



พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ ของชาวต่างชาติในประเทศไทย

กมลรัตน์ (ศักดิ์สมบูรณ์) เทอร์เนอร์*
ศุภาพิชญ์ (มณีสาคร) โพน ไบรแมนน์**

บทคัดย่อ

การเข้าใจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ เป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาพัฒนาการให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติของประเทศไทย โดยเฉพาะในการพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ ในประเทศไทย เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบบังเอิญ เป็นตัวอย่างเป็นชาวต่างชาติที่พำนักอยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวหรือถาวร ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 400 คน ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.935 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (89%) ไม่เคยเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน ส่วนใหญ่เคยใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยด้วยตนเอง (60.75%) ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเป็นการใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด (61.73%) และสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างหรือเพื่อนใช้บริการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคือโรงพยาบาลเอกชน (54.75%) ช่องทางที่ได้รับข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่มาจากคำบอกเล่าของคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก (47.75%) การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .50$) ยกเว้น ด้านการประสานงานและการให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$, $SD = .64$ และ $\bar{X} = 3.27$, $SD = .64$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัยครั้งนี้สถานบริการสุขภาพและสถาบันการศึกษาควรนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการสุขภาพ ในด้านการประสานงานโดยปรับปรุงขั้นตอนการรับบริการไม่ให้ง่ายยากและพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการในด้านการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ, การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพ, บริการสุขภาพชาวต่างชาติ

* ผู้อำนวยการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา



Health Service Utilization Behaviors and Quality of Care Perceived by Foreigners Living In Thailand

*Kamolrat (Saksomboon) Turner**

*Suparpit (Maneesakorn) Von Bormann***

Abstract

Enhancing the quality and equality of health care services has been globally highlighted for many decades. Understanding health service utilization behaviors and perceived quality of care of foreigners living in Thailand will provide concrete information to promote quality in health services for all, especially when Thailand is aiming to be the medical hub of Asia. A descriptive research design was conducted to investigate health service utilization behaviors and perceived quality of care. The formula of Taro Yamane was performed to identify the sample size of 400 foreigners. A convenience sampling technique was used to recruit foreigners temporary or permanently living in Thailand and residing in the Bangkok Metropolitan area. The instrument used was a self administered questionnaire. The questionnaire was content validated by 3 experts and reliability tested with a Cronbach alpha coefficient of 0.935.. The data were analyzed using percentage and mean.

The results revealed that the majority of the samples had no congenital disease (89%), never been ill within the past 6 months, had direct experience of using health services in Thailand (60.75%), used services at out-patients departments (61.73%) and private hospitals (54.75%). A majority of them received health information by word of mouth. Most of them had a high level of satisfaction with health services ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.50). Lower levels of satisfaction were rated for coordination and provision of information ($\bar{X} = 3.34$, SD = 0.64 and $\bar{X} = 3.27$, SD = 0.64, respectively). The results of this study suggest that the health care settings and educational institutions can use this information to improve the quality of care regarding coordination by introducing simple steps to get care and increase competency of the health care personnel for English communication and this will help prepare Thailand to become a medical hub of Asia.

Keywords : Health Service Utilization Behaviors, Perceived Quality of Care, Health Service for Foreigners

* Director, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chang Wat Nonthaburi



บทนำ

ประเทศไทยกำลังเติบโตเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค (Medical Hub) ชั้นแนวหน้าของเอเชีย และมีจำนวนยอดผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก¹ ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็วนี้มาจากการพัฒนาของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเริ่มตั้งแต่ช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ เมื่อปี 2540 ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชนอย่างรุนแรง ยอดการรักษาจากชนชั้นกลางที่เป็นคนไทย ซึ่งเคยเป็นลูกค้าหลักของโรงพยาบาลได้ตกลงไปมาก ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องพยายามหาทางออกโดยการเล็งเป้าหมายใหม่ไปที่ชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ผลปรากฏว่าได้รับการตอบรับอย่างดีมา โดยนอกเหนือจากชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในไทยและประเทศใกล้เคียงแล้ว ประชากรของประเทศเพื่อนบ้านที่ขาดแคลนเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัยก็เดินทางเข้ามารักษาในไทยเช่นเดียวกันจากจุดนั้นเอง กลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติได้ขยายอย่างต่อเนื่อง² ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรงพยาบาลเอกชนปรับตัวหันมาให้บริการคนใช้ชาวต่างชาติมากขึ้น และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมาทุกรัฐบาลก็มีนโยบายผลักดันเพื่อให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของทวีปเอเชีย และในปัจจุบันมีคนใช้ชาวต่างชาติที่รับการรักษาในประเทศไทย มากถึงปีละ 1.4 ล้านคน³

อย่างไรก็ตามการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย ยังพบอุปสรรคปัญหาที่เกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่นความคาดหวังในเรื่องคุณภาพการรักษาและบริการของผู้ใช้บริการที่เป็นชาวต่างชาติที่มีต่อแพทย์และพยาบาล รวมทั้งความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิด และต้องทำการสื่อสารกับผู้ป่วยมากที่สุด แต่สิ่งที่เป็นอยู่คือ พยาบาลพูดภาษาอังกฤษไม่ได้²

จากผลการศึกษาหลายรายงานวิจัยได้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า ทั้งตัวบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จ

การศึกษาใหม่ และผู้ร่วมงานของบัณฑิตพยาบาลมีความเห็นว่าทักษะการใช้ภาษาอังกฤษของพยาบาล โดยเฉพาะทักษะการพูดและการฟัง ยังต้องได้รับการพัฒนา สมรรถนะด้านการใช้ภาษาอังกฤษของบัณฑิตพยาบาลผู้จบการศึกษาใหม่ อยู่ในระดับปานกลางและน้อย และเป็นสมรรถนะที่ได้รับการประเมินในระดับที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับสมรรถนะด้านอื่นๆ^{4,5} ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวอาจส่งผลต่อการสื่อสารในการให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ ทำให้เกิดปัญหาในการให้ข้อมูล การประสานงาน หรือแม้แต่ว่าการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของบริการที่ได้รับ

การพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมความเท่าเทียมในการรับบริการสุขภาพ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจระดับโลกเป็นเวลาหลายสิบปี⁷ หากประเทศไทยต้องการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาคในการให้บริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพบริการจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการที่มาจากต่างชาติต่างวัฒนธรรม การเข้าใจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ เป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาพัฒนาการให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติของประเทศไทย โดยเฉพาะในการพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่เข้ามา พำนักรักษาในประเทศไทย เป็นการชั่วคราว หรือถาวร โดยเลือกศึกษาชาวต่างชาติในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของชาวต่างชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่พำนักอาศัยในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล และมีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ หมายถึง ประสบการณ์ชาวต่างชาติเกี่ยวกับ การใช้บริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

การรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ หมายถึงความคิดเห็นหรือความพึงพอใจของชาวต่างชาติเกี่ยวกับ คุณภาพของบริการสุขภาพของสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย ตามประสบการณ์จริง ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพของตนเองโดยตรงหรือประสบการณ์ของบุคคลที่รู้จักเช่นบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ซึ่งประเมินโดยการประยุกต์กรอบแนวคิดของ อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen)⁶ เกี่ยวกับความพึงพอใจ 6 ด้าน

1. ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience) ได้แก่ การใช้เวลารอคอยในการรับบริการ (Office waiting time) ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเมื่อต้องการ (Availability of care when needs) ความง่ายต่อการใช้บริการ (Ease of getting to care)

2. การประสานงานของการบริการ (co-ordination) ได้แก่การประสานงานกันในการให้บริการและขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก

3. ข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (information) การสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษได้รับข้อมูลเพียงพอขณะรับบริการได้รับข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ขณะรับบริการ

4. ความพึงพอใจต่ออภัยภัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy) การต้อนรับอย่างดีในสถานบริการสุขภาพกัลยาณมิตรในการให้การดูแลความเอาใจใส่ดีในการดูแล

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (quality of care) ได้แก่ ความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานของบริการสุขภาพ และสมรรถนะของผู้ให้บริการ

6. ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (output-off-pocket cost) เป็นความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการสุขภาพเรียกเก็บในแต่ละครั้ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพการบริการสุขภาพของชาวต่างชาติ ในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. **ประชากรในการวิจัย** ได้แก่ ชาวต่างชาติที่เข้ามาประกอบอาชีพ ท่องเที่ยว ศึกษา รับการรักษา สมัครงาน และพำนักอยู่ในประเทศไทย เป็นการชั่วคราว หรือถาวร ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งมีจำนวน 1,239,688 คน เป็นผู้เข้ามาทำงานประมาณ 60,535 คน ตามสถิติการออกใบอนุญาตทำงานให้กับชาวต่างชาติ (Work Permit) โดยกองงานคนต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ณ ไตรมาสที่ 4 ปี 2552⁸ และท่องเที่ยวประมาณ 1,179,153 คน/เดือน⁹

