

ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง



เรือเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปรีดา

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GIVING INFORMATION AND YOGA PRACTICE ON STRESS IN FAMILY
CAREGIVERS OF PATIENTS WITH BRAIN INJURY



Leiutenant Sarinya Chantapreda

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

491609

ศรินยา ฉันทะปรีดา: ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. (THE EFFECT OF GIVING INFORMATION AND YOGA PRACTICE ON STRESS IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH BRAIN INJURY) อ.ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 165 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2550 – 28 มีนาคม 2550 จำนวน 40 คน และจับคู่ตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วสุ่มเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่พัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและแนวคิดโยคะ ที่สร้างขึ้นตามศาสตร์ของโยคะ จากสถาบันไกลวัลยธรรม ประกอบด้วย 1. การให้ข้อมูล 2. การปฏิบัติโยคะ ประกอบด้วย การหายใจ การปฏิบัติอาสนะ การผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ และการฝึกความคิดด้านบวก ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของการจัดกิจกรรม และตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และสถิติการทดสอบที (Paired t-test และ Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา....พยาบาลศาสตร์....
ปีการศึกษา.....2549.....

ลายมือชื่อนิสิต.....ศรินยา ฉันทะปรีดา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*ชนกพร จิตปัญญา* ๙

4877601836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: STRESS / GIVING INFORMATION / YOGA PRACTICE / FAMILY
CAREGIVERS / BRAIN INJURY PATIENTS

SARINYA CHANTAPREDA: THE EFFECT OF GIVING INFORMATION AND
YOGA PRACTICE ON STRESS IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH
BRAIN INJURY. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA,
Ph.D., 165 pp.

This quasi – experimental research aimed to test the effect of giving information and yoga practice on stress in family caregivers of patients with brain injury. The samples were 40 family caregivers of patients with brain injury, aged 20-59 years admitted to the surgical care unit at Somdejprapinklao Hospital during January 30, 2007 – March 28, 2007. The family caregivers were arranged into two groups including a control, and an experimental group. Each group consisted of 20 caregivers. A control group received conventional nursing care while an experimental group received the four week session giving information and yoga practice together with conventional nursing care. The program was developed based on yoga concept, giving information, and was validated by a panel of experts. The program was comprised of five sessions: a) assessment, b) knowledge providing, c) skill of yoga, d) practice, and e) evaluation. The outcomes of this study were measured by using self - Analysis stress test. The Alpha Cronbach's reliability of the self - Analysis stress test was .83. Data were analyzed using descriptive statistic and t – test.

Major findings were as follows :

1. The stress of family caregivers of patients with brain injury after receiving the program were significantly lower than that before receiving the program at the level of .05

2. The stress of family caregivers of patients with brain injury in the experimental group was lower than that of the control group at the level of .05

Field of Study...Nursing Science...

Academic Year...2006.....

Student's Signature...*Sarinya Chantapreda*.....

Advisor's Signature...*Ch. J*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ผู้ให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะ ให้คำปรึกษา รวมทั้งให้กำลังใจ และเอาใจใส่อย่างดีในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบ ขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงและขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง วิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าและ เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และ ประสบการณ์อันมีค่ายิ่งและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรพยาบาลทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และให้การสนับสนุนผู้วิจัย เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทุกท่านที่ให้โอกาส และสละเวลาอันมี ค่าในการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาหลักสูตร ปริญญาโท เพื่อนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา บุพการีอันเป็นที่รักและเคารพยิ่ง พี่สาว และน้องชายที่รัก อันเป็นแรงผลักดันให้กำลังใจอันมีค่ายิ่ง พร้อมให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้วิจัย ในทุกๆด้านด้วยดีเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ดูแลทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตของการวิจัย	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บสมอง.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	33
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะผู้ดูแล	41
4. แนวคิดการให้ข้อมูล	45
5. แนวคิดความเครียด.....	49
6. โยคะ	62
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72
8. การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง.....	74
9. กรอบแนวคิด.....	77

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	78
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	78
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	82
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	88
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	93
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	94
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	107
สรุปผลการวิจัย.....	112
อภิปรายผลการวิจัย.....	113
ข้อเสนอแนะ.....	119
รายการอ้างอิง.....	120
ภาคผนวก.....	137
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	138
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	140
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม และเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของ กลุ่มตัวอย่าง.....	143
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	148
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	160
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	165

สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการดูแลต่อวัน.....	98
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ ชนิดของการบาดเจ็บสมองและระดับความพิการ.....	101
3 คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง.....	102
4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	104
5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	105
6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกโยคะกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	106
7 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	162

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

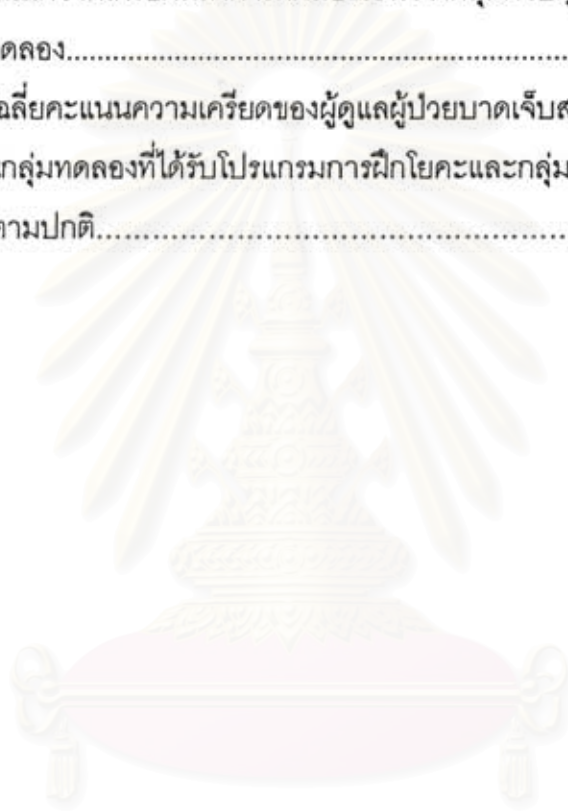
สารบัญภาพ

ญ

ภาพประกอบ

หน้า

- 1 แสดงคะแนนความเครียดกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและ
หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ..... 163
- 2 แสดงคะแนนความเครียดกลุ่มทดลองเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและ
หลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะ..... 163
- 3 แสดงคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
หลังการทดลอง..... 164
- 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังการ
ทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการฝึกโยคะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ..... 164



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บสมองเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สำคัญ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้บาดเจ็บสมองกว่า 500,000 คน เสียชีวิตประมาณ 50,000 คน และร้อยละ 80 เป็นการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย อีกร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บสมองระดับปานกลางและต้องได้รับการรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนอีก 10% เป็นการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (Bond et al., 2003) ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีเป็นจำนวนมาก และมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กิตติ อินทราสุขพร, 2547) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุด คือ สिरະ (ขโมพันธ์ สันติกาญจน์ และ ศิริวรรณ สันติเจียรกุล, 2547) นอกจากนั้นยังอาจมีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บสมองได้ เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย การพลัดตกหกล้ม การถูกกระแทกจากวัตถุต่างๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยนี้ถือเป็นวัยที่มีความสามารถและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ และยังส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึงปีละ 50,000 ล้านบาท (สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และคณะ, 2544)

การบาดเจ็บสมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียด จากความไม่แน่นอนของผลการรักษา กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากการบาดเจ็บสมองเป็นโรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (วิจิตรา กุสุมภ์, 2544) จากการศึกษาของ Jennett และ Teasdale (1981) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีอัตราการฟื้นหายโดยไม่หลงเหลือความพิการเพียงร้อยละ 40 อีกร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาจจะเป็นความบกพร่องทางด้านร่างกาย (physical impairment) อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บนั้นเสื่อมตามไปด้วย ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา (cognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองขาดคุณสมบัติพื้นฐานในการคิด ตัดสินใจ หรือกระทำกิจกรรมต่างๆที่ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (behavioral change) พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้าน ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง ความพิการหรือรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้บาดเจ็บสมองเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดังกล่าว ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่มีได้คาดหวัง (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002) จากการศึกษาของ Gouick และ Gentleman (2004) พบว่า ผลของการบาดเจ็บสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและความบกพร่องทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึกและความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และยังส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียดมากขึ้น (Anderson et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Martin (1994) ที่กล่าวว่าผลของการบาดเจ็บสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงอาการอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ บางรายไม่รู้สึกตัว บางรายมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม บางรายมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปหรือบางรายอาจไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เลย จึงทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถที่จะติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวได้ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Engli และ Farmer (1993) ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพจิตใจและบุคลิกภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดได้มากกว่าการที่ผู้ป่วยไร้ความสามารถทางกายเพียงอย่างเดียว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะเป็นผู้ให้การดูแลโดยลำพัง ร่วมกับการมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งใช้เวลามากถึง 9 ชั่วโมงต่อวัน อีกทั้งยังต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (สุดศิริ นิรัญฑนหะ, 2541) และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแล (Kreutzer et al., 1992; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 40 ในระหว่างการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะมีอารมณ์เครียด เนื่องจากความไม่แน่นอนของอาการที่เปลี่ยนแปลงไป (Bond et al., 2003; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) นอกจากนี้การบาดเจ็บสมองยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล โดยการเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ คือ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง และการดูแลที่ยาวนานทำให้รู้สึกหมดกำลัง (Powerlessness) รู้สึกหมดความหวัง (Hopeless) และหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) (Friedman, 1992)

เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเอง หรือการกระทำกิจกรรมต่างๆลดลง บางรายไม่สามารถทำด้วยตนเองได้เลยและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว หรือแม้กระทั่งการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพ หรือการพาผู้ป่วย

มาตรวจติดตามผลการรักษา เป็นต้น กิจกรรมต่างๆเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง และเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคมได้ดังเดิม (วิลลรัตน์ ภูวราวุฒิมิพานิช, 2537) ทำให้รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วยตลอดเวลา รู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม (O'Brien, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hickey (1992) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการสูญเสียทางด้านสังคม ทำให้มีความสามารถด้านอาชีพการงานลดลง เป็นเหตุของการเกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน แต่ยังรวมถึงการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงหลงเหลือความพิการ ไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อนำมาซึ่งรายได้ได้ดังเดิมและยังต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความท้อแท้ และเครียดมากขึ้น (Acom และ Roberts, 1992) ประกอบกับการที่สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ไม่สามารถออกไปทำงานหรือประกอบอาชีพ เพื่อนำมาซึ่งรายได้ในการหาเลี้ยงครอบครัวก็จะยิ่งทำให้เครียดมากขึ้น (Kreutzer et al., 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง (2540) ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจต่างๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียด และยังพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนั้นมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวถึงร้อยละ 60 ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ภายหลังจากการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บสมอง โดยการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวนี้จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือความพิการของผู้ป่วย (Curtiss et al., 2000)

สถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียด หรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) ผลของการบาดเจ็บสมองทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งผู้ดูแลอาจเกิดความรำคาญและแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (วิศาล คันธรัตน์กุล และภาวิศ วงศ์แพทย์, 2538) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัมพันธภาพภายในครอบครัว จึงนำมาซึ่งการหย่าร้าง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540) การบาดเจ็บสมองเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมของผู้ดูแลในระยะยาว จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่นั้นมีความเกี่ยวพันกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเกือบทุกๆด้านในการดำรงชีวิต ดังนั้นจะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้สึกเป็นภาระ และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีภาวะเครียดอย่างมาก (DeMeneses และ Perry,

1993; Haley et al., 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Li Yan (2000) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองมีความเครียดอยู่ในระดับสูง

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียด โดยเฉพาะความเครียดในระดับสูงนั้นจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรม ท้องผูก นอนไม่หลับ ใจสั่น และความดันโลหิตสูง (Prevost, 1997) จากการศึกษาของ นันทวรรณ พุทธวรรณ (2545) พบว่าร้อยละ 62.7 ของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองมีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคขณะเป็นผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McLean et al., (1991) ที่พบว่า ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพทางกายถึงร้อยละ 25 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จากการศึกษาของ Rose (1997) พบว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะปรับเปลี่ยน จากการดูแลที่โรงพยาบาล มาเป็นการดูแลที่บ้าน (transition period) เป็นระยะที่ก่อปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก สิ่งต่างๆ เหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย หดแรงแรง มีความรู้สึกโกรธ สับสน หงุดหงิด มีความรู้สึกว่า การกระทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ (Dring, 1989) อีกทั้งการบาดเจ็บสมองเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่า ผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยนั้นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ดีเพียงใด ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความขัดแย้งสับสนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่ตนเองจะกระทำได้ และอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ในที่สุด (Pasquali, 1991) แต่ในทางกลับกันหากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความเครียดลดลง และสามารถปรับตัวหรือมีการประเมินปัญหาต่างๆ ว่า ไม่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความต้อตนเอง มองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย สามารถดึงเอาทรัพยากรที่มีอยู่ในร่างกายมาใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ย่อมนำมาซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล (Farzan, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Brien (1993) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เครียด และยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเสมือนว่าถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา รู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดังกล่าว มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่และความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในภาวะเช่นนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องการการพยาบาล ที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งของผู้ป่วย และผู้ดูแล (สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2541)

ปัจจุบันมีการนำบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ผสมผสาน และการแพทย์ทางเลือกหลากหลายวิธี (CAM: complementary and alternative medicine or complementary and alternative therapies) และกำลังเป็นที่นิยมในปัจจุบัน มีจุดเน้นที่การดูแลคนทั้งคน รวมมิติทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การนำมาซึ่งการผ่อนคลายและช่วยบรรเทาความตึงเครียดนั้น มีหลากหลายวิธี (Seaward, 1999) เช่น ศิลปะบำบัด (Art Therapy) ดนตรีบำบัด (Music Therapy) การหายใจด้วยกระบังลม (Diaphragmatic Breathing) การบำบัดด้วยการนวด (Massage Therapy) การออกกำลังกาย (Physical Exercise) การสร้างจินตภาพ (Mental Imagery และ Visualization) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive Muscular Relaxation) เป็นต้น และโยคะก็เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถบรรเทาความเครียดได้ (Waelde, L. C. et al., 2004; สาลี สุภาภรณ์, 2545; Gura, S. T., 2002; Malathi, A. และ Damodaran, A., 1999; Latha, D. R. และ Kaliappan, K. V., 1992) โดยโยคะเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งมีแนวทางการพัฒนาจิตผ่านทางการปฏิบัติ มีเป้าหมายที่เน้นการดูแลสุขภาพซึ่งมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยการเหยียดกล้ามเนื้อนิ่งแต่ใช้แรงน้อย โดยใช้ความรู้สึกเป็นตัวนำกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (โครงการเผยแพร่โยคะเพื่อสุขภาพ, 2547) ช่วยเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาทโมโนเอมีนและลดซีโรโทนิน (5-HT) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546; Waelde, L. C. et al., 2004) เพื่อช่วยในการไหลเวียนของโลหิตและเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วยช่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียด (สาลี สุภาภรณ์, 2545) สมานที่เพิ่มขึ้นขณะปฏิบัติโยคะทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานน้อยลง ในขณะที่ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้สารเคมีในร่างกาย เช่น แคทีโคลามีน อะดรีนาลินลดลง จึงทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติโยคะมีสุขภาพจิตดีขึ้น (Waelde et al., 2004; ทิพาวดี เอมะวรรณ, 2546) ดังการศึกษาของ Kamei et al. (2000) พบว่า ระหว่างการปฏิบัติโยคะทำให้ในสมองมีคลื่นแอลฟาเพิ่มขึ้น แต่ระดับคอร์ติซอลลดลง ซึ่งการมีระดับของคอร์ติซอลลดลงนี้จะช่วยลดภาวะความตึงเครียดและสามารถรักษาความสมดุลของร่างกายได้นาน (ชูชีพ อุสาโห, 2527) ช่วยป้องกันการเกิดโรคต่างๆได้ (แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2542) โยคะเป็นการปฏิบัติสมาธิควบคู่ไปกับการบริหารร่างกายที่ไม่สิ้นเปลือง ให้ผลการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาดสั้นและใช้พื้นที่น้อย อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติในบ้านได้โดยไม่เสียเวลาในการเดินทาง (สาลี สุภาภรณ์, 2545)

