปได้ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 แบบประเมินการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และนำแบบสอบถามการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไปทดสอบหาค่าความเที่ยง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 และ .71 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ขอหนังสือรับรองจากคณะดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทที่แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 29 ราย แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 29 ราย การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 แผนผังการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ Fisher's exact test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) เนื่องจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) ภายหลังได้รับโปรแกรมจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 29 ราย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 43 ปี ($SD=10.20$) เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.76 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 34.48 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.17 อาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 51.72 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 13,955 บาท ($SD=8,083.03$) ความเพียงพอของรายได้ในภาวะปกติ เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.86 ในภาวะเจ็บป่วยไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 51.72 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 82.76 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 69.00 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.41

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 43 ปี ($SD=10.63$) เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.30 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 44.83 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.72 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.83 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 16,068.97 บาท ($SD=14,776.75$) ความเพียงพอของรายได้ในภาวะปกติ

ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 51.72 ในภาวะเจ็บป่วยไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 79.30 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 62.07 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 79.30 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 65.52

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านอายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความเพียงพอของรายได้ในภาวะปกติ ($p = .030$) ความไม่เพียงพอของรายได้ในภาวะเจ็บป่วย ($p = .027$) ด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะความเพียงพอและความไม่เพียงพอของรายได้ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. เปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 101.72 ($SD=8.84$) กลุ่มควบคุม 108.28 ($SD=7.27$) และภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 72.21 ($SD=8.82$) กลุ่มควบคุม 93.24 ($SD=11.44$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.08, p < .05$) จึงควบคุมตัวแปรร่วม คือค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม [$F(1,55) = 44.70, p < .001$] (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) (N=58)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	p- value
คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	377.751	1	377.751		
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	4442.376	1	4442.376	44.70	.000
ภายในกลุ่ม	5466.318	55	99.388		
รวม	12259.586	57			

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียด

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียด 96.03 (SD=14.93) กลุ่มควบคุม 91.00 (SD=12.69) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.38, p > .05$) และภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียด

73.93 (SD=14.84) กลุ่มควบคุม 86.14 (SD=12.74) เมื่อควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม [$F(1,55) = 23.59, p < .001$] (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม เมื่อควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) (N=58)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	p- value
คะแนนการเผชิญความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3341.298	1	3341.298		
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	3160.271	1	3160.271	23.59	.000
ภายในกลุ่ม	7368.012	55	133.964		
รวม	12869.931	57			

การอภิปรายผลการวิจัย

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและมีการเผชิญความเครียดดีกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งสองข้อและสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(1,55)=44.70, p < .001$] เป็นไปตามสมมติฐาน

การวิจัยข้อที่ 1 อภิปรายผลได้ว่าเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ทั้งรูปแบบอาการแสดงที่มีความซับซ้อน และคาดเดาไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติหรือไม่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือในอาการของผู้ป่วย และการที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยคือ การรับรู้ความรุนแรงในการเจ็บป่วย²¹ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงในการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย²² การศึกษานี้มีการจัดกระทำกับโครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน (structure providers) โดยจัดกิจกรรม 3 ส่วน คือ

1) ด้านความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพ 2) ด้านการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และ 3) ด้านการสนับสนุนความรู้และการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้น ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ อาการของผู้ป่วย ความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์กับความคาดหวัง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การรักษา แผนการดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องระหว่างที่ได้รับโปรแกรม การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจน และสอบถามข้อสงสัยได้ในระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรมทั้ง 5 วัน ทำให้กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีการให้ข้อมูลไม่สม่ำเสมอและไม่เพียงพอต่อความต้องการ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไม่รู้อาการของผู้ป่วย การรักษา แผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน นอกจากนี้จากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนความรู้และการให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้นเป็นสิ่งสำคัญ การให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการป้องกันการบาดเจ็บศีรษะระยะที่สองและความรู้ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การแจกคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถบอกรายการความรู้ภายหลังได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจในเหตุผลของการทำกิจกรรมต่างๆ ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และเป็นการเตรียมความพร้อมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสิ่งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตคือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การพยากรณ์โรค¹² นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับสูงแล้วยังมีความต้องการในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย²³ การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการปรับตัวดีขึ้น²⁴ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (cognitive capacities) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการแปลงข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้อง การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจรับรู้ ทำให้มีการใช้กระบวนการทางความคิดในการวิเคราะห์พิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจนี้มีผลต่อความสามารถคาดการณ์สถานการณ์ต่างๆ ได้ตรงกับความเป็นจริง Mishel²⁵ พบว่าการให้ข้อมูลและความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กัน การที่ผู้ให้บริการด้าน

สุขภาพมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุม มีผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และผลข้างเคียงสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่มีการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ พบว่าสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้²⁶ อีกทั้งการศึกษานี้ พบว่าความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้น มีแพทย์และพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในการให้ข้อมูลอาการของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน การที่พยาบาลสามารถให้การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็นกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ช่วยทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอาจคาดการณ์ได้จากข้อมูลที่พยาบาลให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และความซับซ้อนจากการรักษาได้มีการอธิบายให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความเชื่อถือนับเป็นบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Keenan and Joseph¹² กล่าวว่า การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ และการสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจทีมสุขภาพ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสามารถผ่านสถานการณ์ที่เผชิญได้

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีการเผชิญความเครียดดีกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(1,55)=23.59, p<.001$] โดยที่กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 2 สามารถอภิปรายผลได้ว่า การจัดกิจกรรมตามแผนสนับสนุนอารมณ์ โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลใช้เวลา 30 นาทีในการสร้างสัมพันธภาพ ตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วย การให้เล่าเรื่องราวของตน และใช้การสัมผัสตามความเหมาะสมกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยขณะพูดคุยเป็นการให้กำลังใจ และแสดงความเห็นใจ การสังเกตถึงพฤติกรรมเสี่ยง สีหน้า ท่าทางในขณะสนทนา เพื่อให้เข้าใจถึงความรู้สึก

รู้สึกและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และให้คำปรึกษา ช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤต การใช้หนังสือที่เน้นผลในการให้ข้อมูลอาการผู้ป่วย การรักษา แผนการดูแลผู้ป่วย การใช้คำพูดที่ชัดเจนไม่คลุมเครือและการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ต้องมีการอธิบายให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลที่ชัดเจน การให้ข้อมูลที่มีความต่อเนื่อง และการประสานให้พบแหล่งประโยชน์สนับสนุนที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีกลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม²⁷ และการแสดงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยผ่านเรื่องเล่าจากประสบการณ์ที่เผชิญในภาวะวิกฤต สามารถทำให้การเผชิญความเครียดแตกต่างกับผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ²⁸ การช่วยให้ญาติมีระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ในการให้ข้อมูลที่เพียงพอการช่วยให้ญาติมีการรับรู้เหตุการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริงนั้นส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการใช้ความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (cognitive capacities) ในการตัดสินใจและลงความเห็น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลงนำไปสู่การเผชิญความเครียดได้ดีขึ้นและมีการปรับตัวที่เหมาะสม

สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีการสนับสนุนสมมติฐานตามทฤษฎีของ Mishel¹¹ ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เพิ่มเติมจากการให้การพยาบาลตามปกติ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยลงและการเผชิญความเครียดดีกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับข้อมูลชัดเจนและเพียงพอ มีความรู้ในกิจกรรมการดูแลและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทำให้เกิดความเข้าใจในระบบการดูแลผู้ป่วย การรับรู้อาการของผู้ป่วย รวมทั้งแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและมีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้นและมีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งการพยาบาลตามปกติมีคุณภาพที่ดีแต่การนำโปรแกรมนี้มาใช้เพิ่มเติมจะทำให้การนำทฤษฎี

ทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติมีความชัดเจนขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีระยะเวลาในการทดลอง 5 วันต่อเนื่องกัน อาจทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดได้ ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการดัดแปลงโปรแกรมให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ นำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับงานประจำ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทุรกายได้รับการดูแลในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียด และควรมีการติดตามประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียด
3. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ในสถานการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวเกิดการบาดเจ็บที่มีความรุนแรงและวิกฤตนั้น บุคคลในครอบครัวอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและความเครียด ดังนั้น โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์นี้ควรจะนำไปใช้กับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตกลุ่มอื่นๆ
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องย้ายเข้าห้องผู้ป่วยวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. Vaniyapong T. Management of closed head injury and brain death [Internet]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015 [cited 2016 Aug 12]. Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/surgery/2017/images/documents/year5/Management>
2. World Health Organization. Road safety in the south-east asia region 2015 [Internet]. India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2016 [cited 2016 Aug 25]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
3. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2015 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease; 2016 [cited 2016 Aug 25]. Available from: <http://www.thaincd.com>.
4. Royal College of surgeons of Thailand. Head injury [Internet]. Bangkok: Royal College; 2008 [cited 2016 Aug 12]. Available from: <http://www.rcst.or.th/>
5. Rojsurakitti T. Head injury [Internet]. Bangkok: Health and medicine; 2009 [cited 2016 Aug 25]. Available from: <https://www.slideshare.net/drterd/head-injury-2619523>
6. Kiatsunthorn K. Overview of the head injury [Internet]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2018 [cited 2018 Oct 19]. Available from: http://med.swu.ac.th/surgery/images/1_OverviewOfHeadInjury.pdf
7. Ponglaohapun U, Wongwatunyu S, Khuwatsamrit K. Nursing activities and factors related to increased intracranial pressure in head injured patients. Rama Nurs J. 2009; 15(2): 221-32. Thai.
8. Sawasdinaruenart S, Sae-Sia W, Songwattana P. Effects of information and emotional support program on caregivers stress and stress impacts in caring for patients with traumatic brain injury in critical phase. Princess of Naradhiwas University Journal. 2013; 5(2): 1-13. Thai.
9. Boursamarrang P, Binhosen V, Pakdevong N. Effectiveness of communication program on uncertainty in illness and coping strategies in family members of critical ill patients. Journal of Nursing and Health Care. 2014; 32(4): 76-84. Thai.
10. Khiewchaum R. Effect of traumatic brain injury. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2016; 27(1): 103-11. Thai.
11. Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. Middle range theory for nursing. 3 rd ed. New York: Springer; 2014.
12. Keenan A, Joseph L. Traumatic brain injured patients during critical and acute care: A qualitative study. Canadian J Neurosci Nurs. 2010; 32(3): 25-35.
13. Leibach GG, Trapp SK, Perrin PB, et al. Family need and TBI caregiver mental health in Guadalajara, Mexico. Neurorehabilitation. 2014; 34 (1): 167-75. doi: 10.3233/nre-131013
14. Rutherford LG, Wenckstern TV. Trauma information group: A level I trauma center's integrated approach to family. J Trauma Nurs. 2016; 23(6): 357-60. doi: 10.1097/jin.0000000000000247
15. Chronister J, Chan F, Sasson-Gelman EJ, et al. The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. Neurorehabilitation. 2010; 27(2010): 49-62.
16. Lehan TJ, Stevens LF, Arango-Lasprilla JC, et al. Balancing act: The influence of adaptability and cohesion on satisfaction and communication in families facing TBI in Mexico. Neurorehabilitation. 2012; 30: 75-86.

17. Prasat Neurological Institute. Clinical practice guidelines: Dementia [Internet]. Bangkok: Tanapress; 2014 [cited 2016 Aug 25]. Available from: <http://www.thaidementia.org/Uploads/files/>
18. Sukamolson S. The effect sizes: Research intervention of significance. Pasa paritat Journal. 2010; 25: 26-38. Thai.
19. Harkness K, Arthur H, McKelvie R. The measurement of uncertainty in caregivers of patients with heart failure. J Nurs Meas. 2013; 21(1): 23-42.
20. Patsadu P. Family caregiver's stress coping and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury [dissertation]. [Bangkok]: Mahidol University; 2013. 215 p.
21. Poompan P, Tilokskulchai F, Prasopkittikun T, et al. Factors influencing parents' uncertainty in chronically ill children with intubation during critical period. J Nurs Sci. 2012; 30(3): 15-24. Thai.
22. Liengpun N, Teerarungsikul N, Sananreangsak S. Predictors of uncertainty among parents of children with acyanotic congenital heart disease. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017; 29(2): 76-86. Thai.
23. Oyesanya T. The experience of the hospital stay for patients with traumatic brain injury and their family caregivers [doctoral dissertation]. [Wisconsin]: University of Wisconsin Madison; 2017. 107 p.
24. Thammarux T, Chanruangvanich W, Thosingha O, et al. Impact of a family-empowering programme on the coping ability of the family caregivers of postoperative neurosurgical patients in a neurosurgical ICU. Thai Journal of Nursing Council. 2017; 32(2): 49-64. Thai.
25. Mishel MH. Theory development [Internet]. 2008 [cited 2017 Sep 20]. Available from: <https://sites.google.com/a/northgeorgia.edu/merle-mishel-middle-range-nursing-theorist/home/theory-development>
26. Boonkongrat S. Effect of the information and emotional support on uncertainty among patients of critically ill children admitted to pediatric intensive care unit [dissertation]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2008. 114 p.
27. Lhaosupab N, Monkong S, Sirapo-ngam Y. Effect of stress management program for relatives of critically ill patients on relatives' stress. Rama Nurs J. 2014; 20(1): 67-81. Thai.
28. Piyakong D. The effect of engagement interventions on uncertainty and coping of Thai family members of patients in a coma [doctoral dissertation]. [Florida]: Florida Atlantic University; 2008. 121 p.