2. **กลุ่มตัวอย่าง** เลือกโดยการสุ่มแบบวิธีบังเอิญ จากชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย เป็นการชั่วคราว หรือถาวร และอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย อาจเป็นประสบการณ์ของตนเองโดยตรงหรือประสบการณ์ของบุคคลที่รู้จักเช่นบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน และยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง



โดยใช้สูตรของ Taro Yamane¹⁰ ที่ความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติ ที่ผู้วิจัยสร้างโดยดัดแปลงแบบสอบถามของ อัจฉรา อ่วมเครือ¹¹ และประยุกต์กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ ของ อดิเรก และแอนเดอร์เซน⁶ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบประเมินตนเองแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สัญชาติ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อาชีพในประเทศของตน อาชีพในประเทศไทย เหตุผลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รายได้ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย ระยะเวลาที่ต้องการอยู่อาศัยในประเทศไทย และสิทธิในการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบประเมินตนเองแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว การมีประกันสุขภาพ ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพของไทย เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. การตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิไทย 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิชาวต่างชาติ 2 คน พิจารณาและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับชาวต่างชาติ จำนวน 30 คน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.935

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ธันวาคม 2553 – กันยายน 2554

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

6.1 คณะผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัย และขออนุมัติความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

6.2 อบรมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือโดยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน

6.3 บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย และระยะเวลาที่ต้องการอยู่อาศัยในประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วน เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สัญชาติ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อาชีพ เหตุผลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ข้อมูลสุขภาพ และประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ และหาร้อยละ

7.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการสุขภาพของไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเทียบกับเกณฑ์ดังนี้

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับต่ำมาก

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับต่ำ

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับปานกลาง

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับมาก

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพของบริการสุขภาพระดับมากที่สุด



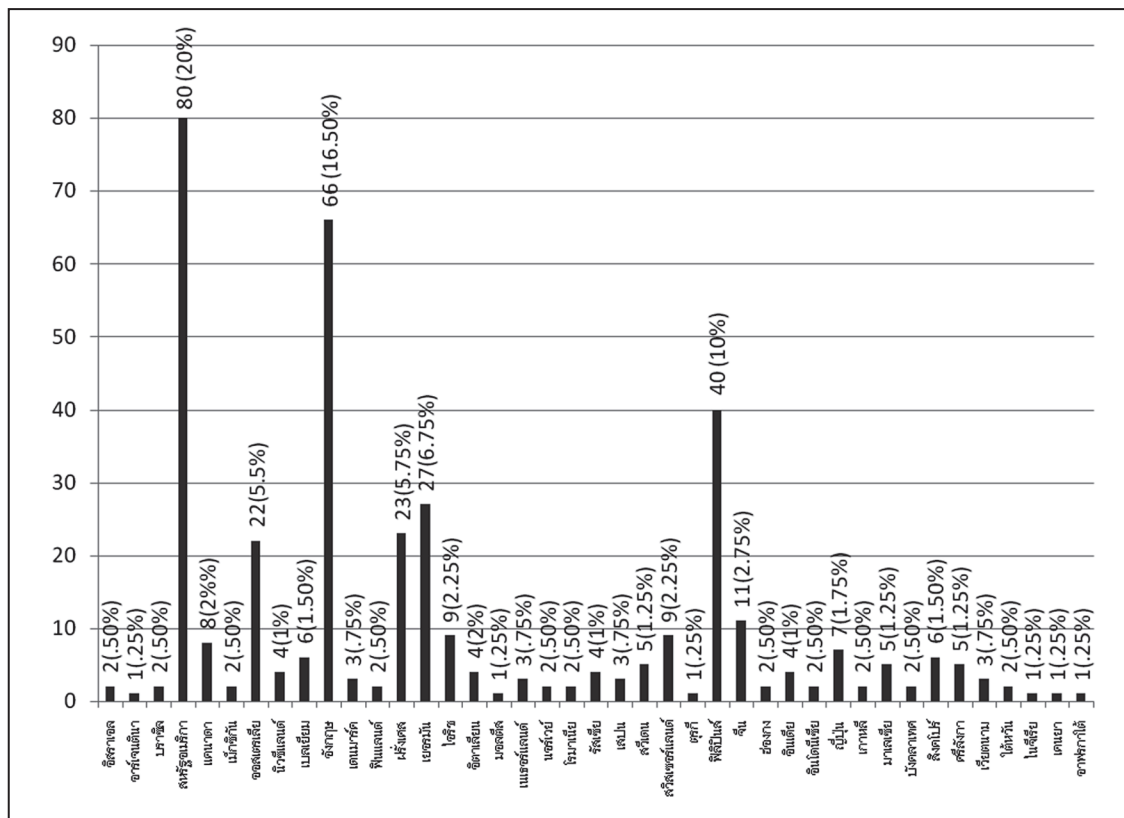
ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาวมิวนาว จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 เป็นเพศชาย จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 64.75 อายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 121 คน และ 31-40 ปี จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 30.25 และ 22.50 ตามลำดับ สถานภาพสมรสโสด จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 46.75 อาชีพขณะอยู่ในต่างประเทศเป็น พนักงานหรือลูกจ้างบริษัท จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.75 อาชีพ

ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นครู จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 44.25

ข้อมูลเรื่องสัญชาติ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวต่างชาติที่มาจากทวีปต่างๆ และจากหลากหลายประเทศ มีผู้ไม่ให้ข้อมูลเรื่องสัญชาติจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.75 ผู้ให้ข้อมูลมีรวมทั้งสิ้น 41 สัญชาติ กลุ่มตัวอย่างมีสัญชาติเป็นชาวสหรัฐอเมริกา สูงที่สุด จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20 รองลงมา เป็นชาวอังกฤษ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 16.50 และชาวฟิลิปปินส์จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างชาวต่างชาติจำแนกตามสัญชาติ



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในประเทศไทยเป็นเวลา 1-5 ปี จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 39.75 ระยะเวลาที่วางแผนจะอยู่ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังไม่แน่ใจ จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 ส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือน

จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 42.75 ในกลุ่มผู้ที่ให้ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 30,001 บาทขึ้นไป สถานภาพการเงินส่วนใหญ่พอใช้และเหลือเก็บ เหตุผลที่อยู่ในประเทศไทยเพื่อศึกษาที่สูงที่สุด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลด้านรายได้ สถานภาพการเงิน และเหตุผลที่อยู่ในประเทศ (N=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้		
20,000 บาท และต่ำกว่า	29	7.25
20,001-30,000 บาท	40	10.00
30,001-50,000 บาท	61	15.25
50,001-100,000 บาท	49	12.25
มากกว่า 100,000 บาท	50	12.25
ไม่ตอบ	171	42.75
สถานภาพการเงิน		
ไม่พอใช้	32	8.00
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	125	31.25
พอใช้และเหลือเก็บ	167	41.75
ไม่ตอบ	76	19.00
เหตุผลที่อยู่ในประเทศไทย		
ท่องเที่ยว	33	8.25
ศึกษา	121	30.25
รักษาสุขภาพ	90	22.50
หางานทำ	71	17.75
ทำธุรกิจ	37	9.25
เยี่ยมญาติ	48	12.00
พำนักรหลังเกษียณ	37	9.25
อื่นๆ	48	12.00

**ข้อมูลด้านสุขภาพและสิทธิในการรักษา**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว
จำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 89.00 ไม่มีการ
เจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 226 คน

คิดเป็นร้อยละ 56.50 และส่วนใหญ่เห็นว่าตนเอง
แข็งแรงมากจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00
ส่วนสิทธิในการรักษา ส่วนใหญ่จ่ายเอง จำนวน 111 คน
คิดเป็นร้อยละ 27.75 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และสิทธิในการรักษา
(N=400)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	356	89.00
มี	41	10.25
ไม่ตอบ	3	0.75
การเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือน		
ไม่เคยป่วย	226	56.50
ป่วยเล็กน้อย	161	40.25
ป่วยมาก	3	0.75
ไม่ตอบ	10	2.50
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป		
แข็งแรงมาก	192	48.00
พอใช้	185	46.25
ไม่ค่อยแข็งแรง	15	3.75
เจ็บป่วยหนัก	3	0.75
อื่นๆ	4	1.00
ไม่ตอบ	1	0.25
สิทธิในการรักษา		
ประกันสังคม	105	26.25
จ่ายเอง	111	27.75
บริษัทจ่ายให้บางส่วน	72	18.00
บริษัทจ่ายให้ทั้งหมด	48	12.00
สวัสดิการจากต่างประเทศ	21	5.25
อื่นๆ	31	7.75
ไม่ตอบ	12	3.00



พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพและช่องทางที่ท่านได้รับข้อมูลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้บริการสุขภาพในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาที่โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด

จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 54.75 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากคำบอกเล่าของคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก มากที่สุด จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 47.75 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (N=400 แต่ตอบได้มากกว่า 1)