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากความพิการต่างๆ ที่ยังคงหลงเหลืออยู่ ทำให้กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้น และมีความแตกต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่างในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองบางราย อาจมีอุปสรรคทางการ

แพทย์อยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นๆได้ด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นสายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลในกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอีกด้วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรู้ และทักษะเฉพาะ รวมไปถึงต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เป็นต้น การขาดความรู้และทักษะที่เฉพาะนั้นจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Snyder et al., 1991) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปรับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลได้รับบทบาทการดูแลผู้ป่วยโดยลำพัง ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลสูงขึ้น

ปัจจุบันงานวิจัยทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองตามปกติ ส่วนใหญ่เน้นเกี่ยวกับการดูแลและการฟื้นฟู เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (รัมภรดา อินทร, 2539) การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (เยาวรัตน์ ยาอม, 2544) ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยังมีไม่มาก ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540) การปรับตัวของครอบครัว (กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546) ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; จริยา กฤติยววรรณ, 2546) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัว (รัตนา อยู่เปลลา, 2543) แต่ยังไม่見ผู้ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการนำการบำบัดทางการพยาบาลมาจัดกระทำกับผู้ดูแล ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อช่วยพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยการบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะมาศึกษา ในการบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนี้ จะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองลดลง ผู้ดูแลมีสุขภาพกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สุขภาพจิตที่มั่นคง ส่งเสริมให้การทำหน้าที่ทางสังคมสามารถดำเนินได้อย่างเป็นปกติ อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังการศึกษาของ Canam และ Acorn (1999) ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลว่า คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยนั้นต้องมาจากคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การบาดเจ็บสมองเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคมของผู้ดูแลในระยะยาว ผลกระทบส่วนใหญ่มีความเกี่ยวพันกันโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเกือบทุกๆ ด้านในการดำรงชีวิต ดังนั้นจะพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้สึกเป็นภาระ และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะเครียดมาก (DeMeneses และ Perry, 1993; Haley et al., 1995; Li Yan, 2000) ความเครียดนั้นส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ดังนั้นหากสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดที่มากเกินไป จนไม่สามารถปรับตัวได้จะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วย และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ไม่สามารถทำพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อีกด้วย (ทัศนบุญทอง, 2532) อีกทั้งการบาดเจ็บสมองเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแล เป็นระยะเวลาานาน โดยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์ จากการเจ็บป่วยนั้นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ดีเพียงใด ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความขัดแย้งสับสนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถที่ตนเองจะกระทำได้ และอาจนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ในที่สุด (Pasquali, 1991) ที่สำคัญคือ ไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้การปรับตัวหรือการฟื้นหายของผู้ป่วยช้าลง หรือไม่ดีเท่าที่ควร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2530) ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความเครียดลดลงจะทำให้สามารถปรับตัว มีการประเมินปัญหาต่างๆ ว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรือคุกคามต่อตนเอง มองปัญหาว่าเป็นสิ่งท้าทาย สามารถดึงเอาทรัพยากรที่มีอยู่ในร่างกายมาใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ย่อมนำมาซึ่งภาวะสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล (Farzan, 1991) ผู้ดูแลจึงต้องการการพยาบาลเพื่อมาพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล (สุดศิริ ธีรบุญชนหะ, 2541)

เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ต่อมใต้สมอง (Hypothalamus) ซึ่งอยู่ในระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งสัญญาณไปที่ระบบของต่อมไร้ท่อ คือ ต่อมแอดรีนอลส่วนกลาง (Adrenal medulla) ทำให้มี

การหลั่งแคทีโกลามีนเข้าไปในกระแสเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มการตอบสนองด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ นอกจากนี้ต่อมใต้สมองยังส่งสัญญาณไปที่ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอซิติเอซ (Corticosteroids) หรือ Stress Hormone ขึ้น ในงานวิจัยนี้ผลที่เกิดจากการบาดเจ็บสมอง คือ เหตุการณ์ที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นการที่ผู้ดูแลได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล การขาดความเข้าใจและมั่นใจในการดูแล ความไม่แน่นอนของอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ข้อจำกัดและความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญาและความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมของผู้ป่วย สิ่งต่างๆเหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลง รวมถึงการดูแลสุขภาพของตนเองด้วย ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งเหตุการณ์ต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะประเมินและตัดสินใจว่าเหตุการณ์เหล่านั้น เป็นความเครียดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้สึกเป็นภาระและมีภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง (DeMeneses และ Perry, 1993; Li Yan, 2000)

การปฏิบัติโยคะเป็นการฝึกกายและจิตเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการยึดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นสื่อ ทำให้จิตใจสงบมีสมาธิ เนื่องจากขณะปฏิบัติโยคะผู้ปฏิบัติจะจดจ่อและมีสมาธิอยู่กับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นการฝึกควบคุมพลังจิตใจให้เกิดความเข้มแข็งเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และยังเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่นุ่มนวลอย่างช้าๆ ชนิดไอโซโทนิคผสมผสานกับไอโซเมตริกเข้าด้วยกัน ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆในร่างกายได้ทำงาน (ยืด - หด - บิด) อยู่เสมอ (Schatz, 1992 cited in Clare, 1998) โยคะจึงเป็นวิถีทางที่ทำให้มีสุขภาพดี โดยมีความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยพื้นฐานของโยคะมีหลักปฏิบัติที่สำคัญคือ การฝึกอาสนะที่รวมทั้งการผ่อนคลาย การหายใจ การมีสมาธิขณะปฏิบัติอาสนะและการมีความคิดที่ดีในการดำรงชีวิต ซึ่งผลดีที่เกิดขึ้นเห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและจิตใจที่ดีงาม โดยพบว่าการศึกษาโยคะนั้นส่งผลดีต่อสุขภาพด้านร่างกาย เช่น ระบบย่อยอาหาร ได้แก่ กระเพาะอาหาร ลำไส้ ดับอ่อน ทั้งหมดที่อยู่ในช่องท้องจะมีการล้อมรอบด้วยกล้ามเนื้อท้องที่แข็งแรง ซึ่งธรรมชาติได้จัดกลไกที่จะนวดอวัยวะเหล่านี้ด้วยการหายใจเข้าออกอยู่แล้ว แต่จะได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่แข็งแรงและมีความยืดหยุ่นที่ดีอยู่เสมอ ยังพบว่าการปฏิบัติอาสนะโยคะทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นและแข็งแรง อวัยวะในการย่อยอาหารมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายของเสีย ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลดีต่อสุขภาพด้านจิตใจ พบว่า ในขณะที่ปฏิบัติโยคะร่างกายมีการผ่อนคลายและมีสมาธิ ส่งผลให้จิตได้รับการผ่อนคลายความเครียดและลดความวิตกกังวล จากการศึกษาของ Kamei et al. (2000) พบว่า ระหว่างการปฏิบัติโยคะทำให้สมองมีคลื่นแอลฟาเพิ่มขึ้น แต่ระดับคอร์ติซอลลดลง

ซึ่งการมีระดับของคอร์ติซอลลดลงนี้ จะช่วยลดภาวะความตึงเครียดและทำให้ความกังวลลดลง และ Caroline et al (2006) พบว่า การปฏิบัติโยคะสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับ Sahasi et al (1989 อ้างในศิริพร เพิ่มพูล, 2544) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้เทคนิคโยคะในการจัดการกับภาวะวิตกกังวล พบว่า กลุ่มที่ใช้การบำบัดด้วยเทคนิคโยคะ มีอัตราการชะลอการส่งยายาวนานขึ้นและอาการวิตกกังวลน้อยลง และยังมีการศึกษาอีกว่าโยคะช่วยทำให้การเรียนรู้และความจำดีขึ้น ดังนั้นโยคะจึงเป็นการทำให้บุคคลมีสุขภาพดีช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ (สาตี สุภาภรณ์, 2545)

การให้ข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้ และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ช่วยให้คลายความเครียด และการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบหนึ่งของการช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ช่วยเพิ่มความสามารถควบคุมตนเองเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus และ Folkman, 1984)

การให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง การสอน กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ และผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ให้กับผู้ดูแล ให้มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้ (อภิกันตริ กองทอง, 2544) นอกจากนั้นการให้ข้อมูลด้วยกระบวนการสอน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจในเนื้อหาที่สอน เกิดความเชื่อมโยงประสบการณ์ที่มีอยู่กับสิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่ มีความสามารถในการโยงสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และยังสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าได้ (รัตนา อยู่เปลา, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเครียดและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ของสถาบัน ไทวัลย์ธรรมมาเป็นกิจกรรมในการบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยการเข้าพบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็น การสร้างความน่าเชื่อถือ ก่อนให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น (Rogers และ Kreutzer, 1984) ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมกับผู้วิจัยซักถาม ประเมิน และรับฟังความต้องการในการเรียนรู้ รวมถึงปัญหาต่างๆของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และทำการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสนใจ และต้องการเพิ่มเติมจากการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีความครอบคลุมในเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง ความเครียดและโยคะ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมอบคู่มือการฝึกโยคะและสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ดูแลยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติโยคะ

หลักของการฝึกโยคะประกอบด้วยหลักที่สำคัญ 5 ประการ คือ เทคนิคการหายใจ การปฏิบัติอาสนะ เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิและการคิดในด้านบวก ซึ่งขั้นตอนของการฝึกโยคะจะกระทำโดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดูเป็นตัวอย่างและให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองฝึกปฏิบัติตามผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การฝึกอาสนะ เป็นการบริหารร่างกายชนิดหนึ่งเพื่อปรับความสมดุลของร่างกาย ทำให้อวัยวะทุกส่วนในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความสมดุล โดยมีอาสนะในการฝึกครั้งนี้ 11ท่า คือ ท่าจระเข้ ท่างู ท่าตักแตน ท่าคันไถ ครึ่งตัว ท่าเหยียดหลัง ท่าคีม ท่านั่งเพชร ท่าสัญลักษณ์แห่งโยคะ ท่าบิดสันหลัง ท่ากงล้อและอีก 1 ท่า คือ อาสนะในการผ่อนคลาย (ท่าศพ)

2. การผ่อนคลาย การปฏิบัติในการผ่อนคลายนี้จะช่วยให้สภาวะร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะผ่อนคลายโดยการนอนราบกับพื้น สันเท้าห่างกันพอให้นิ้วเท้าหันมาชนกันได้ ปลายเท้าแยกออกวางตามสบายหันตาตั้งหน้าหน้าตัวลงกับพื้น ไม่เกร็ง ท่านี้เรียกว่า ท่าศพ ใช้เป็นท่าพักหลังการทำอาสนะใดอาสนะหนึ่งเรียบร้อยแล้ว ท่านี้จะช่วยให้สดชื่น คลายความเครียด ความอ่อนล้า

3. การหายใจ เป็นการหายใจเข้าที่ลึกและช้า ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ โดยขณะที่หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ โดยวางมือขวาทับมือซ้ายไว้ที่ท้อง หายใจเข้าลึก หายใจออกยาว จะปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการปฏิบัติอาสนะในท่าต่างๆ

4. การฝึกสมาธิ (Meditation) ในการปฏิบัติโยคะจะมีเป้าหมายเพื่อทำให้สงบเป็นการผ่อนคลาย การฝึกให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การหายใจเข้าออกหรือการยุบพองของท้อง จะทำให้เรามีสติระลึกรู้ตามอริยาบถของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ ช่วยให้ร่างกายได้ผ่อนคลายอย่างเต็มที่ สามารถบรรเทาความกดดันและความเครียดได้ การฝึกให้มีความสงบควบคู่ไปกับการผ่อนคลายจะทำให้จิตใจสงบ (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2536) และเป็นการเตรียมจิตใจให้สงบนิ่งก่อนการปฏิบัติโยคะ

5. ความคิดด้านบวกหรือการมีทัศนคติที่ดี ในหลักของโยคะการมีทัศนคติที่ดี หรือการมีความคิดในด้านบวกนั้น โยคะใช้การมียามะนิยามะเป็นแนวทาง เป็นรูปแบบของการฝึกทัศนคติผ่านข้อปฏิบัติทางจริยธรรม และนิยามมะเป็นการสร้างวินัยในตนเอง (Gharote, 2003) โดยการฝึกการคิดด้านบวก จะกระทำขณะที่จิตมีความสงบนิ่ง เพราะในขณะที่จิตสงบนิ่งคลื่นสมองจากคลื่นเบต้าจะเปลี่ยนเป็นคลื่นแอลฟา ที่มีส่วนช่วยพัฒนาระบบการทำงานของจิตได้สำนึก และสามารถแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545; วีรเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2538)

การปฏิบัติโยคะจะเป็นการที่ผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดู และให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม โดยทำการปฏิบัติโยคะร่วมกับการให้ข้อมูลจำนวน 5 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำความรู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติโยคะ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโยคะให้ผู้ดูแลปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมทั้งทำการบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำความรู้จากการปฏิบัติโยคะร่วมกับการให้ข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติจริงที่บ้าน ซึ่งการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการฝึกก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

จากองค์ประกอบทั้งหมดของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะนี้ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้องและเป็นจริง มีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่มากเพียงพอ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความเครียดลดลง ผู้วิจัยจึงนำการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้มีสุขภาพทางกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่มั่นคง ส่งเสริมให้การทำหน้าที่ทางสังคมสามารถดำเนินได้อย่างเป็นปกติ และทำให้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองลดลงได้ อีกทั้งยังส่งผลให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เต็มศักยภาพ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ
2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) โดยประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าในระหว่างวันที่ 30 มกราคม 2550 ถึง 28 มีนาคม 2550 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน
2. ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน โดยการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นรายกลุ่ม ซึ่งใช้แนวคิดของสถาบันไควัลยธรรม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยการเข้าพบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อบอุ่น ถือเป็น การสร้างความน่าเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น (Rogers และ Kreutzer, 1984) ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมกับผู้วิจัยซักถามประเมินและรับฟังความต้องการในการเรียนรู้ รวมถึงปัญหาต่างๆของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และทำการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสนใจ และต้องการเพิ่มเติมจากการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีความครอบคลุมในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การดูแลตนเอง ความเครียดและโยคะ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมอบคู่มือการฝึกโยคะและสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

สมอง เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ดูแลยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติโยคะ

หลักของการฝึกโยคะประกอบด้วยหลักที่สำคัญ 5 ประการ คือ เทคนิคการหายใจ การปฏิบัติอาสนะ เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิและการคิดในด้านบวก ซึ่งขั้นตอนของการฝึกโยคะจะกระทำโดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดูเป็นตัวอย่าง และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองฝึกปฏิบัติตามผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การฝึกอาสนะ เป็นการบริหารร่างกายชนิดหนึ่งเพื่อปรับความสมดุลของร่างกาย ทำให้อวัยวะทุกส่วนในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความสมดุล โดยมีอาสนะในการฝึกครั้งนี้ 11ท่า คือ ท่าจรเข้ ท่างู ท่าตักแตน ท่าคันไถ ครึ่งตัว ท่าเหยียดหลัง ท่าคีม ท่านั่งเพชร ท่าสัญลักษณ์แห่งโยคะ ท่าบิดสันหลัง ท่ากงล้อและอีก 1 ท่า คือ อาสนะในการผ่อนคลาย (ท่าศพ)