การใช้บริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ท่านหรือเพื่อนใช้ครั้งสุดท้าย		
โรงพยาบาลเอกชน	219	54.75
โรงพยาบาลของรัฐ	102	25.50
คลินิกเอกชน	60	15.00
ร้านขายยา	70	17.50
ศูนย์บริการสุขภาพ	29	7.25
สปา	17	4.25
แพทย์แผนไทย	6	1.50
อื่นๆ	16	4.00
ช่องทางที่ท่านได้รับข้อมูลสุขภาพในประเทศไทย		
สื่อต่างๆ (เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์)	120	30.00
คำบอกเล่าของคนรู้จัก	191	47.75
อื่นๆ	51	12.75
ไม่เคยได้รับข้อมูลเลย	71	17.75

การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย

การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกันยกเว้น ด้านการประสานงานและการให้ข้อมูลที่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุดได้แก่ด้าน อธิษาคัยไมตรีของผู้ให้

บริการเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 3.52-4.09 ยกเว้นในเรื่อง ขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก และผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.92 (SD = 1.00) และ 2.65 (SD = 1.10) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพการบริการสุขภาพในประเทศไทย (N=400)

บริการสุขภาพในประเทศไทย	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ความสะดวกสบายในการรับบริการ (convenience)	3.92	.59	สูง
1. มีความสะดวกสบายในการรับบริการสุขภาพ	4.06	.93	สูง
2. มีสถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ที่พักของตน	4.09	.74	สูง
3. มีบริการสุขภาพทุกประเภทตามที่ต้องการ	3.93	.82	สูง
4. สิ่งแวดล้อมรอบๆ สถานบริการมีความปลอดภัย	3.83	.81	สูง
5. สถานบริการมีการถ่ายเทอากาศดี	3.90	.90	สูง
6. สถานบริการสะอาดและเป็นระเบียบ	3.96	.85	สูง
7. ท่านพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการรอการรับบริการ	3.68	1.00	สูง
การประสานงาน (coordination)	3.34	.64	ปานกลาง
8. หน่วยต่างๆ มีการประสานงานกันเป็นอย่างดีในการให้บริการ	3.76	.80	สูง
9. ขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก	2.92	1.00	ปานกลาง
การให้ข้อมูล	3.27	.64	ปานกลาง
10. ผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ	2.65	1.10	ปานกลาง
11. ท่านได้รับข้อมูลเพียงพอขณะรับบริการ	3.63	.83	สูง
12. ท่านได้รับข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ขณะรับบริการ	3.52	.85	สูง
อัธยาศัยไมตรีของผู้ให้บริการ (Courtesy)	4.05	.69	สูง
13. ท่านได้รับการต้อนรับอย่างดีในสถานบริการสุขภาพ	4.06	.81	สูง
14. พยาบาลไทยเป็นกัลยาณมิตรในการให้การดูแล	4.13	.75	สูง
15. ชาวต่างชาติได้รับความเอาใจใส่ดีในการดูแล	3.97	.80	สูง
คุณภาพบริการ (Quality of Care)	3.88	.61	สูง
16. ท่านไว้วางใจในการบริการสุขภาพของไทย	3.79	.86	สูง
17. ท่านมั่นใจในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ	3.69	.90	สูง
18. พยาบาลไทยมีสมรรถนะในการให้การพยาบาล	3.89	.72	สูง
19. บริการได้มาตรฐานระดับสากล	3.78	.75	สูง
20. ท่านมั่นใจในคุณภาพการรักษาของแพทย์ไทย	3.83	.83	สูง
21. ท่านมั่นใจในคุณภาพการดูแลของพยาบาลไทย	3.94	.75	สูง
22. บุคลากรสุขภาพมีความสุภาพ	4.07	.71	สูง
23. พยาบาลไทยสามารถให้การช่วยเหลือท่านได้	4.05	.71	สูง
24. แพทย์ไทยมีความสามารถและทราบว่ารักษาท่านอย่างไร	3.92	.79	สูง
25. พยาบาลไทยให้การดูแลผู้ป่วยทุกคนเป็นอย่างดี	3.89	.79	สูง
26. การพยาบาลไทยได้มาตรฐานระดับสากล	3.82	.79	สูง



ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพการบริการสุขภาพในประเทศไทย (N=400) (ต่อ)

บริการสุขภาพในประเทศไทย	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ค่าใช้จ่าย	3.77	.93	สูง
27. ค่ารักษาพยาบาลเหมาะสม	3.77	.93	สูง
ภาพรวม			
28. ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพของไทยโดยรวม	3.97	.79	สูง
รวม	3.80	.50	สูง

การอภิปรายผล

การอภิปรายผล ในการวิจัยครั้งนี้จะอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้คือ

1. พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติในเขตกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า สถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างหรือเพื่อนใช้บริการในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคือโรงพยาบาลเอกชน รองลงมาเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งต่างจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาของอัจฉรา อ่วมเครือ¹¹ ที่พบว่าชาวต่างชาติใช้บริการสุขภาพจากร้านขายยามากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐทำได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลมากกว่าร้านขายยา นอกจากนี้จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้สูง สถานภาพการเงินพอใช้และเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างจึงศักยภาพทางการเงินเพียงพอที่จะใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน

ในด้านข้อมูลสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากคำบอกเล่าของคนในครอบครัวหรือคนรู้จัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจำกัดทางด้านภาษา เพราะการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยเกือบทั้งหมด เป็นภาษาไทยดังนั้นชาวต่างชาติจึงต้องอาศัยข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว

หรือเพื่อนที่เป็นคนไทย และบางคนก็ไม่เคยได้รับข้อมูลเลย ดังนั้นเพื่อให้ชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยได้รับข้อมูลสุขภาพมากขึ้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรมีการพัฒนาช่องทางและสื่อด้านสุขภาพ ที่ชาวต่างชาติสามารถเข้าถึงและเข้าใจ

2. การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกันยกเว้น ด้านการประสานงานและการให้ข้อมูลสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด ได้แก่ ด้านอรรถาธิบายโมดรีของผู้ให้บริการเมื่อพิจารณาารายข้อพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นในเรื่อง ขั้นตอนในการรับบริการมีความยุ่งยาก และผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ด้านความสะดวกสบายในการรับบริการพบว่ามีการรับรู้คุณภาพอยู่ในระดับสูง โดยเห็นว่ามีความสะดวกสบายในการรับบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพอยู่ใกล้ที่พักของตน มีบริการสุขภาพทุกประเภทตามที่ต้องการ สิ่งแวดล้อมรอบๆสถานบริการมีความปลอดภัย สถานบริการมีการถ่ายเทอากาศดี สะอาดและเป็นระเบียบ และระยะเวลาที่ใช้ในการรอการรับบริการไม่นาน ด้านอรรถาธิบาย

โมติริของผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้ รับการต้อนรับอย่างดี พยาบาลไทยเป็นกัลยาณมิตร ในการให้การดูแล และได้รับความเอาใจใส่ดีในการ ดูแล เช่นเดียวกับด้านด้านคุณภาพบริการ ที่ผู้ ใช้บริการมีความมั่นใจในมาตรฐานบริการของบุคลากร สุขภาพ ทั้งกลุ่มแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายของรัฐบาล ที่ชัดเจนว่า ประเทศไทยจะพัฒนาไปสู่การเป็น ศูนย์กลางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเอเชีย¹² ประกอบกับการมีระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้สถานบริการบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมี การพัฒนาทั้งในด้านกายภาพระบบบริการและ คุณภาพในการบริการ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการ นี้ไม่ได้ดำเนินการเฉพาะในส่วนของสถานบริการ ขนาดใหญ่เท่านั้น หน่วยบริการปฐมภูมิก็มีการพัฒนา คุณภาพมาตรฐานบริการ อย่างต่อเนื่อง จนมี มาตรฐานอยู่ในระดับสูง¹³

นอกจากนี้การให้บริการสุขภาพมีแนวโน้ม ที่จะมีการแข่งขันกันสูงขึ้น ผู้ให้บริการจึงต้องแข่งขัน กันปรับปรุงคุณภาพ สร้างจุดขาย หรือจุดเด่นของ ตนเอง โดยมีบริการที่ดี ได้มาตรฐานสากล ไม่ต้อง รอคิวนาน สามารถปรึกษาแพทย์ได้นาน มีพยาบาล ที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการ เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกใช้ บริการของตน โดยเฉพาะผู้ใช้บริการชาวต่างชาติซึ่ง มีกำลังซื้อสูง¹⁴

ในส่วนของการรับรู้ต่อคุณภาพของพยาบาล ไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการพยาบาลไทย ได้มาตรฐานระดับสากล พยาบาลไทยให้การดูแล ผู้ป่วยทุกคนเป็นอย่างดี มีสมรรถนะในการให้การ พยาบาล จึงมีความมั่นใจในคุณภาพการดูแลของ พยาบาลไทย ซึ่งการรับรู้ในส่วนนี้สอดคล้องกับ ข้อค้นพบจากการศึกษาของ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์¹⁵ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใช้บริการคนไทยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ของพยาบาลที่พบว่าผู้ใช้บริการสุขภาพมีภาพของ พยาบาลที่เป็นไปในทางที่ดีทุกๆ ด้านและมีความเห็น ว่า ด้านการให้บริการพยาบาล พยาบาลสามารถ แก้ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการได้ดี ปฏิบัติการ

พยาบาลด้วยความคล่องแคล่ว เต็มใจในการให้ บริการ ด้านวิชาการพยาบาลมีความรู้ความสามารถ ในการให้บริการพยาบาล ด้านจริยธรรมพยาบาล มีความตั้งใจทำงานในฐานะพยาบาล ให้การดูแลผู้ ใช้บริการ โดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ด้านบุคลิกภาพ มีการแต่งกายสะอาดเรียบร้อยและมีบุคลิกภาพ น่าเชื่อถือ

อย่างไรก็ตามคุณภาพบริการในส่วนที่กลุ่ม ตัวอย่างประเมินในระดับปานกลาง ได้แก่ เรื่องการ ประสานงานที่ให้ความเห็นว่าคุณภาพขั้นตอนในการรับบริการ มีความยุ่งยาก และในเรื่องการให้ข้อมูลที่ประเมินว่า ผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารโดยใช้ภาษา อังกฤษ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ในเรื่องขั้นตอน ในการรับบริการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความ ยุ่งยากนั้นอาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลส่วนใหญ่มี ขั้นตอนที่จะต้องติดต่อก่อนเข้ารับบริการหลาย ขั้นตอน เช่นต้องยื่นบัตรที่แผนกเวชระเบียน รอเรียก ชื่อรับบัตร แล้วไปตรวจวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิ ร่างกาย ชักประวัติ แล้วไปรพหน้าห้องตรวจเพื่อรอ เรียกเข้าตรวจ จากนั้นพบแพทย์ และก็ยังมีส่วน ก่อนที่จะได้รับยาอีกหลายขั้นตอน ซึ่งเมื่อผู้ให้บริการ มีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารกับชาวต่างชาติอยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะมีความยุ่งยาก ซึ่งแม้แต่ ในการประเมินระดับคุณภาพการบริการของโรง พยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ โดยผู้ใช้บริการคนไทย ในการศึกษาของ กนกพร สิลาทะรินทร์ พัทธรา มาลิตศรี และปรารธนา ปุณณกิติเกษม¹⁶ ก็พบว่า คุณภาพบริการด้านที่ได้รับการประเมินต่ำกว่าเรื่อง อื่นๆ คือระยะเวลาในการรอคอย และการสามารถ เข้าถึงและติดต่อโรงพยาบาลได้ง่าย

ในด้านทักษะภาษาเป็นที่ทราบดีว่าพยาบาลไทย มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการสื่อสารด้วย ภาษาต่างประเทศ ดังข้อค้นพบจากการศึกษาต่างๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้นในบทนำรวมทั้งการศึกษาของ ปรียานุช คณีกุล และสุนีย์ โยคะกุล¹⁷ ที่พบว่า สมรรถนะด้านภาษาอังกฤษซึ่งเป็นภาษาสากล และเป็นภาษากลางของอาเซียนเป็นสมรรถนะที่ได้รับ การประเมินต่ำที่สุด ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม



สนับสนุนให้มากขึ้นเพื่อให้สามารถแข่งขันกับนานาชาติได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมสำหรับชาวต่างชาติ

2. สถานบริการสุขภาพควรนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาบริการสุขภาพ ในด้านการประสานงานโดยปรับปรุงขั้นตอนการรับบริการไม่ให้ยุ่งยาก เพื่อสะดวกต่อการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติ

3. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรเร่งพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการในด้านการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มความพร้อมในการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ในทวีปเอเชีย

4. สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรสุขภาพควรเร่งพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารด้วยภาษาต่างประเทศโดยเฉพาะภาษาอังกฤษ ให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาสามารถสื่อสารกับผู้ใช้บริการชาวต่างชาติได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพฤติกรรมกรมการใช้บริการสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย

2. ควรศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติ เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต ศาสนา ทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมประเพณี การรับข่าวสารทางสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. บรรจงจิตต์ อังคุลสิงห์. สถานการณ์การโยกย้ายบุคลากรที่มีทักษะสูงในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. การประชุมวิชาการ “ประมวลหลักปฏิบัติ

ขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการสรรหาบุคลากรด้านสุขภาพเข้าทำงานระหว่างประเทศ (WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health personnel)”. ณ โรงแรมแมนดาริน วันที่ 29 สิงหาคม 2554.

2. วิทวัส รุ่งเรืองผล และคณะ. ไทยกับศูนย์กลางบริการสุขภาพของเอเชีย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2553] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaifta.com/thaifta/Portals/0/File/tadoc4.html>.

3. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ชูไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค ทำคนใช้ต่างชาติทะลัก กระทบรักษาคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ย. 2553] เข้าถึงได้จาก <http://www.ftawatch.org/all/news/18500>.

4. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ ศรีสุนทรา เจริญวิพัฒน์ และศุภิสรา สุวรรณชาติ. การศึกษาติดตามสมรรถนะของผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ. 2537 ปีการศึกษา 2545 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2547.

5. สุภลักษณ์ ธานีรัตน์ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สุจิรา วิเชียรรัตน์. การติดตามสมรรถนะทางการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2547 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2550.

6. Day, L. A. & Andersen, R. M. A framework for the study of access to medical care. Health Service Research. 1974. 9 (3): 208–220.

7. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health system. WHO Press: Geneva. 2006.

8. อลิวิธสา พัฒนาถาบุตร. ตลาดที่อยู่อาศัยไทยสำหรับชาวต่างชาติ Thai Housing for Foreigners. วารสารธนาคารอาคารสงเคราะห์. มปป.: 65–69.



- [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2553]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ftawatch.org/all/news/18500>.
9. กรมการท่องเที่ยว. สถิตินักท่องเที่ยวปี พ.ศ. 2552. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2553]. เข้าถึงได้จาก <http://www.tourism.go.th/tourism/th/home/tourism.php?id=6>
10. ชานินทร์ ศิลปจารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี. 2551.
11. อัจฉรา อ่วมเครือ. ความคิดเห็นและความคาดหวังของชาวต่างชาติเกี่ยวกับบริการสุขภาพในประเทศไทย. รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส. 2552.
12. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ชูไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค ทำคนไข้ต่างชาติทะลัก กระทบรักษาคนไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 11 พย. 2553]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ftawatch.org/all/news/18500>.
13. ไครตริย์ แพน้อย อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ ชูลีพร เอกรัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนของสาธารณสุขเขต 6. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555: 22 (2).
14. ณัฐวุฒิ ลักษณาปัญญากุล. FTA บริการสุขภาพใครได้ ใครเสีย?. โครงการ FTA digest ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 10 กย. 2554]. เข้าถึงได้จาก http://www.ftadigest.com/fta/articleFTA_healthservices.html.
15. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. ภาพลักษณ์ของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการสุขภาพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2548:16 (1).
16. กนกพร สีสาทะพินท์ พัชรา มาลีศรี และปรารณา ปุณณกิติเกษม. การประเมินคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. วารสารวิจัยและพัฒนา มจร. 2554: 34(4): 443-456.
17. ปรียานุช คณีกุล และสุนีย์ โยคะกุล. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันพระบรมราชชนก รุ่นปีการศึกษา 2550 และ 2551. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2555: 22(1): 35-47.



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงโรงพยาบาลพระปกเกล้า

รุ่งนภา เขียวชะอำ*

ศรีสุตา งามขำ**

มาษะ กิตติธรรกุล***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเมื่อได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้เกิดสูญเสียสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การศึกษาเป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อม ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มารับบริการหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 13 ราย โดยเลือกอย่างเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 1) แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมด้านการปรับตัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2) คู่มือญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 3) หุ่นจำลองในการดูแลผู้ป่วย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ แบบสอบถาม (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของรอยแบ่งเป็น 4 มิติย่อย จำนวน 27 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2554 ถึงเดือนธันวาคม 2554 และวิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.181^{\circ}$, $p = .000$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ คือก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ต้องมีการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแล ซึ่งแนวปฏิบัติฯ เป็นแนวปฏิบัติที่เน้นความจำเพาะเจาะจง (particularly tailored made) กับความเป็นปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย ซึ่งทำให้การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลทำให้ญาติมีวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อม/ญาติผู้ดูแล/ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลสภเวศประชาภิรักษ์ นครสวรรค์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า



The Effects of Using a Clinical Nursing Guideline for Caregivers' Preparation in Caring Patients with Traumatic Brain Injury

*Rungnapha Khiewchaum**

*Srisuda Ngamkhum***

*Makha Kittithonrakun****

Abstract

Background: Caregivers suffered from both physical and mental disability when caring for patients with moderate or severe traumatic brain injury (TBI). A preparation program may provide information in order to prepare the caregivers who were taking care of patients with TBI at home.