2. การผ่อนคลาย การปฏิบัติในการผ่อนคลายนี้จะช่วยให้สภาวะร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะผ่อนคลายโดยการนอนราบกับพื้น สันเท้าห่างกันพอให้นิ้วเท้าหันมาชนกันได้ ปลายเท้าแยกออกวางตามสบายหลังตาทิ้งน้ำหนักตัวลงกับพื้น ไม่เกร็ง ท่านี้เรียกว่า ท่าศพ ใช้เป็นท่าพักหลังการทำอาสนะใดอาสนะหนึ่งเรียบร้อยแล้ว ท่านี้จะช่วยให้สดชื่น คลายความเครียด ความอ่อนล้า

3. การหายใจ เป็นการหายใจเข้าที่ลึกและช้า ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ โดยขณะที่หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ โดยวางมือขวาทับมือซ้ายไว้ที่ท้อง หายใจเข้าลึก หายใจออกยาว จะปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการปฏิบัติอาสนะในท่าต่างๆ

4. การฝึกสมาธิ (Meditation) ในการปฏิบัติโยคะจะมีเป้าหมายเพื่อทำให้สงบเป็นการผ่อนคลาย การฝึกให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การหายใจเข้าออกหรือการยุบพองของท้องจะทำให้เรามีสติระลึกรู้ตามอริยาบถของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ ช่วยให้ร่างกายได้ผ่อนคลายอย่างเต็มที่ สามารถบรรเทาความกดดันและความเครียดได้ การฝึกให้มีความสงบควบคู่ไปกับการผ่อนคลายจะทำให้จิตใจสงบ (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2536) และเป็นการเตรียมจิตใจให้สงบนิ่งก่อนการปฏิบัติโยคะ

5. ความคิดด้านบวกหรือการมีทัศนคติที่ดี ในหลักของโยคะการมีทัศนคติที่ดีหรือการมีความคิดในด้านบวกนั้น โยคะใช้การมียามะนิยามะเป็นแนวทาง เป็นรูปแบบของการฝึกทัศนคติผ่านข้อปฏิบัติทางจริยธรรม และนิยามะเป็นการสร้างวินัยในตนเอง (Gharote, 2003) โดยการฝึกการคิดด้านบวก จะกระทำขณะที่จิตมีความสงบนิ่ง เพราะในขณะที่จิตสงบนิ่งคลื่น

สมองจากคลื่นเบต้าจะเปลี่ยนเป็นคลื่นแอลฟา ที่มีส่วนช่วยพัฒนาระบบการทำงานของจิตได้สำนึก และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545; วีรเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2538)

การปฏิบัติโยคะจะเป็นการที่ผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดู และให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม โดยทำการปฏิบัติโยคะร่วมกับการให้ข้อมูลจำนวน 5 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำความรู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติโยคะ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโยคะ ให้ผู้ดูแลปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมทั้งทำการบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำความรู้จากการปฏิบัติโยคะ ร่วมกับการให้ข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติจริงที่บ้าน โดยทำอย่างต่อเนื่องนาน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ ไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมองและเส้นประสาทสมอง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุการจราจร การถูกฟันถูกแทง ถูกตี หรือถูกกระแทกบริเวณศีรษะ การพลัดตกหกล้ม โดยไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกายร่วมด้วย (มีความพิการในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีคะแนนการประเมินระดับความพิการอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน)

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้องและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเรานั่นจะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนไว้ดังนี้ คะแนนน้อยแสดงว่ามีความเครียดต่ำ คะแนนมากแสดงว่ามีความเครียดสูง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการและบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้แก่อุบัติเหตุผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วง 7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลแก่อุบัติเหตุผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทางด้านการพยาบาล สามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็น รูปธรรม เพื่อพัฒนาบทบาทและความสามารถของพยาบาล โดยนำบทบาทของการปฏิบัติขั้นสูงมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. ทางด้านการศึกษา สามารถนำเอาผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิก เพื่อช่วยเหลือในการลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ทางด้านการวิจัย สามารถนำเอาผลการวิจัยมาเป็นแนวทาง ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการให้การพยาบาล และค้นหารูปแบบของการบำบัดทางการพยาบาลอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาใช้ให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูล และการปฏิบัติโดยคະต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บสมอง

- 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บสมอง
- 1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง
- 1.3 กลไกการบาดเจ็บสมอง
- 1.4 พยาธิสรีระวิทยา
- 1.5 ชนิดและการแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง
- 1.6 ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อผู้ป่วย
- 1.7 ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อครอบครัว
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2 ประเภทของผู้ดูแล
- 2.3 แนวคิดการดูแล
- 2.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการเป็นผู้ดูแล
- 2.5 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะผู้ดูแล

- 3.1 ความหมายของผู้ดูแลและภาวะการดูแล
- 3.2 ภาวะผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
- 3.3 การประเมินภาวะผู้ดูแล
- 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้ดูแล

4. แนวคิดการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

- 4.1 ความหมายและความสำคัญของการให้ข้อมูล
- 4.2 องค์ประกอบของข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

4.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

4.4 ข้อคำนึงถึงในการให้ข้อมูล

4.5 ผลของการให้ข้อมูลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

5. แนวคิดความเครียด

5.1 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

5.2 ความหมายของความเครียด

5.3 แนวคิดทฤษฎีความเครียด

5.4 สาเหตุความเครียด

5.5 ระดับความเครียด

5.6 ประเภทของความเครียด

5.7 การตอบสนองต่อความเครียด

5.8 ผลของความเครียด

5.9 เครื่องมือวัดความเครียด

6. โยคะ

6.1 ประวัติความเป็นมา

6.2 ความหมายของโยคะ

6.3 ชนิดของโยคะ

6.4 หลักของการฝึกโยคะ

6.5 ประโยชน์ของโยคะ

6.6 ผลของโยคะต่อสุขภาพ

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. ขั้นตอนการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการบาดเจ็บสมอง

เมื่อชีวิตได้เกิดขึ้นร่างกายจะสร้างเซลล์ระบบประสาทหรือสมองขึ้นก่อนเซลล์อื่นๆ เพื่อทำหน้าที่ในการจดจำสิ่งต่างๆ ทำให้เราสามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมองจึงเปรียบเสมือนศูนย์บังคับบัญชาการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย และสมองในแต่ละส่วนจะทำหน้าที่เฉพาะแตกต่างกันออกไป เมื่อใดก็ตามที่มีการทำงานของสมองหยุดชะงักไปไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม จะส่งผลให้เกิดผลกระทบแก่บุคคลนั้นๆเช่น ปัญหาทางการรับรู้สึก

การเคลื่อนไหว การพูดหรือแม้กระทั่งการรักษาชีวิตให้รอด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้การทำงานของสมองหยุดชะงักก็มีหลายสาเหตุด้วยกัน และหนึ่งในหลายสาเหตุคือ การบาดเจ็บสมอง

1.1 ความหมายของการบาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บสมองหรือการบาดเจ็บศีรษะไว้มีดังนี้

จรัส สุวรรณเวลา และจตุพร หงส์ประภาส (2524) กล่าวว่าบาดเจ็บสมอง หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นเมื่อมีแรงภายนอกมากระทบศีรษะทำให้สมองมีการบาดเจ็บ

ประภัสสร ขาวงษ์ (2535) กล่าวว่าบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงกระแทก แรงเหวี่ยงจากวัตถุ หรือจากการที่ศีรษะกระทบวัตถุในขณะที่มีอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของสมอง กะโหลกศีรษะหรือผิวหนังศีรษะ จนมีการบวมช้ำ ฉีกขาด หรือแตกผิดรูป มีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึกตัว จากการทำลายของเนื้อเยื่อสมอง เยื่อหุ้มสมองและเส้นเลือดของสมอง ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ

ทศพร พิษยยา (2541) การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การกระทบกระเทือนต่อสมองจากแรงภายนอก ซึ่งอาจทำให้ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงมากได้ และมักส่งผลให้มีความบกพร่องต่อความรู้ ความเข้าใจและความบกพร่องทางด้านร่างกาย

Jenett และ Teasdale (1981) กล่าวว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึงผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดทางคลินิกดังต่อไปนี้เพียงข้อเดียว หรือมากกว่าจัดว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 1. มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระแทก 2. ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก 3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แม้เพียงชั่วคราว

Namerow (1987) กล่าวว่าบาดเจ็บสมอง คือ การได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกและสมองซึ่งผลจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะทำให้บุคคลมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairment) ความบกพร่องทางด้านร่างกาย (Physical impairment) และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การบาดเจ็บสมอง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ซึ่งได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมองและเส้นประสาทสมอง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บสมองเกิดความผิดปกติ มีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านพฤติกรรม

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาพบว่า ได้มีผู้ทำการรวบรวมและจำแนกสาเหตุของการบาดเจ็บสมองออกเป็นหลายประเภท โดยสรุปอาจแบ่งสาเหตุของการเกิดได้เป็น 2 สาเหตุ คือ จากการจรรยาจร และไม่ใช้การจรรยาจร ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2528)

1.2.1 จากการจรรยาจร พบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บสมองเกิดจากอุบัติเหตุจรรยาจรมากที่สุด (แสงชัย สีมัจจ, 2535; สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ, 2537) ประกอบด้วยอุบัติเหตุจรรยาจรจรรยาจรยานยนต์ รถยนต์และผู้เดินถนนถูกรถชน ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ อรุณ กิจมหาตระกูล (2542) ได้ศึกษาการบาดเจ็บสมองในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่ 3 อันดับแรก คือ อุบัติเหตุจรรยาจรจรรยาจรยานยนต์ ตกจากที่สูง และคนเดินถนน

1.2.2 จากอย่างอื่นที่ไม่ใช่การจรรยาจร จัดเป็นสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บสมองที่พบรองลงมาจากจรรยาจร ได้แก่ การตกจากที่สูง จากอุบัติเหตุไฟไหม้ การถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกยิงหรือถูกฟันที่ศีรษะ จากการเล่นกีฬา เช่น กีฬาขี่ม้า ชกมวย (แสงชัย สีมัจจ, 2535)

1.3 กลไกการบาดเจ็บสมอง

กลไกการบาดเจ็บสมอง แบ่งออกเป็น 2 แบบคือ การบาดเจ็บโดยตรง และการบาดเจ็บโดยอ้อม

1.3.1 การบาดเจ็บโดยตรง (Direct injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง ซึ่งมี 2 ชนิด

1.3.1.1 การบาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (Static head injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง สิ่งของหล่นใส่ เป็นต้น การเกิดพยาธิสภาพจะเกิดตรงตำแหน่งที่แรงมากระทบเท่านั้น จะรุนแรงเพียงใดขึ้นอยู่กับแรงวัตถุที่มากระทบ พยาธิสภาพเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นที่หนังศีรษะ กะโหลก อาจจะมีเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก

1.3.1.2 การบาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ (Dynamic head injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะที่ศีรษะมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ ขับรถไปชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพกับสมองส่วนนั้น (Coup lesion) ซึ่งมักมีการแตกตัวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุ อาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออกร่วมด้วย (Contrecoup)

1.3.2 การบาดเจ็บโดยอ้อม (Indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูง ก้นกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลา (Medulla) โดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

1.4 พยาธิสรีระวิทยาของการบาดเจ็บสมอง

เมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บย่อมทำให้หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมองได้รับอันตรายแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ หนังศีรษะมีหน้าที่ช่วยป้องกันและลดอันตรายที่เกิดแก่กะโหลกศีรษะและสมอง โดยอันตรายที่เกิดแก่หนังศีรษะ มี 3 ชนิดดังนี้

1.4.1.1 หนังศีรษะบวมช้ำ (Skull contusion) เป็นการชอกช้ำที่หนังศีรษะชั้นนอกจากแรงกระแทกโดยตรงของวัตถุที่ไม่มีคม ปกติแล้วไม่ต้องให้การรักษาก็หายเองได้

1.4.1.2 เกิดก้อนเลือดภายในหนังศีรษะ (Skull hematoma) เป็นการได้รับบาดเจ็บจากวัตถุที่ไม่มีคม กระทำลงบนศีรษะแบบเฉียงๆ หนังศีรษะจะเคลื่อนที่บนกะโหลกศีรษะ ทำให้ emissary vein ฉีกขาดและมีเลือดออกมาขังอยู่ในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของหนังศีรษะ ปกติสามารถถูกดูดซึมและหายได้ใน 2-3 สัปดาห์

1.4.1.3 หนังศีรษะฉีกขาด (Skull laceration) เป็นการฉีกขาดของชั้นเนื้อเยื่อต่างๆของหนังศีรษะทุกๆชั้น บาดแผลที่เกิดจากวัตถุมีคม ขอบแผลมักเรียบ ส่วนบาดแผลที่เกิดจากวัตถุที่ไม่มีคม เช่น สายพานเครื่องจักร ขอบแผลจะกะรุ่งกะริ่งหรือมีหนังศีรษะขาดหายไป บาดแผลที่เกิดขึ้นอาจเป็นบาดแผลสะอาดหรือสกปรกก็ได้ เพราะอาจมีเนื้อตายจากการขาดเลือดมาเลี้ยงและสิ่งแปลกปลอมอยู่ภายในแผล ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอาจเกิดการติดเชื้อตามมาได้

1.4.2 การบาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง มักพบว่ากะโหลกศีรษะแตก ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิดดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

1.4.2.1 กะโหลกศีรษะแตกร้าว (Vault fracture) พบร้อยละ 80 ของกะโหลกศีรษะที่แตกทั้งหมด เกิดจากแรงที่มากกระแทกที่ศีรษะเป็นบริเวณกว้าง ทำให้เกิดรอยแตกหลายลักษณะ ได้แก่ รอยแตกร้าวเป็นเส้น (linear) หรือแตกร้าวเป็นแจกจากศูนย์กลาง (Stellate) หรือแตกเป็นชิ้นเล็กๆ (Comminuted) โดยขอบของรอยแตกไม่ยุบลงไป การแตกร้าวของกะโหลกศีรษะที่ไม่มีหนังศีรษะฉีกขาด (Simple or closed linear skull fracture) อาจเป็นอันตรายต่อ

ผู้ป่วยได้ถ้ารอยแตกผ่านร่องของเส้นเลือด middle meningial artery หรือ dural venous sinus แล้วเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดเหล่านี้ เพราะจะทำให้เกิดก้อนเลือดเหนือเยื่อ dura หรือ ก้อนเลือดใต้เยื่อ dura หรือทั้งสองอย่าง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการที่แสดงว่ามีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะแล้ว ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ เพราะรอยแตกจะเชื่อมติดเองภายใน 2-3 เดือน ส่วนการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะที่รอยแตกมีทางติดต่อกับหนังศีรษะที่ฉีกขาด (Compound or open linear skull fracture) จะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ประสาทส่วนกลางได้ ถ้าสิ่งแปลกปลอม เช่น เศษผมเข้าไปคาอยู่ในบริเวณรอยแตก ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องทำการผ่าตัดเอากะโหลกศีรษะส่วนที่เป็นรอยแตกรวมทั้งสิ่งแปลกปลอมออกให้หมด รวมทั้งมีการล้างแผลให้สะอาดก่อนเย็บปิดแผล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อขึ้น