Objective: The aims of this study were to develop the clinical nursing guideline for preparing the caregivers who were taking care of patients with TBI at home and to examine the effect of using the clinical nursing guideline.

Method: The study was conducted by a Pre-Post Test Comparison research. Intotal, the sample included 13 caregivers of patients with TBI. The instrument used in this study were: 1) the protocol for preparing caregivers in taking of patients with TBI, 2) Boucher guideline for taking of patients with TBI, and 3) the Model for practicing in taking of patients with TBI. The Thai version of the coping and adaptation processing scale-short form (TCAP-SF) was used for collecting data. Data were analyzed by using the frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

Result: The finding was found that there are the statistically significant difference between prior and after receiving the preparation program ($Z = -3.181^a$, $p = .000$). After caregivers received the preparation program, they were able to better coping ability than the prior that caregivers received the preparation program.

Conclusion: The preparation program was facilitated caregivers' coping ability to care for patients with TBI at home. Before providing the program, clinicians should evaluate the caregivers' needs and skills of caring since the clinical nursing guideline is a particularly tailored made and individualization. Therefore, caregivers will prepare themselves effectively and can cope with the problems when taking of patients with TBI before discharge and at home.

Keywords : Traumatic brain injury, Caregiver, Coping ability

* Nurse Instructor, Phrapokklao Nursing College Chanthaburi

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sawanprcharak Nakhonsawan

*** Registered Nurse, Phrapokklao Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการบาดเจ็บที่ศีรษะนับเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ ของประเทศ ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุบนถนน หรือการจลาจล จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2553 พบมีผู้เคยประสบอุบัติเหตุจากจลาจลบนท้องถนน 1,546,337 คน คิดเป็น 3.1% เฉลี่ยวันละ 4,384 คน¹ และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า ปี 2553 และ ปี 2554 มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา สาเหตุมาจากอุบัติเหตุ มีจำนวน 1,526 และ 2,084 ราย ตามลำดับ² ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มนี้ ภายหลังได้บาดเจ็บรุนแรงมักเกิดความพิการหรือมีการสูญเสียสมรรถภาพ (Disability) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ³ ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามลำพังและต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิต⁴ จึงทำให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เช่น การดูแลด้านร่างกาย และกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น⁵ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตและใช้เวลาส่วนมากในการดูแลผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 16–24 ชั่วโมง/วัน ซึ่งนับว่าเป็นภาระ (burden) ที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁶ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึมเศร้า โกรธ วิตกกังวล หงุดหงิด เกิดการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาจากแพทย์หรือซื้อยากินเองเพิ่มขึ้น มีปัญหาด้านการเงิน บทบาทของครอบครัวเปลี่ยนแปลง การเข้าสังคมลดลงและแยกตัวเพิ่มขึ้น⁵ ส่งผลกระทบต่อญาติด้านร่างกายและจิตใจโดยตรง ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายมักพบอาการต่าง ๆ เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า อ่อนล้า เป็นต้น⁷ ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ญาติผู้ดูแลมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลและเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการที่ต้องเพิ่มภาระในการดูแล⁸ นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นและบางครั้งครอบครัวสมาชิกของครอบครัวต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวขาดรายได้และมีความจำกัดในด้านการเงิน^{9,10}

ผลกระทบดังกล่าวนี้ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้นจึงมีส่วนทำให้มีวิธีในการเผชิญปัญหา (Coping) กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่ดีพอ ส่งผลกระทบถึงการฟื้นฟูการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย คือ ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสุขภาพจากการสูญเสียสมรรถภาพในด้านต่างๆ ได้ช้า และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ ทำให้ภาวะสุขภาพเลวลง¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลดีขึ้น¹² และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยได้ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลดีขึ้น แต่จากการศึกษาของรุ่งนภา เขียวชะอ้า¹³ ได้ศึกษาถึงการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าเมื่อให้ญาติฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ญาติไม่กล้าฝึกปฏิบัติ เนื่องจากกลัวว่าอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายในระหว่างการฝึกปฏิบัติ และพบว่าญาติผู้ดูแลไม่สามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความจำมีผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ของญาติผู้ดูแล ซึ่งการบรรยายโดยใช้คู่มือเพียงอย่างเดียวโดยไม่มียุทธวิธีหรือหุ่นจำลองให้ญาติฝึกปฏิบัตินั้น ญาติผู้ดูแลไม่สามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 70 และการจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความจำในระยะยาวได้นั้น ต้องใช้การฝึกทักษะซ้ำๆ จึงจะสามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้¹⁴

โดยแนวปฏิบัติฯ พัฒนามาจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จากความรู้ที่เกี่ยวข้อง และการสังเกตผู้ป่วยในสถานการณ์จริง¹⁵ โดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของ ไอโอวา (IOWA) เรียกว่า โมเดลไอโอวา¹⁵ ประกอบด้วย 1) การเลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 2) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัด



เนื้อหา สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล ซึ่งเมื่อนำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดทักษะและคุณภาพการดูแลดีขึ้น เพราะขั้นตอนในแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองและการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะการใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะ ญาติผู้ดูแลสามารถฝึกทักษะซ้ำจนสามารถจำขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติ แล้วจึงไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับอันตรายจากการฝึกทักษะและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในระหว่างการฝึกทักษะ ทำให้ระยะการเข้ารับการรักษาสั้นลงเนื่องจากไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง เป็นต้น ส่งผลทำให้วิธีในการการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในการรับบทบาทใหม่โดยการเป็นผู้ดูแลดีขึ้น และการใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลลดลง และเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านญาติผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำ (Re-admit) ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ที่ศีรษะมีผลต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ระยะเวลาก่อนเก็บข้อมูล 6 เดือน ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2554

นิยามตัวแปร

แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง แบบแผนการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการฝึกทักษะการปฏิบัติดูแลซึ่งใช้หุ่นจำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับญาติผู้ดูแลเพื่อใช้ฝึกทักษะในการดูแลก่อนที่ญาติผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่รับไว้รักษาหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ญาติผู้ดูแลมีวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งครอบคลุมการดูแลโดยญาติผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ



วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (coping)

หมายถึง วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเป็นการปรับตัวที่เกิดจากกระบวนการรู้คิด (cognitive) ต่อการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ วัดได้จากวิธีในการปรับตัวที่ญาติผู้ดูแลใช้ โดยใช้แบบวัดวิธีในการปรับตัวฉบับย่อ (Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ของ ฉายพุทธิ และรอย¹⁶ ซึ่งมี 4 มิติ ได้แก่ มิติย่อยที่ 1 ด้านแหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ (resourceful and systematic) มิติย่อยที่ 2 ด้านพฤติกรรมทางกาย (physical and fixed) มิติย่อยที่ 3 การรับรู้เชิงบวก (positive and knowing) มิติย่อยที่ 4 การตื่นตัวกับเหตุการณ์ (alert processing) ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-108 คะแนน โดยคะแนนที่สูงจากเดิม หมายถึง การปรับตัวดีขึ้นในมิตินั้น

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมเทรนต์ชั้น 5 (หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมอุบัติเหตุ) โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมเทรนต์ชั้น 5 (หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมอุบัติเหตุ) โรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่