1.4.2.2 กะโหลกศีรษะแตกยุบ (Depress skull fracture) เกิดจากแรงที่มากกระแทกที่ศีรษะเป็นบริเวณแคบๆ แต่มีความแรงมากจนทำให้กะโหลกศีรษะชั้นในแตกแล้วยุบลงไป ซึ่งอาจมีหรือไม่มี การฉีกขาดของหนังศีรษะร่วมด้วย และขอบกระดูกที่แตกอาจไปตัดเส้นเลือด middle meningial artery และเส้นเลือดที่อยู่บริเวณผิวของสมอง เยื่อ dura หรือที่มลงบนเนื้อสมอง ทำให้เกิดสมองช้ำ เยื่อ dura ฉีกขาด เกิดก้อนเลือดเหนือหรือใต้เยื่อ dura หรือภายในเนื้อสมอง ผู้ป่วยที่มีกะโหลกศีรษะแตกยุบและมีทางติดต่อกับหนังศีรษะที่ฉีกขาด (Compound or open depress skull fracture) มีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อบริเวณกะโหลกศีรษะ (Osteomyelitis) หรือมีการติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลางได้สูง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และฝีในสมอง เป็นต้น จากการทำเยื่อ dura ฉีกขาด และบาดแผลถูกปนเปื้อนด้วยเชื้อจุลชีพที่ติดมากับสิ่งแปลกปลอมหรือสิ่งสกปรก เช่น เศษดิน หิน ทราช หรือได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง เช่น มีการผ่าตัดเอาขอบแผลที่สกปรกหรือเนื้อตายรวมทั้งเศษกระดูก และสิ่งแปลกปลอมที่ฝังลึกในเนื้อสมองออกไม่หมด

1.4.2.3 ฐานกะโหลกศีรษะแตก (Basilar skull fracture) พบประมาณร้อยละ 19-20 ของการแตกของกะโหลกศีรษะทั้งหมด และพบร้อยละ 4 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดจากแรงที่มากกระแทกรุนแรงมาก แล้วขยายลงไปถึงฐานของกะโหลกศีรษะ ซึ่งทำให้เกิดรอยแตกผ่าน cribriform plate, ethmoid sinus, frontal sinus, sphenoid sinus และมีการฉีกขาดของเยื่อ dura และเยื่อแรคนอยด์ ทำให้มีน้ำไขสันหลังรั่วออกทางจมูก และถ้ารอยแตกผ่านกระดูก Petrous pyramid และเยื่อแก้วหูฉีกขาดจะมีน้ำไขสันหลังรั่วออกทางหู การฉีกขาดของเยื่อ dura และเยื่อแรคนอยด์ ทำให้เกิดช่องติดต่อยุ่ระหว่างช่องว่างใต้เยื่อแรคนอยด์กับหูชั้นกลาง ท่อยูสเตเชียน และไซนัสที่อยู่รอบๆโพรงจมูก (Perinatal sinuses) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้เชื้อประจำถิ่นที่มาอาศัยอยู่บริเวณเหล่านี้ผ่านสู่ระบบประสาทส่วนกลางได้ง่าย แล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบตามมา การรั่วของน้ำไขสันหลังออกทางจมูกหรือหูมักพบภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากได้รับบาดเจ็บ และถ้าให้ผู้ป่วยนอนราบอยู่กับเตียง น้ำไขสันหลังที่รั่วจะหยุดเองภายใน 1-2 สัปดาห์ ใน

รายที่มีน้ำไขสันหลังรั่วนานมากกว่า 2 สัปดาห์ แพทย์มักทำการผ่าตัดเข้าไปปิดรูรั่ว นอกจากนั้น การแตกของฐานกะโหลกศีรษะยังทำให้เส้นประสาทของสมองได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยอาจมีการรับกลิ่นเสียไป (Anosmia) ไบหน้าเบี้ยว หูหนวก หรือตาบอดได้

1.4.3 การบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งเกิดจากสมองได้รับบาดเจ็บโดยตรงแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1.4.3.1 สมองได้รับความกระทบกระเทือน (Cerebral concussion) เป็นการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยจะหมดสติหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นเวลาประมาณ 10 นาที แล้วฟื้นคืนสติโดยไม่มีอาการผิดปกติทางหน้าที่ของระบบประสาท และไม่พบพยาธิสภาพของเนื้อสมอง แต่ผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (Amnesia)

1.4.3.2 สมองช้ำ (Cerebral contusion) สมองมีลักษณะช้ำอาจเป็นหย่อมเล็กๆหรือมีพื้นที่ขนาดใหญ่ ลักษณะผิวหรือเนื้อของสมองมีสีคล้ำแต่เยื่อหุ้มสมองไม่ฉีกขาด เนื้อสมองที่ช้ำจะทำให้เส้นเลือดในสมองขยาย แล้วเกิดสมองบวมตามมา ถ้าสมองช้ำมีขนาดใหญ่มากหรือมีการบวมโดยรอบอาจทำให้เกิดภาวะสมองยื่นไปกดแกนสมองได้

1.4.3.3 เนื้อสมองฉีกขาด เนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมองมีการฉีกขาดเป็นพื้นที่เล็กๆ หรือมีการฉีกขาดมากในบริเวณที่ถูกแรงกระแทกโดยตรง รวมทั้งมีบาดแผลฉีกขาดบริเวณหนังศีรษะและมีการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย

1.4.4 การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดในสมอง ทำให้เกิดการตกเลือดในโพรงกะโหลก (Intracranial hemorrhage)

1.4.4.1 การเกิดก้อนเลือดเหนือเยื่อ dura (Epidural hematoma) เป็นก้อนเลือดที่เกิดขึ้นในชั้นที่อยู่ระหว่างด้านในของกะโหลกศีรษะบริเวณขมับ ผ่านร่องของเส้นเลือดแดง ทำให้เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด middle meningeal artery ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 15-20 นาที เพราะก้อนเลือดมีขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็วจากแรงดันของเส้นเลือดแดง บางครั้งอาจเกิดจากการแตกยุบของกะโหลกศีรษะผ่านร่องของเส้นเลือดดำ dural venous sinus ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทเกิดขึ้นช้าเนื่องจากเป็นการฉีกขาดของเส้นเลือดดำ ผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดเหนือเยื่อ dura ร้อยละ 30-60 จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

1.4.4.2 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อ dura (Subdural hematoma) เป็นก้อนเลือดที่เกิดขึ้นระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้น dura และชั้นเพีย มักเกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงเส้นเลือดดำบริเวณผิวของสมองกับ venous sinus หรือเกิดจากก้อนเลือดภายในสมองขยายเข้าไปในช่องว่างใต้เยื่อ dura ชั้นที่อยู่ก่อนเลือดอาจมีขนาดใหญ่แม้ว่าจะเกิดจากเส้นเลือดดำซึ่งมีแรงดันเลือดต่ำก็ตามการเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อ dura แบ่งออกได้เป็น 3 แบบดังต่อไปนี้

1.4.4.2.1 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มอย่างเฉียบพลัน

(Acute Subdural hematoma) เลือดส่วนใหญ่จะไหลออกมาจากเส้นเลือดแดงหรือจากร่องของเส้นเลือดขนาดใหญ่ อีกทั้งอาจมีเนื้อสมองซ้ำและบวมร่วมด้วย ทำให้มีอาการรุนแรงมากและเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ

1.4.4.2.2 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มก่อนข้างเฉียบพลัน

(subacute Subdural hematoma) ผู้ป่วยอาจมีอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ ภายหลัง 2 วันถึง 2 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บ

1.4.4.2.3 การเกิดก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มเรื้อรัง (Chronic subdural hematoma)

มักพบในผู้ป่วยสูงอายุ เกิดจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง ทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงเส้นเลือดดำที่ผิวของสมองกับ sagittal venous sinus เลือดจะซึมออกมาข้างในชั้นใต้เยื่อหุ้มแล้วเพิ่มขนาดทีละน้อย ต่อมาจะสร้างผนังมาหุ้มก้อนเลือดไว้ ก้อนเลือดที่อยู่ภายในจะมีการขยายตัวในน้ำและมีขนาดใหญ่ขึ้น ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการของความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง เพราะผู้ป่วยสูงอายุจะมีช่องใต้เยื่อหุ้มกว้างเนื่องจากสมองเหี่ยว แต่เมื่อก้อนเลือดมีขนาดใหญ่จนสมองไม่สามารถแทนที่ได้ จะทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงและเกิดภาวะสมองยื่นตามมา ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะภายหลัง 2 สัปดาห์ขึ้นไปหลังการบาดเจ็บ

1.4.4.3 การเกิดก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral hematoma)

เป็นก้อนเลือดที่เกิดขึ้นภายในเนื้อสมอง มักพบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองชนิดที่ไม่มีบาดแผลบริเวณหนังศีรษะที่ติดต่อกับรอยแตกของกะโหลกศีรษะ หรือจากการถูกกระสุนปืนแล้ว เกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดเล็กๆภายในเนื้อสมองส่วนใหญ่เกิดในบริเวณเนื้อสมองส่วนสีขาวของสมองกลีบหน้าและกลีบข้างและมักเกิดร่วมกับการมีสมองซ้ำ ร่วมกับการมีก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มและการบาดเจ็บที่รุนแรงที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมอง

1.4.4.4 การเกิดเลือดออกในช่องว่างใต้เยื่อแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage)

เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงระหว่างผิวของสมองและ venous sinus เลือดจะกระจายอยู่ในน้ำไขสันหลังและไม่จับตัวเป็นก้อน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองระคายเคืองและความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพราะเม็ดเลือดแดงจะไปอุดรูที่ arachnoid granulation ทำให้น้ำไขสันหลังถูกดูดซึมได้ไม่ดี ถ้าเลือดออกไม่มากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจะเป็นอยู่ระยะหนึ่งเท่านั้น แล้วจะกลับคืนสู่ภาวะปกติโดยไม่ต้องให้การรักษา ระยะต่อมากการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงในน้ำไขสันหลัง จะทำให้เกิดการระคายเคือง

ต่อเยื่อแรคนอยด์และเกิด communicating hydrocephalus ซึ่งต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

1.5 ชนิดและการแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง

1.5.1 ชนิดของการบาดเจ็บสมอง แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ แบ่งตามชนิดของอุบัติเหตุต่อศีรษะและสมอง แบ่งตามความรู้สติของผู้ป่วยเป็นหลัก (ราตรี สุดทรง และวีรัชย์ สิงหนิยม, 2545)

1.5.1.1 แบ่งตามชนิดของอุบัติเหตุต่อศีรษะและสมอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.5.1.1.1 บาดเจ็บชนิดปิด (closed head injury) ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุแล้วไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะที่ลึกถึงเนื้อสมอง ซึ่งมักเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ถูกรถชน ตกจากที่สูง ตกรถ เป็นต้น

1.5.1.1.2 บาดเจ็บชนิดเปิด (open head injury) ได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม เช่น มีด ขวาน ถูกยิง ถูกแทง สะเก็ดระเบิด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงแตกต่างกันออกไป ตั้งแต่หนังศีรษะจนถึงเนื้อสมอง

1.5.1.2 แบ่งตามความรู้สติของผู้ป่วยเป็นหลัก

1.5.1.2.1 การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเบา (mild head injury) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้สติดี สามารถทำตามคำสั่งและโต้ตอบคำถามที่แพทย์ผู้ตรวจเข้าใจได้

1.5.1.2.2 การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ หรือโต้ตอบคำถามที่แพทย์ผู้ตรวจเข้าใจได้

1.5.2 การแบ่งระดับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (จเร ผลประเสริฐ, 2541)

1.5.2.1 การบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (primary brain injury) จะเกิดขึ้นทันทีที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้เกิดการฟกช้ำต่อเนื้อสมองเกิดการฉีกขาดหรือเกิดร่วมกันก็ได้ คือ local brain damage หมายถึง การบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บอาจเกิดจากการถลอกหรือการชอกช้ำ อากาศอาจพบเพียงมีเลือดออกเล็กน้อย ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นเพีย (pia mater) หรือเลือดออกอาจขยายเข้าไปกดเนื้อสมอง ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมองโดยรอบและเนื้อสมองบวมได้ ชนิดที่สอง คือ polar brain damage เกิดจากแรงซึ่งทำให้เนื้อสมองเกิดการเคลื่อนที่ภายในกะโหลกศีรษะ เมื่อเกิดการเคลื่อนที่แล้วหยุดลงทันทีทันใด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจเกิดได้ในหลายตำแหน่งของสมอง ชนิดสุดท้ายของการบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ คือ diffused brain damage เกิดจากแรงเสียดสี (swirling shear forces) ทำให้เกิดการฉีกขาดของแอกซอน (axon) จำนวนมากอาจพบหรือไม่พบว่ามีการทำลายเฉพาะที่ ผู้ป่วยอยู่ในระยะหมดสติชนิดลึก

(deeply comatose state) ตอบสนองต่อการกระตุ้นการเจ็บปวด พบว่ามีการเหยียดแขนขาในลักษณะที่ผิดปกติและผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (vegetable state)

1.5.2.2 การบาดเจ็บสมองทุติยภูมิ (secondary brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บปฐมภูมิทำให้อาการต่างๆเลวลงอย่างรวดเร็ว เช่น ก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ สมองบวม สมองขาดเลือด นอกจากนี้บางสภาวะที่ทำให้เกิดจากการบาดเจ็บ ในระยะที่ 2 อีก เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์สูง ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ การเคลื่อนที่ของเนื้อสมองภายในกะโหลกศีรษะ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง

แบบประเมินคะแนนของ Glasgow coma scale (Teasdale และ Jennett, 1981) โดยประเมินจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ประกอบด้วย การลืมตา การพูด และการเคลื่อนไหว ดังนี้

Eye opening (E) Spontaneous ให้ 4 คะแนน to speech ให้ 3 คะแนน to pain only ให้ 2 คะแนน No eye opening ให้ 1 คะแนน

Best motor response (M) Obey commands appropriately ให้ 6 คะแนน Localizes to pain stimulation ให้ 5 คะแนน Withdraws from pain stimulation ให้ 4 คะแนน Abnormal flexion response ให้ 3 คะแนน Abnormal extension response ให้ 2 คะแนน No motor response ให้ 1 คะแนน

Best verbal response (V) Oriented และ appropriate ให้ 5 คะแนน Confused conversation ให้ 4 คะแนน Inappropriate words ให้ 3 คะแนน Incomprehensible ให้ 2 คะแนน No verbal response ให้ 1 คะแนน

ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง มีคะแนนรวม 15 คะแนนแบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 13 -15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บสมองเล็กน้อย (Minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อย สับสนเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจะหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับบาดเจ็บ

ระดับ 9 -12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บสมองปานกลาง (Moderate head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับ

ความเจ็บปวด ทำตามคำสั่งหรือคำตอบง่ายๆได้ถูกต้องแต่ใช้เวลานานกว่าปกติ อาจมีเพียงการเคลื่อนไหวหรือความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ผู้ป่วยมักหมดสติหลังจากการที่ได้รับความเจ็บ

ระดับ 3 – 8 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บสมองอย่างรุนแรง (Severe head injury) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็น คำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด งอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติหรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

1.6 ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540; รัมภ์รดา อินทร, 2539; Hicky, 2003; Warden, Salazar, Martin, Schwab, Coyle และ Walter 2000) ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองนั้น จะส่งผลทั้งต่อบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและสมาชิกครอบครัวของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจะส่งผลกระทบเล็กน้อยแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2540) ทำการศึกษาผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ความผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านการรู้คิด ด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะดังนี้

1.6.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

1.6.1.1 ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว หากการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับนั้นทำให้เกิดอันตรายต่อสมองใหญ่ทั่วๆ ไป (Cerebral cortex) หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนของก้านสมองในส่วนควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Brain stem reticular formation) จะส่งผลให้บุคคลมีอาการหมดสติ ซึ่งในภาวะนี้บุคคลจะไม่มี การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆกัน หรือไม่มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม โดยอาจจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆกัน หรือไม่ตอบสนองเลยแล้วแต่ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปมาน้อยเพียงใด (รัมภ์รดา อินทร, 2539)

1.6.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะเฉียบพลันจะไม่เห็นผลกระทบทางด้านจิตสังคมเด่นชัดนัก เนื่องจากความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวและไม่สามารถกระทำบทบาทเป็นบิดา / มารดา หรือบทบาทการเป็นสามี / ภรรยาบทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตลอดไป ในสถานการณ์เช่นนี้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.6.1.3 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การบาดเจ็บสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (Hicky, 2003) แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะไม่สามารถฟื้นฟูเป็นปกติเหมือนเดิมได้ทุกราย ส่วนใหญ่ยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ ประกอบกับการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจตามมา Warden, Salazar, Martin, Schwab, Coyle และWalter (2000) พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในประเทศอังกฤษ ประมาณมากกว่า \$ 37 ล้านในแต่ละปี

1.6.2 ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิต แต่ไม่สามารถฟื้นฟูจนเป็นปกติ มักมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจหลงเหลืออยู่ จะส่งผลกระทบในระยะยาว ดังนี้

1.6.2.1 ความบกพร่องทางด้านร่างกายเป็นผลจากการบาดเจ็บสมอง ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมอง ในส่วนที่ได้รับบาดเจ็บเสื่อมตามไปด้วย เกิดปัญหาการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว อาจมีอัมพาตหรือมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองต้องนอนนิ่งอยู่กับที่ และไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ จากการศึกษาของ Hickey (2003) พบว่า ผลจากการบาดเจ็บสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญาและความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะรู้จักตัดสินใจ และกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างจงใจและมีเป้าหมาย มีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัวทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

1.6.2.2 ความบกพร่องทางการคิดและสติปัญญา การบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่มิผลกระทบต่อด้านการคิดรู้ และสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรู้คิด ทำให้ขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่คิดหรือตัดสินใจกระทำกิจกรรมอย่างจงใจ และมีเป้าหมายในการสนองความต้องการการดูแลได้

1.6.2.3 พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้าน การยึดผูก ปั่นเตียง ดึงสายหรือท่อต่างๆ ออกจากร่างกาย

1.6.2.4 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม การบาดเจ็บที่สมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ไม่ค่อยอดทน ขี้รำคาญ หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงควบคุมตนเองได้ลดลง มีพฤติกรรมที่ยึดตนเองเป็นหลัก ไม่ยืดหยุ่น

1.6.2.5 ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จากการบาดเจ็บที่สมองเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยเฉพาะเมื่อการบาดเจ็บนั้นรุนแรง สามารถก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับโครงสร้างภายในครอบครัวได้มากที่สุดอย่างหนึ่ง ทำให้บทบาทของผู้ป่วย

และสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป เมื่อผู้ป่วยมีความพิการหรือรอยโรคที่หลงเหลือทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากเคยสามารถกระทำบทบาทบิดามารดา หรือบทบาทการเป็นสามีภรรยา บทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัวไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพเดิมได้ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เช่นเดิม (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.7 ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อครอบครัว

ในระบบครอบครัวสมาชิกของครอบครัวทุกคนต่างก็มีความรักความผูกพัน มีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบกระทำต่อกันดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการยืนยันว่า ถ้าสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจะมีผลต่อสมาชิกคนอื่นๆด้วย การบาดเจ็บทางสมองถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยเช่นกัน โดยผลกระทบที่มีต่อครอบครัวนั้น อาจจะเท่ากับหรือมากกว่าผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ป่วย (อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541) เนื่องจากการบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งในระยะเฉียบพลันและในระยะยาว จากการศึกษาของ Jennett (1981) พบว่าอัตราการฟื้นหายจากการบาดเจ็บสมอง โดยไม่หลงเหลือความพิการไว้มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น ผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการ หรือมีความบกพร่อง ซึ่งอาจจะมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย (physical impairment) สติปัญญา (cognitive impairment) หรือการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (behavioral change) ความบกพร่องหรือการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อโครงสร้างหน้าที่ บทบาทของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกคนหนึ่งคนใด หรือหลายคนในครอบครัวอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จากการศึกษาสามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บสมอง ที่มีต่อครอบครัวแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะดังนี้ (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540: Acom และ Roberts, 1992)

1.7.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บที่สมองเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันไม่มีการเตือนล่วงหน้า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจึงไม่มีเวลาในการเตรียมพร้อมที่จะพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ ผลกระทบสำคัญที่สมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญ คือปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจสมาชิกในครอบครัวอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่สมองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกช็อกกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด เครียดและวิตกกังวลเป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของการบาดเจ็บสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนหรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ บางรายอาจไม่รู้สีกตัวมีการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม บางราย

มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือบางรายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้เลย ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับ ประกอบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยไม่รู้ล่วงหน้า ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด และวิตกกังวลเป็นอย่างมาก (DeMeneses และ Perry, 1993) จากการศึกษาของอุบลวรรณ กิติรัตนตระกูล (2542) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จากการบาดเจ็บที่ศีรษะเฉียบพลัน พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการอันดับแรก คือการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของผู้ป่วย และอันดับสุดท้ายคือการให้กำลังใจและการระบายความรู้สึก

1.7.2 ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาว เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ แต่ลักษณะของผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความแตกต่าง จากผลกระทบของโรคเรื้อรังหรือการบาดเจ็บอื่นๆ เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบมีความแตกต่างกัน สามารถสรุปได้ดังนี้ (Kay และ Cavallo, 1994)

1) การบาดเจ็บสมองทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นของสติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และความสามารถของผู้ป่วย

2) ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างถาวร ครอบครัวจำเป็นต้องสร้างแบบแผนและ เป้าหมายใหม่เมื่อมีสมาชิกที่มีความบกพร่องทางสมอง

3) ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นเพศชาย วัยผู้ใหญ่ อายุค่อนข้างน้อยและอยู่ในวัยทำงาน รวมทั้งอาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีปัญหาหลอดเลือดทางสมอง (Stroke) จะพบในวัยสูงอายุ

ผลกระทบจากการบาดเจ็บสมองที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน อาจจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบทบาท หน้าที่หรือความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวนั้นด้วย จากลักษณะของการบาดเจ็บสมองดังกล่าว สามารถสรุปผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อครอบครัว ดังนี้

1.7.2.1 ผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัว ส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวภายหลังจากสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บสมอง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ หรือความพิการของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะโครงสร้างของครอบครัวก่อนได้รับการบาดเจ็บที่สมองด้วย ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมอง รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ

ภายในครอบครัวแทนผู้ป่วยซึ่งได้รับบาดเจ็บสมอง ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน บ่อยครั้งส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดหรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.7.2.2 ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผลของการบาดเจ็บสมองทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจรำคาญและแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (วิศาล คันธรัตน์กุลและภาริส วงศ์แพทย์, 2538) โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยา บิดา มารดา และบุตร ยิ่งผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองมากเท่าใด จะส่งผลให้คู่สมรสหรือสมาชิกคนอื่นๆมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น และความรู้สึกเป็นภาระของคู่สมรสที่ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ระหว่างผู้ดูแลกับบุตรหรือสมาชิกคนอื่นๆ มีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว คู่สมรสจำนวนมากมีการหย่าร้างเกิดขึ้นภายหลังการได้รับบาดเจ็บสมอง เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บสมอง รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลายาวนาน นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วย ยังมีผลต่อสัมพันธภาพกับบุตรหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวอีกด้วย โดยเด็กจะรู้สึกว่าตนเองนั้นไม่ได้รับความอบอุ่นเหมือนเช่นเดิม (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.7.2.3 ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในด้านการทำหน้าที่ต่างๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆจะกระทำได้น้อยลง บางรายอาจไม่สามารถทำด้วยตนเองได้และจำเป็น ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งนั้นต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย เช่น การฟื้นฟูสภาพ หรือการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด กิจกรรมหรือภาระต่างๆ เหล่านี้ ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตามแต่ก็เป็นภาระที่หนักหน่วงต้องใช้เวลา และพลังงานอย่างมาก (รัมภรดา อินทร, 2540; วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546; Marsh, Kersel และHavill,1998) รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควร ต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลง หรือแม้แต่จะต้องลดบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำอยู่ตามปกติให้น้อยลง ผู้ดูแลบางรายอาจไม่มีโอกาสไปทำบทบาทหน้าที่เดิมหรือต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล จะพบได้ทั้งในเรื่องการใช้เวลา หน้าที่การงาน กิจกรรมทาง

สังคม การมีอิสระ เวลาเป็นส่วนตัวหรือแม้แต่การดูแลสุขภาพของตนเอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.7.2.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การบาดเจ็บสมองเป็นสาเหตุสำคัญอย่างมากที่มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง เนื่องมาจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ และระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่หลงเหลือความพิการไม่สามารถกลับไปทำงาน เพื่อนำมาซึ่งรายได้เช่นเดิมก่อนที่จะได้รับการบาดเจ็บสมอง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงาน หรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม (Kreutzer, Marwitz และ Kepler, 1992) ดังนั้นการบาดเจ็บสมองมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวไม่มากนักน้อย การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียด และวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดา มารดาหรือผู้ที่รับผิดชอบ และหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

1.7.2.5 ผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจและสังคม ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ และสังคมของสมาชิกในครอบครัว ในระยะยาวได้เช่นเดียวกับผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความเกี่ยวพันกันกับผลกระทบด้านอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วย ที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองเกือบทุกๆด้าน ในการดำรงชีวิตจะพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรู้สึกเป็นภาระและเกิดภาวะเครียด ครอบครัวของผู้บาดเจ็บสมองจึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและมีการปรับตัวที่ผิดปกติจึงมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ของผู้บาดเจ็บสมอง

1.8 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

หลักสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ การดูแลโดยการเฝ้าระวังและปกป้องทางเดินหายใจ การไหลเวียนโลหิต โภชนาการ การคงไว้ซึ่งความสมดุลของสารน้ำและอิเลคโตรไลต์ รวมถึงการเฝ้าระวังและปกป้องรักษาไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องยาที่ใช้ในผู้ป่วย การดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคลโดยยึดข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยรวมทั้งข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ไม่รู้สึกตัวในระยะเฉียบพลันมีจุดเน้นในการพยาบาล คือ ค้นหาและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดปริมาตรในสมองเพิ่มขึ้นและส่งผลให้เกิดการเคลื่อนของสมอง รวมถึงสมองขาดเลือดไป

เลี้ยงสมอง การป้องกันการเพิ่มของความดันในกะโหลกศีรษะ ไปถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อ สมองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ ศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลควรใช้ความรู้จากการค้นคว้าวิจัย มาสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลประยุกต์ใช้ร่วมกับกับเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า รวมทั้งการ ปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความรู้ที่พิสูจน์ได้มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย (Barker, 2002)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยทั่วไปมีดังนี้

1.8.1 การป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การลดปัจจัยที่ทำให้ ความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น การส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่าง เพียงพอ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะที่มีความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง การ พยาบาลที่สำคัญ คือ การประเมินอาการทางระบบประสาททุก 1-4 ชั่วโมง การเปลี่ยนแปลงของรู ม่านตา การเคลื่อนไหวลูกตา การเคลื่อนไหวแขนขา การรับรู้ความรู้สึกหรือสัญญาณชีพ ถ้ามีอาการ การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพผู้ป่วยจะมีเวลาเพียงเล็กน้อยที่จะช่วยให้ฟื้นกลับคืนปกติ (Barker, 2002; Namerow, 1987) การจัดทำและการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยนอนลำตัวและศีรษะ อยู่ในแนวตรงเสมอ นอนท่าราบหรือศีรษะสูง 15-30 องศา ห้ามนอนในท่าที่ทำให้สะโพกงอ (Hipflex) มากกว่า 90 องศา (ทิพพาพร ดั่งอำนาจ, 2541; พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker, 2002) การลดไข้เนื่องจากภาวะไข้เป็นปัญหาสำคัญการมีไข้สูงเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียสทำให้ ร่างกายมี Metabolism สูงขึ้นถึงร้อยละ 10 และต้องใช้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น และการทำ หน้าที่ของสมองจะเสียไป เนื่องจากการบาดเจ็บของสมองบริเวณ Hypothalamus หรือบริเวณ ใกล้เคียงทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับอุณหภูมิได้การมีอุณหภูมิร่างกายสูงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือด มายังสมองมากขึ้นเป็นผลให้มีความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (ทิพพาพร ดั่งอำนาจ, 2541)

1.8.2 การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจน อย่างเพียงพอกับความต้องการ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจนและลดการคั่ง ของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การดูแลให้ได้รับออกซิเจนบำบัดอย่าง เหมาะสม พร้อมทั้งมีการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อสมองพร่องออกซิเจน เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางระบบประสาทไปในทางที่แย่ง การดูแลทางเดินหายใจให้ โล่ง โดยการดูดเสมหะอย่างถูกต้องและเหมาะสม การจัดทำศีรษะสูง 30-45 องศา และการทำการ กายภาพบำบัดตรวจออกเพื่อส่งเสริมการขับเสมหะ (ทิพพาพร ดั่งอำนาจ, 2541)

1.8.3 การจำกัดสารน้ำ ในระยะแรกของการบาดเจ็บ และในขณะที่ยังมีสมองบวม

การจำกัดน้ำจะทำให้หน้าอกเซลล์ลดลง ทำให้ความดันในภายในโพรงกะโหลกศีรษะลดลง ตรวจดูอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทุก 1-2 ชั่วโมง ให้ได้ในอัตราที่กำหนด บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกพร้อมทั้งประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ตลอดจนลักษณะการเต้นของหัวใจอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมงหรือตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547; Barker, 2002)

1.8.4 การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บสมองมีความต้องการพลังงานสูง แต่กลับได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากระดับการรู้สติลดลง การกลืนลำบาก ในผู้ป่วยที่อาจมีอาการกลืนอาหารลำบาก จะต้องประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยก่อนการให้อาหารครั้งแรกต้องให้ด้วยความระมัดระวัง มักเริ่มด้วยการลงจิบน้ำเล็กน้อย ถ้ามีอาการสำลัก อาจจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางทางจมูกไปสักระยะหนึ่ง การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก ต้องดูแลให้ได้ตามปริมาณและเวลาที่กำหนด (พรนิภา เอื้อเบญจพล, 2547)

1.8.5 การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดพบได้ภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหรือภายหลังเลือดออกในสมอง เนื่องจากมีการดึงรั้งหรือระคายเคืองต่อเส้นประสาทของหนังศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง หลอดเลือดใหญ่ของสมอง ควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ร่วมกับการแก้ไขสาเหตุของอาการปวด เช่น ลดภาวะสมองบวม ทำผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก

1.8.6 การพยาบาล เพื่อการขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยมักมีอาการปัสสาวะราด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) หรือมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ (Retention) ใน 1-2 วันหลังผ่าตัด แพทย์อาจใส่สายสวนคาปัสสาวะช่วยไม่ให้มีการคั่งค้างของปัสสาวะ ในส่วนของการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องผูก จากการเคลื่อนไหวน้อย ได้รับน้ำน้อย และได้รับสารอาหารที่มีกากน้อย ควรช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายตามระดับความสามารถ และถ้าไม่อุจจาระ 3-4 วัน ควรให้ยาระบายตามความเหมาะสม

1.8.7 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมอง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวแขนขาอ่อนแรง หรืออาจรุนแรงถึงขั้นที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานจัดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับตามมาได้ พยาบาลสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้โดยการใช้ฟองน้ำหรือที่นอนลมปูรองนอนให้แก่ผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และการรักษาความสะอาดของผิวหนัง

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยบาดเจ็บสมองนั้นส่งผลให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยอย่าง

ต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึงมีความจำเป็นอย่างมากในการพึ่งพาผู้ดูแล