ศีรษะที่มีผลการประเมินโดยใช้ Glasgow coma scale มีระดับคะแนนตั้งแต่ 3-12 คะแนน

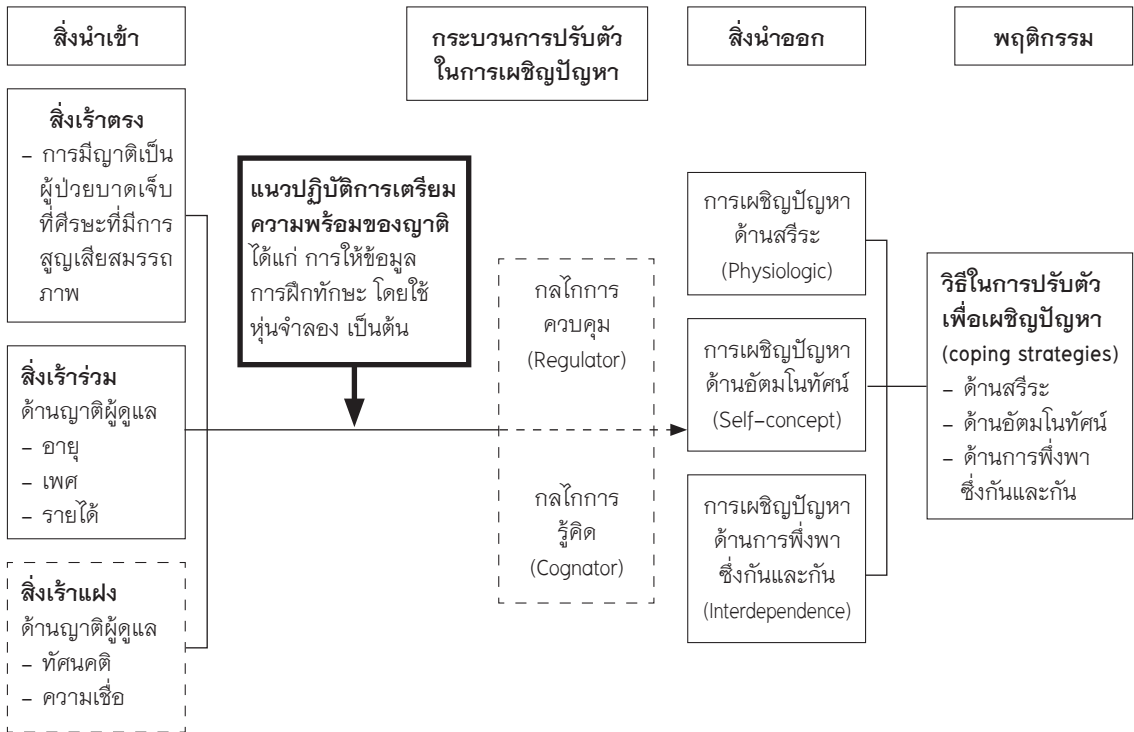
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารอย¹⁷ กล่าวว่า วิธีในการเผชิญปัญหา (coping) เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่จากการใช้สติสัมปชัญญะในการเรียนรู้ ประมวลความคิด และเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหา จากการใช้การตระหนักรู้ การสร้างสรรค์ และการบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากนั้นแสดงออกทางพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา ได้แก่ กลไกการควบคุม (regulator) และกลไกการรู้คิด (cognator)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีรอยมาเป็นกรอบในการศึกษา การปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ดังนั้นตามกรอบทฤษฎีของรอย สิ่งเร้าตรง ได้แก่ การมีญาติเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีการสูญเสียสมรรถภาพ สิ่งเร้าร่วม ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาญาติผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ เพศ อายุ และสิ่งเร้าแฝง คือทัศนคติ ความเชื่อ ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา การใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลเป็นการเตรียมทักษะต่างๆ ซึ่งการแก้ปัญหาผ่านกลไกการรู้คิด (cognator) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านพึงพาอาศัย



กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1: แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยผลของแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ดัดแปลงมาจาก Roy, & Andrews, 19)

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

1. เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัว 3-12 คะแนน ทั้งที่มีและไม่มี การบาดเจ็บอื่นร่วมโดยใช้แบบประเมิน GCS (Glasgow Coma Scale) ในการประเมินระดับความรู้สึกตัว
2. ไม่มีปัญหาในการสื่อสารเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม
3. เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางสมอง และจิตประสาท
4. ยินยอมเข้าร่วมในโปรแกรมการศึกษา



5. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติ โดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (IOWA)¹⁵ ดังนี้

1. เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในการเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ปัญหาจาก 3 แหล่งข้อมูล คือ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในสถานการณ์จริง และการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากการวิเคราะห์ข้างต้นสรุปได้ว่าปัญหาการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและความเครียด ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ ปัจจัยการได้มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสมตามความต้องการที่แท้จริง

2. สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์เมื่อสามารถสรุปสาเหตุของปัญหาการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลที่ศีรษะ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเดี่ยวที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา)

ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากระบบฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ OVID, CINAHL, PUBMED, Sciencedirect, Blackwell-synergy, Proquest และ Medline งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล evidencebasednursing.com, joannabriggs.edu.au, cochrance.org จากฐานข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guideline.gov, www.icsi.org, www.york.ac.uk, www.highbeam.com

ผลการสืบค้นได้งานวิจัย Full text จำนวน 90 เรื่อง แต่เป็นเรื่องที่ซ้ำกันถึง 14 เรื่อง เมื่อตัดออกแล้วจึงเหลืองานวิจัย Full text 76 เรื่อง คัดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับญาติผู้ดูแล ในที่สุดเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 29 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองจำนวน 9 เรื่อง และเชิงบรรยายจำนวน 20 เรื่อง

3. วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัดเนื้อหาสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาอ่านงานวิจัยจำนวน 76 เรื่อง ประเมินคุณภาพ และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก โดยสร้างตารางสกัดตามรายละเอียดที่ต้องการทราบ ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแล การคัดเลือกข้อมูลหรือเตรียมทักษะต่างๆ สำหรับญาติผู้ดูแลตามความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย ให้มีความจำเพาะเจาะจง (particularly tailored made) ซึ่งข้อมูลที่ญาติต้องการทราบ อาทิ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค การเปลี่ยนแปลงของอาการ และการรักษาที่ปรับเปลี่ยนไปตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติตัวของญาติขณะเข้าเยี่ยม และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อาทิ การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น จากนั้นนำมาวิเคราะห์



สกัดเนื้อหาหลังตาราง แต่ละเรื่อง จนครบทุกเรื่อง นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน และสกัดเนื้อหาส่วนที่จะนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแล

ขั้นตอนภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) นำแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแลเพื่อหาความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางระบบประสาท พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงทางระบบประสาท อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญวิกฤตด้านระบบประสาทอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสภาพด้านระบบประสาท และหัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งการคำนวณ IOC ของแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ย 0.75 และ 0.82 ตามลำดับ นำแนวปฏิบัติและคู่มือญาติผู้ดูแลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 5 ราย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระยอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม - เดือนมกราคม พ.ศ. 2551 รวมระยะเวลาการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 เดือน ประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนี้

1) การถ่ายทอดและนำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability) คือ แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและคู่มือญาติผู้ดูแล มีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่นำไปใช้ กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึง

กับกลุ่มประชากรในหน่วยงาน มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์จำนวนมาก และการใช้เวลาในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ไม่นานจนเกินไป คือ 7 วัน

2) ความเป็นไปได้ (Feasibility) คือ พยาบาลในหน่วยงานที่นำแนวปฏิบัติไปใช้มีอิสระในการดำเนินการ และสามารถยุติการดำเนินการถ้าพบว่าได้ผลหรือไม่เป็นไปตามต้องการ โดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และคู่มือญาติผู้ดูแลนั้นไม่ได้รับกวนการทำงานตามปกติของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการเป็นอย่างดี

3) ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่ได้ใช้แนวปฏิบัติ และคู่มือญาติผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต จึงไม่เกิดความเสียหายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งถ้าปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และคู่มือญาติผู้ดูแลจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็งและที่สำคัญ ปอดอักเสบซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิต

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมด้านการปรับตัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ¹⁸

2) คู่มือญาติผู้ดูแลในการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย แผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

3) ทุนจำลองในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้การฝึกทักษะในการดูแลห่อหุ้มทางหลอดลมคอ และทางปาก การทำแผลหลอดลมคอ การใส่และการให้อาหารทางสายยางทางจมูก เป็นต้น



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ
การบาดเจ็บร่วมของระบบอื่น เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ
ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วย ข้อมูล
ส่วนบุคคล (Demographic data questionnaires)
เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดและแบบเลือกตอบ
ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้
ระดับการศึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีในการเผชิญ
ปัญหาแบบย่อ (Thai version of Coping and Adaptation
Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF) ที่
ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย¹⁹ แปลเป็นภาษาไทย
โดย ผศ.ดร.ปรางทิพย์ ฉายาพุทธ และแนวคิดทาง
การพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิดของรอยเป็น
ทฤษฎีพื้นฐาน²⁰ ซึ่งแบบสอบถามวิธีในการเผชิญ
ปัญหาตัวฉบับย่อนี้ วัดวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน
ได้แก่ ด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาซึ่งกัน
และกัน¹⁶ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีในการปรับตัว
เพื่อเผชิญปัญหาแบบย่อ (Thai version of Coping
and Adaptation Processing Scale-Short Form หรือ
TCAPS-SF) โดยหาความเชื่อมั่นและความตรงของ
เนื้อหา ดังนี้

แบบสอบถามวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ
ปัญหาแบบย่อ (Thai version of Coping and Adaptation
Processing Scale-Short Form หรือ TCAPS-SF)
เป็นเครื่องมือมาตรฐานไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะมีระดับความรู้สึกระดับปานกลาง
ถึงรุนแรง คือ คะแนน Glasgow Coma Scale ตั้งแต่
3-12 คะแนน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมศีรษะขั้น 5
(หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมอุบัติเหตุ) โรงพยาบาล

พระปกเกล้า จำนวน 10 ราย โดยซึ่งเป็นคนละกลุ่ม
กับกลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดย
ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป จากผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยง
ของแบบสอบถามวิธีในการเผชิญปัญหาแบบย่อของ
ญาติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม
27 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 4 คะแนน มาคำนวณ
หาค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน พบว่า
สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ
0.88 และแต่ละมิติย่อยอยู่ระหว่าง 0.83-0.88