2.1 ความหมายของผู้ดูแล (Caregiver, Informal Caregiver or Family Caregiver)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้านหรือบุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลโดยการช่วยเหลือที่ให้นั้นจะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (Davis, 1992)

ผู้ดูแล ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 หมายถึง ผู้เอาใจใส่ ปกป้องรักษาและปกครอง

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เวลาอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (นันทพร ศรีนิม, 2544)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย และเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บศีรษะในขณะที่อยู่ที่บ้านมากที่สุดอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างประจำและเป็นการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเป็นรายแรก (จรรยา กฤตยาวรรณ, 2546)

สรุปว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตรหรือญาติพี่น้อง ไม่นับรวมถึงผู้รับจ้างดูแลที่ให้การช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เรื่องความเป็นอยู่และช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

ปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ได้จำแนกผู้ดูแลตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล ไว้ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพพิทักษ์ส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวข้องกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2546) ได้แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้ คือ

1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal cares / caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากวิชาชีพหรือผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล (Health Care Worker) รวมทั้งผู้ดูแลที่ได้รับจ้างมาจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal cares หรือ "Carer" หรือ "Caregiver") หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง (Family caregivers) เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

Lubkin (1986 อ้างในสุจิตรา เหลืออมรเลิศ, 2527) ได้จำแนกผู้ให้การดูแลไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะของกิจกรรมการดูแล ได้แก่

1. ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider) เป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้านร่างกาย ส่วนบุคคลตามความต้องการของผู้สูงอายุซึ่ง มักยึดติดกับแบบแผนการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว ให้อาตามเวลา เป็นต้น

2. ผู้จัดการดูแล (Care manager) เป็นผู้จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการและการสนับสนุนต่างๆ อย่างดีที่สุด และอาจช่วยตอบแทนตามความต้องการ ทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้จำแนกญาติผู้ดูแลที่บ้านตามลำดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. Primary Caregiver หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2. Secondary Caregiver หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแล

ผู้ป่วยแทน Primary Caregiver เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็นหรือเป็นผู้ช่วยของ Primary Caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

สรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแล หมายถึงบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนและการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

2.3 แนวคิดการดูแล

จากการศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิดเรื่องการดูแล โดย วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิมพานิช (2537) ได้แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลไว้ 5 ทศนะ ได้แก่

1. การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน ลักษณะเฉพาะตัวของตัวบุคคลและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้น
2. การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรมภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นใจ การอ่อนโยนให้กำลังใจ จะพบมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน
3. การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้ การดูแลพัฒนาขึ้นในบุคคลมี 4 ระยะ คือ ความผูกพัน ความพยายามที่จะใกล้ชิด การปกป้องและการแสดงยืนยันความห่วงใย ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 4 ระยะนี้ จะไม่ถือว่าเป็นการดูแล
4. การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด
5. การดูแลเป็นการปฏิบัติการ เพื่อเป็นการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทศนะนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น และมีความรู้ ความเข้าใจในการประสานงาน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แนวคิดการดูแลเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของมนุษยชาติ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความจำเป็นและความผูกพันต่อผู้ที่ต้องดูแล

2.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการเป็นผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ มีดังนี้

2.4.1.ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เนื่องจากผู้ดูแลบางคนอาจทุ่มเทแรงกายแรงใจดูแลผู้ป่วย จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม ปัญหาทางร่างกายที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ คือ

2.4.1.1 ปวดหลัง (Backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกายอื่น เนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และเกินกำลังของตัวเอง ปัญหาปวดหลังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุมาจากความเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาวะที่ผู้ดูแลรับใช้นั้นนับวันยิ่งมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภวะนั้นๆ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543)

2.4.1.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาในการนอนหลับ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อน เพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการมึนงงหงุดหงิดไม่ไหวง่าย ส่งผลให้กระทบต่อการให้การดูแลได้เช่นกัน

2.4.1.3 มีปัญหาทางสุขภาพมากขึ้น (increase health problem) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด ทานยาไม่เป็นเวลา ทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆเพิ่มขึ้น

2.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจมักเป็นปัญหา ซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2537) ได้กล่าวว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมีความเครียดสูงกว่าคนในวัยเดียวกัน นอกจากนี้ความเครียดยังอาจเกิดจากความคลุมเครือในบทบาท อันเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล หรือไม่อาจจะจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ผู้ดูแลอาจรู้สึกถูกคุกคาม เกิดความเบื่อน่าย ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ รู้สึกว่าชีวิตตัวเองไร้ค่า ไม่มีใครเข้าใจตนเอง อ่างว้างโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลบางคนต้องการออกจากบ้านเพื่อพักผ่อนบ้าง หรืออาจเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา ดังนั้นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จึงเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหานี้

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2546) ได้กล่าวถึง ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนี้

1) อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของคนที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำ

กิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

2) ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจรู้สึกโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดกับจากการกระทำของตัวเองภายหลัง

3) ความโกรธ (anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

4) ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) ผู้ป่วยที่มีปัญหาสมองเสื่อม นอกจากมีปัญหาด้านความจำแล้วยังมีปัญหาทางพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้เกิดความอับอายได้

5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคมทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

2.4.3 ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ

นอกจากผลกระทบในด้านร่างกายและจิตใจแล้ว จากการศึกษาพบว่าปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นผลกระทบที่สำคัญเช่นเดียวกัน ซึ่งผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจมีดังนี้คือ

2.4.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลบางรายต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วย เช่นอาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นการทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่

2.4.3.2 รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากการทำงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีกด้วย

2.4.3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านถ้าหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

นอกจากนั้นยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้แบ่งผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 2 ทาง คือ ทางบวกและทางลบ

1) ผลกระทบทางลบ ได้แก่ความรู้สึกโกรธ อุนเฉียวว่าง ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง รู้สึกถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ไม่สามารถวางแผน

อะไรล่วงหน้าได้ มีความขัดแย้งในบทบาทผู้ดูแลที่บ้านกับบทบาทผู้ประกอบอาชีพ รู้สึกสูญเสีย โศกเศร้า ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีเวลาพักผ่อน เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย

2) ความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ความรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเอง และผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง

ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพและสภาวะจิตใจของผู้ดูแลดังกล่าวแล้ว จึงมีคนเรียกผู้ดูแลที่บ้านว่า "Hidden patient" และมีแนวโน้มที่จะทำให้ภาวะสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจตกด้อยลงตามลำดับ ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2543)

2.5 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) มีดังนี้

2.5.1 การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้านพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา การดูแลและวิธีจัดการกับปัญหาต่างๆ แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย อธิบายให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เพิ่มความเครียดกับผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อไปยังผู้ป่วยแนะนำวิธีการปรับสภาพด้านจิตใจขณะให้การดูแลผู้ป่วย

2.5.2 การจัดบริการเพื่อช่วยเหลือให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้เข้าใจอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยเพราะการดูแลผู้ที่ตนรักทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี

2.5.3 ร่วมมือกับญาติในการประเมินหรือคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมจะทำหน้าที่ผู้ดูแล

2.5.4 จัดหาหรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.5.5 การแนะนำแหล่งประโยชน์ที่จัดไว้ สำหรับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัวและมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นๆในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสผ่อนคลายบ้าง

2.5.6 พยาบาลจะต้องสามารถช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแล

2.5.7 ควรมีหน่วยงานรับผิดชอบคอยดูแลติดตามให้การสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ดูแลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลเพิ่มขึ้น

2.5.8 จัดให้มีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการเกื้อหนุนและมีอารมณ์ซึมเศร้า พยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัว

2.5.9 ช่วยประสานแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาลและในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ เช่น บริการดูแลชั่วคราว บริการการดูแลที่บ้าน พยาบาลเยี่ยมบ้าน และโครงการส่งต่อผู้ป่วย

2.5.10 แนะนำผู้ดูแล ให้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติตัวที่จะนำไปสู่ความสุขในการเป็นผู้ดูแล

National Family Caregiver Association U.S.A. (2005) ได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลดังนี้ วางแผนการดูแล ฝึกฝนทักษะในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ ลงมือกระทำ กิจกรรมการดูแลในแต่ละวันให้ลุล่วง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติและวางแผนรับมือกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดูแลสุขภาพของตนเอง พักผ่อนเพียงพอและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หาเวลาว่าง สร้างความเชื่อมั่น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกกับผู้อื่น

บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535) มีดังนี้

1. บทบาทด้านการให้ความรู้ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการศึกษารุ่นนี้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแบบแผนการสอนอย่างมีระบบ ก่อให้เกิดวิธีการสอนอย่างมีระบบในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พยาบาลต้องเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพทั้งในด้านป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับตัวได้ และมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย
2. บทบาทในการเป็นผู้นำ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยแนะนำให้ผู้ดูแลสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ การฝึกโยคะและการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม
3. บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง ต้องสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพของผู้อื่นในทางที่ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเครียด และการดูแลตนเอง การที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายนั้นอาจเป็นเรื่องไม่่ง่ายนัก เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยังขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นพยาบาลเองจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญ ในการที่จะส่งเสริมให้

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม

4. บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา การเป็นที่ปรึกษาเป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่ง ประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญแก่ บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและหน่วยราชการ รวมถึงประชาชนผู้ที่มารับบริการ เพื่อร่วมมือแก้ไข ปัญหาให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาและ เป็นแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในการกระตุ้นให้เห็นผลดีของการเข้าร่วม โปรแกรมและร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อหาแนวทางจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำ กิจกรรมตามโปรแกรมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

5. บทบาทเป็นผู้ประสานงาน เป็นการแสดงบทบาทในการประสานความร่วมมือระหว่าง บุคลากรพยาบาลด้วยกันเองและระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะที่จำเป็นในการ ประสานความร่วมมือ เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะใน การเจรจา เป็นต้น การมีความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพก็เพื่อใช้ความรู้และความ เชี่ยวชาญของแต่ละฝ่าย ในการเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน ในการจัดโปรแกรมที่ฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกายแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพ พยาบาลจะมี บทบาทเป็นผู้มีหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะต่างๆ เพื่อประโยชน์สูงสุด แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

6. บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ ให้การบริการพยาบาลโดยเน้น ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นศูนย์กลาง ผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการ เข้าร่วมโปรแกรมอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องและเท่าเทียม กัน คำนี้ถึงสิทธิของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทุกราย ไม่มีการทำผิดมาตรฐานหรือจรรยาบรรณ วิชาชีพ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะผู้ดูแล

3.1 ความหมายของภาวะผู้ดูแล

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามอธิบายความหมายภาวะการดูแล โดยอาศัยพื้นฐาน ความเชื่อของตนเองและพื้นฐานทางทฤษฎีต่างๆ รายละเอียดดังนี้

Oberst (1990) กล่าวว่า ภาวะเป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแล และความ ยากลำบาก ที่เกิดจากการดูแล และจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง และกิจกรรมอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

Stommel et al. (1990) กล่าวว่า ภาวะ หมายถึง การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลกิจกรรรม หรือสถานการณ์นั้น ก่อให้เกิดความยากลำบากแก่ตนเองใน 5 ด้าน คือ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ด้านผลกระทบต่อสุขภาพและ ด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง

Montgomery Gonyea และ Hooyman (1985) กล่าวว่า ภาวะ เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาวะในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการกระทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีภาระที่จำเป็นในการปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยและขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลาย ๆ ด้านของสมาชิกในครอบครัว 2) ภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล หมายถึง ทักษะคิด ปฏิกริยาทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วย

สรุปภาวะผู้ดูแล หมายถึง ผลของการรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาหรือความยากลำบากในการดูแล ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อปัญหา หรือความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการรับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วยร่วมกับการมองลักษณะของงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบโดยตรง

3.2 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวได้บาดเจ็บที่สมอง สมาชิกในครอบครัวมักรับรู้ว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงก่อให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวทำให้ระบบครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยการบาดเจ็บที่สมองเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้บทบาทสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (Engli และ Farmer, 1993: 78) สมาชิกในครอบครัวบางคนต้องทำหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจาก การบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและการรู้คิด ได้มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 59 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่รอดชีวิตจะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว และร้อยละ 17 อยู่ในขั้นพิการรุนแรงต้องรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีความพิการหลงเหลือ (Snowski และ Ustik, 1994) ผลจากการได้รับบาดเจ็บสมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางกายภาพ (Motor deficit) ประกอบด้วย กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุล ความทนทานลดลง ไม่สามารถวางแผนการเคลื่อนไหว มืออาการสั่น มีปัญหาด้านการกลืน การประสานงานไม่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยความบกพร่องด้านความสามารถ (Functional deficits)

ตามมา ได้แก่ มีความบกพร่องด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ รับประทานอาหาร เป็นต้น และความบกพร่องด้านการรู้คิดโดยผู้ป่วยมักไม่รู้สึกรู้สึกลับ สนทนา สนทนาสนทนา ปัญหาด้านความจำและการลืม ความบกพร่องด้านการแก้ปัญหา การตัดสินใจ ไม่สามารถเข้าใจในแนวคิดที่ลึกซึ้ง สูญเสียการรับรู้เวลาและสถานที่ ลดการรับรู้ต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถรับคำสั่ง 1 หรือ 2 ขั้นตอนได้อย่างต่อเนื่อง และความบกพร่องด้านการรับความรู้สึก (perceptual or sensory deficits) มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การได้ยิน การมองเห็น การรับรส การดมกลิ่นและการสัมผัส สูญเสียการรับความรู้สึก ละเลยการรับรู้ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย มีความบกพร่องด้านความสัมพันธ์ของแขนขากับลำตัว ปัญหาด้านการมองเห็น ได้แก่ มองเห็นภาพซ้อน การมองเห็นภายในระยะจำกัด (สวอนสัน รัตนเลิศ, 2546) ความบกพร่องดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ทำให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะคิดหรือตัดสินใจกระทำอย่างกิจกรรมอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

ความบกพร่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บสมอง ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่มีรอยโรคหลงเหลือ เช่น แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ เป็นต้น กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ทดแทนทุกอย่างในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และในบางครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปปรึกษาต่อที่บ้าน ในสภาพที่ต้องหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจเทียม ให้อาหารทางสายยาง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เป็นต้น Testanin Chappel และ Gueldner (1992) ทำการศึกษาพบว่า การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วยเช่นกัน ทุกปีใน America จะมีผู้ที่เกิดความพิการอย่างถาวรจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยมีประมาณ 2,000 คนที่ถูกทอดทิ้งเนื่องจากภาวะ Vegetative state มีมากกว่า 6,000 คน ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งที่ยังมีภาวะ quadriplegia, paraplegia or hemiplegia และมากกว่า 75,000 คน ที่ต้องดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้ป่วยประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิมมีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลจะเกิดภาวะเครียด ความเหนื่อยล้าหรือเป็นภาระในการดูแล โดยญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการประกอบชีวิตประจำวันและการรักษาที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย ผลคือเวลาสำหรับตนเองในการประกอบอาชีพ เข้าสังคมหรือทำหน้าที่ ตามบทบาทที่ควรรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง ลดลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมชาติเพื่อน และปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการให้การดูแล

ผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) รวมทั้งผลกระทบในระยะยาวที่เกิดจากการบาดเจ็บสมอง คือ การทำหน้าที่ของระบบประสาทที่ผิดปกติของผู้ป่วยและความล้มเหลวของครอบครัว เนื่องการดูแลผู้ป่วยที่เป็นการดูแลที่ซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงภาวะเจ็บป่วยต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน โดยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ครอบครัวอาจต้องเผชิญกับความขัดแย้งและสับสน ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถครอบครัวจะทำได้ ท้ายที่สุดนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ (สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2541) นอกจากนี้ การบาดเจ็บสมองยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่สูง รวมทั้งการสูญเสียรายได้ทั้งจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานหารายได้ให้แก่ครอบครัวได้ และจากการที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยไม่สามารถหารายได้ให้แก่ครอบครัวได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปในการดูแลผู้ป่วย