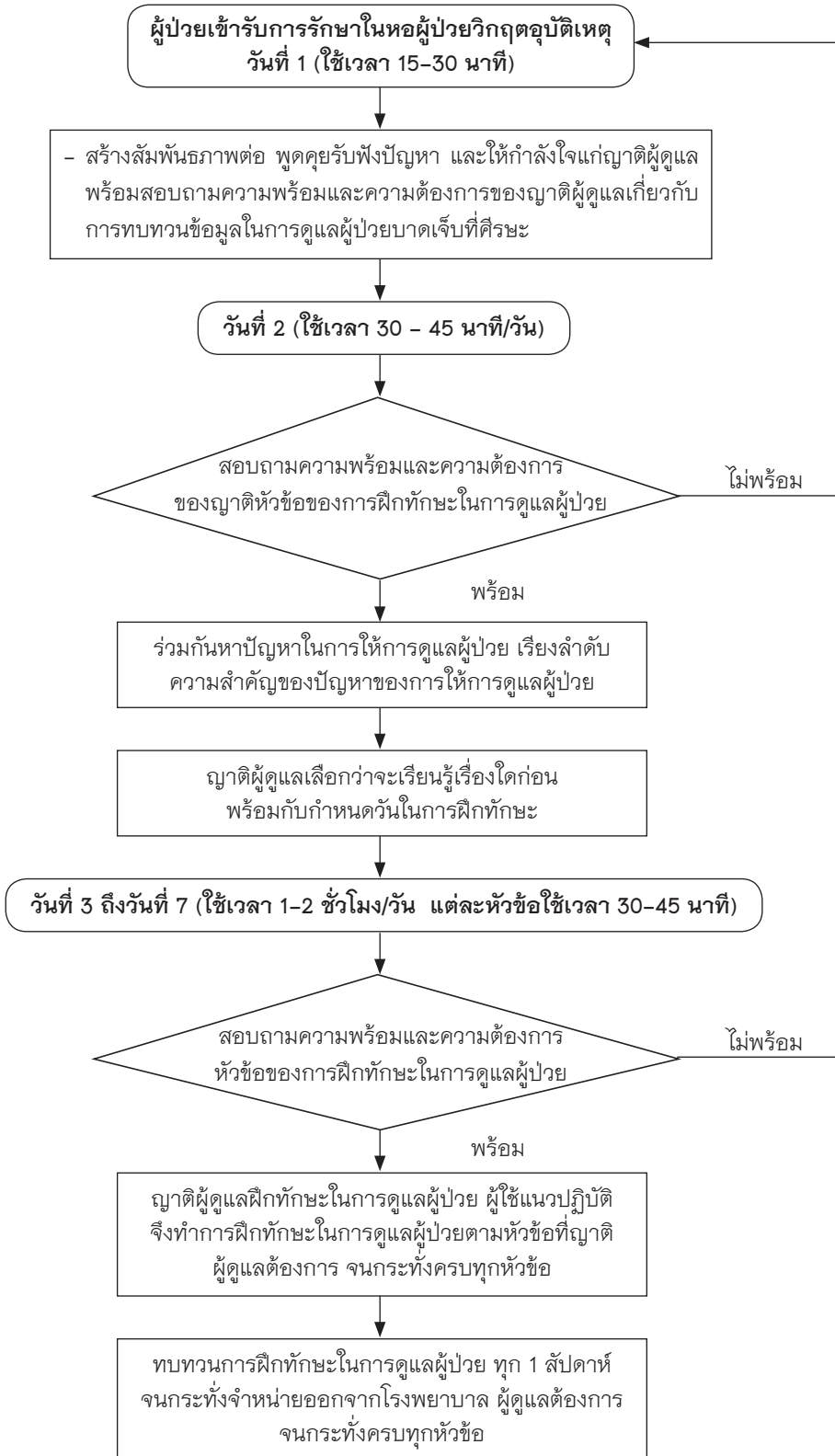
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจงหลัง
จากนั้นทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ญาติ
ผู้ดูแลหลักที่แท้จริงที่ให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล

2. การขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ และ
ขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่ม
ตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้ลงนาม
เข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มยินยอม

3. วัดคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ
ปัญหาของญาติผู้ดูแลก่อนดำเนินการตามแนวปฏิบัติ
การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ที่ศีรษะ

4. ผู้วิจัยดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการเตรียม
ความพร้อมของญาติผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยย้ายเข้ารับ
การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุจนกระทั่ง
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดัง flow chart





การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ระดับคะแนนวิธีในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแตกต่างระดับคะแนนวิธีในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ตาม flow chart อยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และไม่มีการบาดเจ็บร่วม คิดเป็นร้อยละ 61.5 และ 69.2 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale) ณ วันที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุอยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 84.6 และชนิดของรอยโรคในสมองจากการตรวจด้วย CT scan พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hematoma) ร้อยละ 30.8 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบร่วมกับการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงซึ่งการพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี

และระดับความรู้สึกตัวจะลดลงทันที ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ Craniectomy ร้อยละ 38.5 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุมีคะแนน Glasgow Coma Scale อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ปัญหาส่วนใหญ่มักภาวะกล้ามเนื้อสับและข้อติดแข็ง คิดเป็นร้อยละ 76.9 และรูปแบบการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) อยู่ระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 69.2 คือไม่สามารถทำอะไรได้แม้กระทั่งเคลื่อนไหวร่างกายหรืออวัยวะต่างๆ ได้ (persistent vegetative state)

2) ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล พบว่าจากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 45.38 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 53.8 ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นสามี ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 30.8 และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 61.5 ซึ่งญาติผู้ดูแลให้เหตุผลที่ไม่มีโรคประจำตัวต่างๆ ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยค่อนข้างมาก เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 38.5 ไม่มีเวลาไปตรวจสุขภาพร่างกายและเห็นว่าตนเองไม่เป็นอะไรสุขภาพแข็งแรงดี ซึ่งการประกอบอาชีพรับจ้างมีรายได้เฉลี่ย 8,961.53 บาท/เดือน ซึ่งญาติผู้ดูแลลงความเห็นว่าเพียงพอสำหรับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 69.2

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลประกอบด้วย

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วงระยะเวลาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯ โดยแยกเป็นรายด้าน



คะแนนวิธีในการปรับตัว รายด้าน		Mean Rank	Sum of Rank	Z	Sig. (1 tailed)
มิติที่ 1 (แหล่งประโยชน์และการ คิดเป็นระบบ)	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.185 ^a	.001
มิติที่ 2 (พฤติกรรมทางกาย) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.191 ^a	.001
มิติที่ 3 (การรับรู้เชิงบวก) ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.183 ^a	.001
มิติที่ 4 (การตื่นตัวกับ เหตุการณ์)	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ หลังใช้แนวปฏิบัติ	.00 7.00	.00 91.00		
				-3.194 ^a	.001

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของ

คะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในช่วง
ระยะเวลาก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติฯโดยรวม

วิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา	Mean Rank	Sum of Rank	Z	Sig. (1 tailed)
ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ	.00	.00		
หลังใช้แนวปฏิบัติฯ	7.00	91.00	-3.183 ^a	.001

การอภิปรายผล

พบว่าคะแนนวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญ
ปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังใช้
แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในรายด้านทั้ง 4 มิติ ได้แก่
มิติที่ 1 แหล่งประโยชน์และการคิดเป็นระบบ มิติที่ 2
พฤติกรรมทางกาย มิติที่ 3 การรับรู้เชิงบวก มิติที่ 4
การตื่นตัวกับเหตุการณ์ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.185^a$, $p = .001$,
 $Z = -3.191^a$, $p = .001$, $Z = -3.183^a$, $p = .001$,
 $Z = -3.194^a$, $p = .001$) และคะแนนวิธีในการ
ปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ศีรษะหลังใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อม
สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
ภาพรวมสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($Z = -3.183^a$, $p = .001$) ซึ่งเป็นไปตาม
สมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการเตรียม

ความพร้อมมีผลต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะก่อน
จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการเตรียมความพร้อม
สำหรับญาติผู้ดูแลควรประกอบด้วย การให้ความรู้
การสร้างทักษะในการดูแล และการสนับสนุนทาง
ด้านจิตใจ²¹ ซึ่งในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
กิจกรรมการเตรียมความพร้อมที่ญาติผู้ดูแลต้องการ
เรียนรู้ในแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้แก่การฝึกทักษะ
การดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อการดูแล
ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพสำหรับ
ผู้ป่วย ซึ่งถ้าญาติผู้ดูแลสามารถอธิบายหรือปฏิบัติ
ขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง แสดงถึงญาติ
ผู้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวน
วรรณกรรมพบว่า การที่ญาติผู้ดูแลสามารถระบุ
กิจกรรมที่ต้องการเรียนรู้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน
ถึงความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ