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระผู้ดูแล

ปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 105 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยกิจกรรมที่รับรู้ว่าเป็นภาระมากที่สุดคือ การจัดการเรื่องการเดินทางของผู้ป่วย รองลงมาคือการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลอิทธิพลโดยตรงต่อภาระการดูแล

พรชัย จูเมตต์ (2540) ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 ราย ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงประนัยและอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาระเชิงประนัยและอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพียงใจ ตีรโพวงศ์ (2540) ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กิจกรรมการดูแล

ด้าน การจัดการเรื่องการเดินทางร่วมไปกับผู้ป่วยมีคะแนนภาวะการดูแลสูงสุด และรองลงมาคือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

Marsh, Kersel และ Havill (1981) ได้ทำการศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ จากภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยรวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและการแยกตัวออกจากสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนัก โดยภาระกิจที่ครอบครัวจะต้องกระทำต่อผู้ป่วย คือ การให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม เพื่อคงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย

Marsh, Kersel และ Havil (1998) ทำการศึกษาถึงการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง 6 เดือนหลังได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจะเกิดความเป็นทุกข์ จากสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยรวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย พฤติกรรม และการแยกตัวออกจากสังคม

Wade, Taylor, Drotar, Stancin และ Yeates (1998) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก จำนวน 189 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นเด็กที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรง 53 ราย ได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางจำนวน 56 ราย และเด็กที่ได้รับบาดเจ็บเกี่ยวกับกระดูกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองมีการรับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบกระดูก

4. แนวคิดการให้ข้อมูล

4.1 ความหมายและความสำคัญของการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้ และสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus และ Folkman, 1984)

การให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง การสอน กระตุ้นและช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมระหว่างดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ให้กับผู้ดูแลให้มีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้ (อกันตรี กองทอง, 2544) นอกจากนี้การให้ข้อมูลด้วยกระบวนการสอนเป็นรายบุคคลนั้นจะกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจในเนื้อหาที่สอน เกิดความเชื่อมโยงประสบการณ์ที่มีอยู่กับสิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่และสามารถโยงสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์ และแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าได้ (รัตนา อยู่เปลา, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเครียดและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.2 องค์ประกอบของข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ตามหลักของ Lori Butcher (cited in McCloskey และ Bulechek, 2000) คือ

1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลผู้ป่วย (Procedure component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงรายละเอียดและขั้นตอนของการรักษา รวมทั้งอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งข้อมูลที่ให้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดรวมทั้งสาเหตุของการเกิดอาการดังกล่าว การบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตัวของผู้ดูแลเองและข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ การพาผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการรักษา ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญและเตรียมเผชิญเหตุการณ์นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Leventhal และ Johnson, 1983)

2) ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึก ที่ผู้ดูแลอาจประสบและความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น โดยลักษณะของข้อมูลจะเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียงและการมองเห็น ภาพเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของเหตุการณ์ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเมื่อเกิดความเครียด การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจได้ เนื่องจากผู้ดูแลมีความสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับที่ได้คาดคิดมา

ก่อน ผู้ดูแลจะแปลความหมายของข้อมูล ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่อย่างถูกต้อง ชัดเจน

3) ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดที่เกิดขึ้นโดยค้นหาความคาดหวังในการรับการรักษาให้ตรงกับความเป็นจริง อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของการดูแลกิจวัตรประจำ วันของผู้ป่วย การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ การพาผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น ให้เวลาในการอธิบายสิ่งที่ผู้ดูแลอยากรู้ ให้คำแนะนำในการปรับตัวเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลคลายความเครียดได้

4.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี (Katz, 1997)

1. การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เป็นการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้าน สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

2. การให้ข้อมูลเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มโดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิดและการปฏิบัติตัวได้

4.4 ข้อคำนึงถึงในการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ได้มีผู้เสนอแนวทางการให้ข้อมูลดังนี้ (Manley, 1988; Stanik, 1990 อ้างในสุธาทิพ เกษตรลักษมี, 2548: 49-50)

- 1) ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล
- 2) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูล และผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำสุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด

- 3) ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น
- 4) มีขั้นตอนของการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก
- 5) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งที่รบกวนขณะให้ข้อมูล

4.5 ผลของการให้ข้อมูลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองและผู้ป่วยจะช่วยบรรเทาความเครียดได้ดังนี้

- 1) เป็นการเพิ่มการรับรู้ของสมองส่วน Thalamus และ Cerebral cortex ซึ่งจะพิจารณาและประเมินการรับรู้ความเครียด ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด อีกทั้งการได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดลง เนื่องจากได้รับความรู้ที่ถูกต้องและกำลังใจ ทำให้มีประสบการณ์การรับรู้ที่ดี ส่งผลให้ความเครียดลดลงได้
- 2) เป็นการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (Preparatory information) จากทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory model) ของ Leventhal และ Johnson (1983) ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจ เป็นข้อมูลเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผล ของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการดูแลรักษา เวลาที่เกิดและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่อธิบายถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องและความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสาธสัมพันธ์ทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น และสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้นๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิด ความรุนแรง ลักษณะระยะเวลา ของความเครียด ซึ่งจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้ และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และข้อมูลที่ได้รับ

คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การบรรเทาความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบำบัดด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน เช่น การปฏิบัติโยคะ การผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์คุกคามจะทำให้ผู้ดูแล สามารถเลือกวิธีการแก้ไข เพื่อบรรเทาความเครียดได้และช่วยให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ (Behavioral control) เมื่อเผชิญเหตุการณ์นั้นๆ

โดยสรุปคือการให้ข้อมูลจะมีผลต่อการรับรู้ที่ระดับของสมอง ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงเมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียด อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวกับเหตุการณ์ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

5. แนวคิดความเครียด

5.1 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและความบกพร่องในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึกและความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพจิตใจและบุคลิกภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนั้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดได้มากกว่า การที่ผู้ป่วยไร้ความสามารถทางกายเพียงอย่างเดียว (Engli และ Farmer, 1993) การบาดเจ็บสมองทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง บางรายอาจไม่สามารถทำด้วยตนเองได้เลยและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วย และยังคงกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลกระทบทางด้านสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรม เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคมได้ดังเดิม (วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิมิพานิช, 2537) และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการสูญเสียทางด้านสังคม มีความสามารถด้านอาชีพการงานลดลง เป็นเหตุของการเกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแล ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน แต่รวมถึงการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงหลงเหลือความพิการ ไม่สามารถกลับไปทำงานเพื่อนำมาซึ่งรายได้ดังเดิม และยังคงพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความท้อแท้ และเครียดมากขึ้น (Acom และ Roberts, 1992) ประกอบกับการที่สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ไม่สามารถออกไปทำงานหรือประกอบอาชีพ เพื่อนำมาซึ่งรายได้ในการหาเลี้ยงครอบครัวก็จะยิ่งทำให้เครียดมากขึ้น (Kreutzer et al., 1992)

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น (Anderson et al., 2002; นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด่วงแพง, 2540) เนื่องจากผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์เหล่านั้นว่าเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถที่จะแก้ไขสถานการณ์ต่างๆเหล่านั้นได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจเป็นทุกข์และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย จากการศึกษาของ Prevost (1997) พบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียด โดยเฉพาะความเครียดในระดับสูงนั้นจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรม ท้องผูก นอนไม่หลับ ใจสั่น และความดันโลหิตสูง รวมถึงการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จากการศึกษาของ นันทวรรณ พุทธวรรณ (2545) พบว่า ร้อยละ 62.7 ของผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองมีความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคนั้นเป็นผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ McLean et al. (1991) พบว่าผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพทางกายถึงร้อยละ 25

5.2 ความหมายของความเครียด มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ ดังนี้

“ความเครียด” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง อาการที่สมองไม่ได้ผ่อนคลายเพราะเคร่งเครียดอยู่กับงานมากเกินไปความเครียด (stress) เป็นคำที่มาจากภาษาลาติน คือ strictus หรือ strict หมายถึง ความกดดัน

กรมสุขภาพจิต (2539) ให้ความหมายว่า ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิดกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้นว่า การใช้กลไกป้องกันตัวเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิดและด้านอารมณ์ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลงและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง

อุดม มาสแสง (2545) ความเครียด หมายถึง ภาวะกดดันหรือคุกคามทางจิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคาม เพื่อปรับให้เกิดภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของความเครียด (Stress) ว่าหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งทรัพยากรในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่ตนเองจะจัดการเผชิญปัญหา หรือรู้สึกว่าคุกคามเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมิน

ความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งทรัพยากร (Resources) ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น โดยผ่านกระบวนการตัดสินใจประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal)

Selye (1996) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ให้ขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโต และความต้องการของมนุษย์ ให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้าง และปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น และเกิดภาวะที่ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล

Belmont (2000) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาพที่คุกคามความผาสุกของบุคคล ทำให้บุคคลมีการใช้ความสามารถในการจัดการอย่างเต็มที่ เกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ปฏิกิริยาการตอบสนองเหล่านี้จะแสดงออกมาในรูปของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ซึ่งนำไปสู่อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สรุปความหมายของความเครียด คือ เหตุการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งทรัพยากรในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่ตนเองจะใช้การเผชิญปัญหาหรือรู้สึกว่าคุณค่าความเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ของผู้ดูแล ผ่านกระบวนการตัดสินใจประเมินด้วยสติปัญญา

5.3 แนวคิดทฤษฎีความเครียด

นักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 ทฤษฎี คือ

1. ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง (Stress as a response) Selye (1976) ให้ความหมายของความเครียด ในลักษณะเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น (Stressor) ซึ่งแนวคิดของทฤษฎีนี้สามารถสรุปได้เป็น 3 ประการ คือ

1. มองว่าการตอบสนองของร่างกายนั้นไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific) มีปฏิกิริยาทุกระบบ (Whole organism) เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome: GAS)

2. ความเครียดเป็นการตอบสนองทางร่างกายเท่านั้น ไม่ใช่ด้านจิตใจ

3. เชื่อว่าสิ่งที่ดีและไม่ดี สามารถเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้

2. ความเครียดเป็นตัวกระตุ้น (Stress as a stimulus) Holm และ Rahe (1967) อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล (2536) เชื่อว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตถือว่าเป็นภาวะเครียดที่ทำให้มนุษย์ต้องมีการปรับตัว บุคคลที่มีเหตุการณ์ต่างๆที่ทำให้ชีวิตต้องมี

การเปลี่ยนแปลงมากจะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้สูง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในทาง บวกและทางลบก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด ได้ เช่นกัน เช่น การแต่งงาน การตั้งครรรค์ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การหย่าร้าง การตกงาน เป็นต้น ดังนั้น ตามทฤษฎีนี้ มองความเครียดว่าเป็นตัวกระตุ้น (Stimulus) หรือเรียกว่า ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการเจ็บป่วย

3. ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

(Transaction model of stress) Lazarus และ Folkman (1984) นักทฤษฎีในกลุ่มนี้ มองความเครียดซึ่งแตกต่างไปจากนักทฤษฎีคนอื่นที่กล่าวมา คือ มองว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกันเป็นปฏิสัมพันธ์ (Stress viewed as transaction) ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ 3 ประการ คือ ความเครียด การประเมินและการเผชิญความเครียด ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นกระบวนการและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มองความเครียดว่าหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินตัดสินว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งทรัพยากรในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เกินกำลังที่ต้องใช้การเผชิญปัญหาหรือ รู้สึกว่าคุกคามเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ของบุคคล โดยผ่านกระบวนการตัดสินประเมินด้วยสติปัญญา

5.4 สาเหตุความเครียด

ภักทพร สุขบุษย (2541) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลกระทบทั่ว ๆ ไป ที่เกิดขึ้น เมื่อมีสิ่งมารบกวน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมี 2 ประการ

1. Non specific stress agent เป็นสาเหตุที่ไม่มีตัวตน มักจะเกิดด้านจิตใจและสังคม เช่น ความวิตกกังวล ความกดดันจากสังคม การสูญเสีย ความล้มเหลว การคับข้องทางจิต สาเหตุประเภทนี้ จะเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้เกิดความเครียดได้มาก

2. Specific stress agent เป็นสาเหตุที่จำแนกได้ชัดเจน มีตัวตน ได้แก่ ทางฟิสิกส์ เช่น การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ แสง เสียง เป็นต้น ทางเคมี เช่น ได้รับสารพิษ หรือได้รับพิษสัตว์ เป็นต้น ทางจุลินทรีย์ เช่น การมีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย เป็นต้น และทางชีวภาพ เช่น ภาวะเสียสมดุลในร่างกาย

5.5 ระดับความเครียด

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความรุนแรงที่บุคคลรู้สึกหรือรับรู้ได้จากสถานการณ์ที่มาคุกคาม (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพมาศ ตาปัญญา, 2542) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild stress) หมายถึง ความเครียดขนาดน้อยๆ และหายไปในระยะเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์สำคัญในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะของความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (High stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้น ถือว่า อยู่ในเขตอันตรายหากไม่ได้รับการบรรเทา จะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ห้อแท้ หดแรงแง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคร้ายต่างๆตามมาได้ง่าย

5.6 ประเภทของความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น สงคราม แผ่นดินไหว พายุ อุทกภัย

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางส่วน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่สำคัญ เช่น การถูกออกจากงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง การคลอดบุตร การตายของบุคคลใกล้ ชิด ซึ่งความเครียดชนิดนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ

3. ความยุ่งยากประจำวัน (Daily hassle) เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อย ๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นตัวก่อความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจราจรติดขัดทำให้ไปทำงานสาย การโต้เถียงกับคู่สมรส เป็นความเครียดที่เป็นเรื่องเล็กน้อย แต่ทำให้เกิดความทุกข์ได้

Sheridan และ Radmacher (1992) แบ่งความเครียดเป็น 3 ประเภท เหมือนกับ Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งไว้ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือความหายนะ (Cataclysmic stressor) เป็นเหตุ การณ์ที่เกิดขึ้นกับคนจำนวนมาก หรือชุมชนทั้งหมดในเวลาเดียวกัน ไม่สามารถทำนายได้ ทำให้เกิด ผลกระทบที่มีอำนาจมากและต้องการการจัดการที่มีคุณภาพ เช่น ภัยธรรมชาติ สงคราม การถูกให้ออกจากงานพร้อมกันจำนวนมากซึ่งการช่วยเหลือของรัฐบาล ประชาคมหรือชุมชนจะทำให้การจัดการความเครียดชนิดนี้มีผลก็ได้

2. ความเครียดส่วนบุคคล (Personal stressor) เป็นความเครียดที่มีผลกระทบต่อเฉพาะบุคคล อาจไม่สามารถทำนายได้หรือทำนายได้แต่ทำให้เกิดผลกระทบที่อำนาจมากและต้อง การการจัดการที่มีคุณภาพ เป็นความเครียดที่จัดการได้ยากกว่าการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ เพราะขาดการสนับสนุน

3. พื้นฐานของความเครียด (Background stressor) เป็นความยุ่งยากที่เกิดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นได้บ่อย หรือเป็นปัญหาที่รบกวนและทำความลำบากหรือทำให้บุคคลเกิดความทุกข์