เป็นเรื่องที่ยืนยันว่าญาติผู้ดูแลได้เกิดการซึมซับกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลได้ฝึกให้ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการรับรู้ เข้าใจสถานการณ์ และเกิดการเรียนรู้กิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น²² โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาการดูแลเช่นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองถึงร้อยละ 40 ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจ (tracheostomy) เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มีภาวะกลืนเนื้อสับ มีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การที่ญาติผู้ดูแลมีความตื่นตัว จะทำให้เรียนรู้ทักษะต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น¹⁷

ผู้วิจัยได้แจกคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถทบทวนทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยได้มอบให้ญาติผู้ดูแลตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เรื่องการทำความสะอาดของช่องปาก การดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารและน้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการแจกคู่มือร่วมกับการฝึกทักษะควบคู่กันไปโดยใช้หุ่นจำลองเพื่อมาช่วยในการฝึกทักษะ เพราะการใช้หุ่นจำลองในการฝึกปฏิบัติ จะทำให้ญาติผู้ดูแลฝึกจนกระทั่งสามารถจำขั้นตอนฝึกทักษะได้ดีขึ้น พบว่าความจำของบุคคลนั้นหากได้จากการอ่านคู่มือหรือได้จากการฟังจากบุคคลเพียงอย่างเดียว ผู้เรียนไม่สามารถจำขั้นตอนการฝึกปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 70 แต่ถ้าลงการปฏิบัติจริงโดยใช้สถานการณ์จำลอง ความสามารถในการจำเพิ่มขึ้นร้อยละ 90¹⁴ ดังนั้นหากการฝึกทักษะในการดูแลโดยใช้คู่มือกับการใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถฝึกทักษะซ้ำจนสามารถจำขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติแล้วจึงค่อยไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายระหว่างการฝึกปฏิบัติและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในระหว่างการฝึกนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจะมีความกลัวในการ

ดูแลผู้ป่วยหากมีการฝึกทักษะโดยตรงทันที แต่ถ้าใช้วิธีการใช้สถานการณ์จำลองเรียกว่า Virtual Reality (VR) สำหรับการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติจะทำให้ความกลัวในการดูแลผู้ป่วยลดลงซึ่งการฝึกทักษะความเป็นจริงเสมือนมีข้อดีกว่าวิธีการอื่นๆ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางคลินิกและมีศักยภาพในการพัฒนาฝึกทักษะการดูแล²³ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทบทวนเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ด้วย ความมั่นใจ และจะมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในที่สุด และเมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมในกิจวัตรประจำวันได้เองบ้าง ญาติผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการในการดูแลลดลงและช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลและความเครียดที่เกิดจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น²⁴

ในทางตรงข้าม หากไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ในที่สุดญาติผู้ดูแลจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นภาระต่อตนเองและทำให้เกิดความทุกข์ใจ ดังเช่นการศึกษาของคาส คราเวล และกรีนบัม²⁵ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ที่เป็นภรรยาและทำหน้าที่ดูแลสามีที่ป่วยด้วยการบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 1 ปี หรือมากกว่า 1 ปี พบว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงและยังมีร่องรอยของความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ภรรยารู้สึกว่าเป็นภาระ ยิ่งต้องดูแลเป็นเวลานานขึ้น ภรรยาผู้ดูแลยิ่งรู้สึกว่าเป็นภาระมากขึ้นและมีผลต่อการปรับตัว แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือได้รับการบำบัดความพิการอย่างสมบูรณ์จนกระทั่งมีการฟื้นตัว ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าเป็นภาระน้อยลงและยังมีส่วนต่อการปรับตัวของครอบครัวในภาพรวม

นอกจากนี้การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยยังมีผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา การได้รับข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะทำให้ญาติมีความสามารถเพิ่มขึ้นและถ่ายทอดความรู้หรือข้อมูลตลอดจนทักษะต่างๆ ให้กับญาติ



ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาจำนวนกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้เสียชีวิตในระหว่างการเก็บข้อมูล จึงมีเพียงจำนวน 13 ราย ในระยะเวลา 6 เดือน ที่สามารถใช้แนวปฏิบัติได้ครบจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ดังนั้นแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่พยาบาลนำไปปฏิบัติควรตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นหลัก ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพควรมีลักษณะดังนี้

1. มีการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแล
2. เป็นแนวปฏิบัติที่มีความจำเพาะเจาะจง (tailored made and particularly) กับความเป็นปัจเจก (individualization) ของญาติแต่ละราย
3. เป็นแนวปฏิบัติที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ตระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล เพราะช่วยสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจของญาติผู้ดูแลต่อพยาบาลได้
4. เป็นแนวปฏิบัติที่เน้นการเตรียมความพร้อมอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในพยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลงและกระบวนการรักษา ค่อยๆ ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสิ่งที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใด คือเกิดความต่อเนื่องในกระบวนการของการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

5. แนวปฏิบัติดังกล่าวควรมีคู่มือสำหรับญาติผู้ดูแลตลอดการเข้าร่วมขั้นตอนของแนวปฏิบัติ ซึ่งคู่มือควรเป็นคู่มือที่มีการปรับให้เข้ากับลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา และมีภาพพร้อมคำบรรยาย ร่วมกับการใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเมื่อกลับมาทบทวนภายหลังจะเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และเกิดความมั่นใจในระหว่างการฝึกทักษะด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.). ทศวรรษแห่งการลงมือทำ; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2555]. เข้าถึงได้จาก www.roadsafetythai.org/news&pade2=detail&id=1137.
2. สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลพระปกเกล้า. สรุปงานของหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ; 2553-2554.
3. Sharon T, Gaharm MT, Gardon DM. Disability in young people and adult one year after head injury: Prospective cohort study. BMJ 2000; 320(17): 1631-1635.
4. Dikman SS, Machamer JE, Powell JM, Temkin NR. Outcome 3 to 5 years after moderate to severe traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84(10): 1449-1457.
5. Juan CAL, Elizabeth N, Teresita VC, Alison D, Miriam JM, Maria LMC. Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Guadalajara, Mexico. J Rehabil Med 2011; 43: 983-986.
6. Wantana C. Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain Injury [dissertation]. Bangkok : Mahidol University; 2003.
7. Buddhawan N. Factors influencing health status of caregivers of post operative neurosurgical patient [dissertation]. Bangkok : Mahidol University; 2002.



8. พิชยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, และ สุดศิริ หิรัญชุมชน. อาการเหนื่อยล้า และการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2549; 24(3): 153–161.
9. Namasa A. Factors predicting health of traumatic brain injured patients [dissertation]. Bangkok : Mahidol University; 2002.
10. ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์ และปริญญา สีสายนะ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์ประยุกต์ เล่ม 7. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพ เวชสาร; 2555.
11. Tracy J, Fowler S, Magarelli K. Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. Appl Nurs Res 1999; 12(3): 121–127.
12. Khiewchaum R. Coping with Traumatic Brain Injury Using the Preparation Program among Caregivers of Patients in the Intensive Care Unit. Siriraj Med J 2011; 63(5): 128–132.
13. รุ่งนภา เขียวชะอำ. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
14. Chi MTH, Bassok M, Lewis MW, Reimann P & Glasser R. Self-explanations: How students study and use examples in learning to solve problems. Cognitive Science 1989; 13(2): 145–182.
15. Title MG et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin N Am. 2001; 13: 497–509.
16. Chayaput P & Roy C. Psychometric Testing of the Thai version of Coping and Adaptation Processing Scale–Short Form (TCAPS–SF). Thai J Nurs Council. 2007; 22(3): 29–39.
17. Roy C. The Roy adaptation model. (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2008.
18. รุ่งนภา เขียวชะอำ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554; 29(1): 19–25.
19. Roy C & Andrews HA. The Roy Adaptation Model (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton, & Lange; 1999.
20. Roy C & Chayaput P. The coping and adaptation processing scale: English and Thai version. RAA Review 2004; 6(2): 4–6.
21. Jeffrey SK, Taryn MS, Jessica MK, Jennifer HM, Laura AT & Jennifer CM. A. Preliminary investigation of the brain injury family intervention: Impact on family members. Brain Inj 2009; 23(6): 535–547.
22. Hanna DR & Roy C. Roy adaptation model and perspectives on the family. Nurs Sci Q 2001; 14(1): 9–13.
23. Lee JH, Ku J, Cho W, Hahn WY, Kim IY, Lee SM, et al. A virtual reality system for the assessment and rehabilitation of the activities of daily living, Cyberpsychol Behav 2003; 6(4): 3838.
24. Tsai PF. A middle-range theory of caregiver stress. Nurs Sci Q 2003; 16(2): 137–145.
25. Katz S, Kravetz S, Grynbaum F. Wives's coping flexibility, time since husbands' injury and the perceived burden of wives of men with traumatic brain injury. Brain Inj 2005; 19(1): 81–90.