Belmont (2000) แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความคับข้องใจหรือไม่สมหวัง (Frustration) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลไม่สามารถไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ หรือเป้าหมายของบุคคลถูกทำลายหรือถูกขัดขวาง

2. ความขัดแย้ง (Conflict) เป็นอารมณ์ที่เกิดเมื่อบุคคลเผชิญกับตัวกระตุ้น หรือพฤติกรรมที่ไปด้วยกันไม่ได้หรือไม่ลงรอยกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งความเครียดประเภทนี้อาจทำให้บุคคลต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ดึงดูดใจหรือต้องการ 2 เป้าหมาย เช่น การต้องเลือกลงมือกีฬาบาสเกตบอล หรือวอลเลย์บอล ซึ่งเป็นกีฬาที่ชอบทั้ง 2 ประเภท หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ไม่ดึงดูดใจหรือไม่ต้องการทั้ง 2 เป้าหมาย เช่น ต้องเลือกรับประทานก๋วยเตี๋ยวหรือต้มยำ ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่ชอบ หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ต้องการและไม่ต้องการร่วมกัน เช่น ต้องเลือกระหว่างการได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นแต่ต้องย้ายสาขาไปทำงานไกลกว่าเดิม

3. การเปลี่ยนแปลง (Change) เป็นความผันแปรที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในสภาพแวดล้อม ของการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องการปรับตัว เช่น การเริ่มเข้าเรียน หรือย้ายโรงเรียนใหม่ การตายของคู่สมรส การแต่งงาน

4. ความกดดัน (Pressure) เป็นความคาดหวังหรือความต้องการที่ต้องทำให้เกิดความสำเร็จ เช่น พนักงานขายเกิดความกดดัน เนื่องจากต้องพยายามเพิ่มยอดการขายสินค้า

Elliott และ Eisdorfer (1982 cited in Pryor, 2002) แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภทได้แก่

1. ความเครียดแบบเฉียบพลัน (Acute stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะ เวลาที่จำกัดเป็นเวลาสั้น ๆ เช่น การรอผลการตรวจโรค การรอการผ่าตัด
2. ลำดับความเครียด (Stressor sequences) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นลำดับ แต่เกิดขึ้นซ้ำได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้ตนเองเกิดความปลอดภัย ต่อความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การเกิดการเจ็บป่วยจากภาวะอัมพาตครึ่งซีก
3. ความเครียดแบบเรื้อรังชั่วคราว (Chronic intermittent stressor) เป็นความเครียด ที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานแต่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือเกิดขึ้นเป็นช่วงในเวลาสั้น ๆ เช่น การล้างไตของผู้ป่วยไตวายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยอื่น
4. ความเครียดแบบเรื้อรัง (Chronic stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ ต่อเนื่องและไม่สิ้นสุด หรือเกิดเป็นเวลานานอย่างถาวร เช่น ความเครียดของพ่อแม่เด็กที่เจ็บป่วย ด้วยโรค spinal bifida และรูปแบบของความเครียดประเภทนี้ ได้แก่ ภาวะคุกคาม ความต้องการ ความซับซ้อน ความไม่แน่นอน ความขัดแย้ง มีทางเลือกน้อย ค่าตอบแทนน้อย ถูกตัดหรือไม่ได้รับแหล่งสนับสนุน

5.7 การตอบสนองต่อความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดทำให้เกิดการตอบสนองที่เรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) ซึ่งจะสะท้อนระยะเวลาของการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมี 3 ชั้น ได้แก่

1. สัญญาณเตือน (The initial alarm reaction) เป็นขั้นที่ประกอบด้วย 1) ระยะช็อกซึ่งแสดงถึงผลขั้นแรกและผลที่เกิดโดยตรงทันที ภายหลังจากเกิดอันตรายต่อบุคคล และ 2) ระยะโต้ตอบหรือการต้านภาวะช็อก ซึ่งแสดงถึงผลของกลไกการป้องกันที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงานของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว
2. ขัดขวางหรือต่อสู้ (Resistance) เป็นขั้นที่มีการเพิ่มความต้านทานต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและลดความต้านทานต่อตัวกระตุ้นอื่น ๆ
3. ความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง (Exhaustion) เป็นขั้นที่มีการเผชิญต่อความเครียดที่รุนแรงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง มีผลต่อการเกิดโรคที่เรียกว่า Diseases of adaptation ซึ่งในที่สุด จะทำให้เสียชีวิตได้ในระยะต่อมา

Sheridan และ Radmacher (1992) แบ่งการตอบสนองต่อความเครียดเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ปฏิกริยาระยะสั้น (Short-term reaction) เป็นการตอบสนองเพียงชั่วคราว ต่อความต้องการหรือข้อเรียกร้องของความเครียด พบได้มากในความเครียด ประเภทที่มีการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือความหายนะ เป็นความเครียดที่ไม่ได้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือ

ความเสียหายตลอดไป แต่ถ้าหากมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการไม่เพียงพอ ก็จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ ประกอบด้วย สัญญาณเตือน การขัดขวางหรือต่อสู้ และความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง ซึ่งเป็นการตอบสนองของกลุ่มอาการปรับตัวทั่วไป ตามแนวคิดความเครียดของ Selye

2. ผลกระทบระยะยาว (Long-term impact) ได้แก่

ก. เกิดผลดี (Eustress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านบวก เช่น การอ่านหนังสือทำให้เกิดความเครียด แต่เมื่อมีทักษะการอ่านที่ดีจะทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์จากการอ่าน ซึ่งเป็นผลกระทบด้านบวก

ข. เกิดความทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบ ซึ่งการมีความทุกข์ทรมานเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ค. เป็นกลาง (Neutral effect) เป็นการตอบสนอง ที่ไม่ทำให้เกิดผลกระทบใดๆต่อบุคคล เนื่องจากข้อเรียกร้องหรือความต้องการของตัวก่อความเครียดมีน้อย หรือมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ

Belmont (2000) กล่าวว่า การตอบสนองต่อความเครียดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและหลายมิติ ประกอบด้วย

1. การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เป็นการตอบสนองที่พบมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นความไม่พอใจมากกว่าความพอใจ และรูปแบบการตอบสนองด้านอารมณ์ที่พบมากที่สุด ได้แก่

ก. ความรำคาญ โกรธและเดือดดาล (Annoyance, anger, และ rage) เป็นการตอบสนองด้านความโกรธที่เริ่มจากน้อยไปหามากจนไม่สามารถควบคุมได้ และพบว่าความเครียดประเภทความคับข้องใจหรือไม่สมหวังจะทำให้เกิดการตอบสนองด้านนี้ได้ง่าย

ข. ความหวาดหวั่น วิตกกังวลและกลัว (Apprehension, anxiety, and fear) เป็นการตอบสนองด้านความโกรธ ที่เริ่มจากน้อยไปหามากจนไม่สามารถควบคุมได้ และพบว่าความเครียด ประเภทความคับข้องใจหรือไม่สมหวังจะทำให้เกิดการตอบสนองด้านนี้ได้ง่าย

ค. การละทิ้ง เศร้าและสลดใจ (Dejection, sadness, และ grief)

2. การตอบสนองด้านร่างกาย (Physical response) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาภายหลังการเกิดความเครียดแบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่

ก. กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป ซึ่งอธิบาย ตามแนวคิด Selye (1936, 1956, 1982 cited in Belmont, 2000) มี 3 ระยะคือ

(1) สัญญาณเตือน จะเกิดขึ้นเมื่ออวัยวะต่างๆ เริ่มได้รับสิ่งคุกคาม ทำให้ร่างกายมีการรวบรวมแหล่งประโยชน์เพื่อต่อสู้กับสิ่งคุกคามนั้น

(2) ขัดขวางหรือต่อสู้ เป็นความต้านทานที่จะเกิดเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคยชิน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นภาวะต่ำหรือสูงกว่าปกติ

(3) อ่อนเพลียหรือหมดกำลัง จะเกิดเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ร่างกายไม่สามารถต้านทานได้ เนื่องจากร่างกายไม่มีแหล่งประโยชน์การกระตุ้นด้าน สรีระวิทยา และความต้านลดลง ภัยจะเกิดการทรุดตัวหรือล้มเจ็บ เรียกว่า โรคของการปรับตัว

ข. สมอกับร่างกาย (Brain-body pathways) โดยเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นต่อมใต้สมอง (Hypothalamus) ซึ่งอยู่ในระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งสัญญาณไปที่ระบบต่อมไร้ท่อ คือ ต่อมแอดรีนอลส่วนกลาง (Adrenal medulla) ทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีนเข้าไปในกระแสเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มการตอบสนองด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ นอกจากนี้ต่อมใต้สมองยังส่งสัญญาณไปที่ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอโรน (Corticosteroids) ส่งผลต่อการเพิ่มการรวมตัวของโปรตีนและไขมัน การเก็บสะสมพลังงานและลดการอักเสบ

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) เป็นการตอบสนองต่อความเครียดด้านการกระทำ ได้แก่

ก. อาละวาดใส่คนอื่น (Striking out at others) เป็นพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงที่บุคคลกระทำต่อคนอื่น ซึ่งอาจจะด้วยวาจาหรือทำร้ายร่างกาย

ข. ยอมแพ้หรือปล่อยตัว (Giving up) เป็นการตอบสนองที่มักเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์และแบบการละทิ้ง เศร้าและสลดใจ ซึ่ง Seligman ได้พัฒนาโมเดลกลุ่มอาการยอมแพ้หรือปล่อยตัว จากความรู้สึกหมดหนทาง หมดความช่วยเหลือ (Helplessness) พบว่าคนจะมีความรู้สึกหมดหนทางเมื่อมีการประเมินและเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นยากที่จะควบคุมได้

ค. ทำตามใจตนเอง (Indulging oneself) เป็นการแสดงออกแบบการปรับทดแทน เนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกว่าการณ์นั้นจะทำให้เกิดความเลวร้ายต่อชีวิตตนเอง ด้วยการแสดงพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี เช่น การกิน การดื่ม การสูบบุหรี่ การใช้จ่าย การใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย เป็นต้น

ง. การเผชิญความเครียดด้วยการป้องกันตัว (Defensive coping) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันตนเองจากอารมณ์ด้านลบ ซึ่งการใช้กลไกการป้องกันตัวอาจช่วยส่งเสริมการปรับตัวได้เล็กน้อยหรือทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การระงับความรู้สึก การคิดเพ้อฝัน ฟุ้งซ่านหรือปฏิเสธ เพราะจะทำให้บุคคลไม่ได้แก้ปัญหาที่แท้จริง แต่บางชนิดเป็นการปรับตัวที่ดี หรือมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากช่วยให้บุคคลจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตได้

จ. การเผชิญความเครียดในเชิงก่อ (Constructive coping) เป็นสิ่งที่บุคคลทำเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย สาระ (Theme) ที่สำคัญคือ

- (1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการกระทำหรือความพยายามที่จะแก้ปัญหา
- (2) เป็นการกระทำที่ต้องใช้ความเป็นเหตุเป็นผล ในการประเมินความเครียดและแหล่งประโยชน์ การเผชิญความเครียด
- (3) เป็นการกระทำในการเรียนรู้และจดจำและบางครั้งเป็นการยับยั้ง ปฏิกริยาทางอารมณ์ด้านลบ
- (4) เป็นความพยายามที่จะประกัน หรือทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองจะไม่เกิดอันตรายหรือถูกทำลายจากผลของความเครียด

5.8 ผลของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2539) ได้กล่าวถึง ผลของความเครียดว่า ความเครียดในระดับต่ำและความเครียดในระยะเวลาที่ไม่เกินไบนัก เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำสิ่งต่างๆอย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกปรือที่จะแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ อวัยวะในร่างกายมีโอกาสที่จะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตัวเองมากขึ้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือยาวนานจะก่อให้เกิดผลเสีย ดังนี้

1. ผลเสียทางด้านสรีระ

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกาย เป็นตัวทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในก็จะบกพร่อง ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือทำให้เกิดโรคทางกาย ที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น หน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด โรคแพ้ต่างๆหรือความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจมีผลทำให้บุคคลเสียชีวิตหรือโรคที่เป็นกำเริบ

2. ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิความระมัดระวังในการทำงานเสียไปเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว ขี้โมโห โกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เศร้าซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

3. ผลเสียทางด้านความคิด

ความเครียดที่เกิดจากความคิดต่อมาของบุคคล เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น คิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

4. ผลเสียด้านพฤติกรรม

บุคคลที่มีความเครียดจะเบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม ซึ่งจะทำให้ตนเองต้องตกอยู่ในปัญหา และความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าวไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบ่อยครั้งบุคคลจะมีการปรับตัวในทางที่ผิด เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งการกระทำเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดผลร้ายตามมา

5. ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการขาดงาน ผลของการทำงานน้อยลงและมีประสิทธิภาพด้อยลง เมื่อบุคคลเจ็บก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังที่ได้กล่าวถึงผลเสียจากความเครียด จะเห็นได้ว่าผลเสียในแต่ละด้านของบุคคลจะเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่และผลเสียเหล่านี้ก็ไม่ได้กระทบกระเทือนแต่เฉพาะบุคคลที่ตกอยู่ในภาวะเครียดเท่านั้น แต่จะส่งผลกระทบต่อไป สู่บุคคลรอบข้าง ตลอดจนสังคมโดยรวมอีกด้วย

5.9 เครื่องมือวัดความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดความเครียดมีหลายแนวคิด ซึ่งแต่ละแนวคิดจะมีแบบวัดความเครียดที่แตกต่างกันไปตามแนวคิดนั้นๆ ดังนี้

1. แบบวัดการรับรู้ความเครียดของ Cohen และคณะ(1983) ตามแนวคิดความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) แปลเป็นภาษาไทยโดยสิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามทางบวกและทางลบ แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แล้วนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการวัดซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 6 สัปดาห์กับนักเรียนชั้นมัธยมปลาย 2 กลุ่มๆละ 332 คน 114 คน และกลุ่มเล็กนุหรี 64 คน ได้ระดับความเชื่อมั่น 0.84, 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ และปราณี มิ่งขวัญ ได้นำมาศึกษาในระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระตุกสะโพกหัก โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ ตรวจสอบความชัดเจนถูกต้องของเนื้อหาและความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดความเครียดเท่ากับ .83 และค่าความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิมีค่า เท่ากับ .84 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียด เท่ากับ .81

2. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST - 20)

เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นมาจากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ สังคมของ ความเครียด แล้วนำไปตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ โดย 1. ทำการตรวจสอบความตรง ทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้ว ปรับปรุงเหลือ 102 ข้อ 2. การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ คือ ค่าความเครียดของ กล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% 3. การแบ่งระดับความเครียดของ แบบวัดความเครียดที่สร้างซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง โดยใช้คะแนน ปกติ (Normalized T-Score) ในการแบ่ง โดยอิงตามค่า EMG ที่ใช้เป็นมาตรฐาน 4. การปรับให้ เครื่องมือมีขนาดเล็กลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ พร้อมทั้งหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้ โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ปัจจัย เพื่อสกัดตัวปัจจัยให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีความ เชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 และยังคง สัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญ

แบบวัดความเครียดสวนปรุงจะมี 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ โดยให้ผู้ตอบอ่านคำถามแล้วสำรวจดูว่า ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผล แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 – 24 เครียดน้อย คะแนน 25 – 42 เครียดปานกลาง คะแนน 43–62 เครียดสูง คะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

3. แบบวัดความเครียด เอส ที เป็นแบบวัดความเครียดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด ความเครียด Stress Audit ของ Lyle H, Miller และคณะ แบบทดสอบ เอส ที ประกอบด้วยข้อ คำถาม 102 ข้อ แบ่งเป็นสามตอน คือ ตอนที่หนึ่งวัดความไวต่อความเครียด ตอนที่สองวัดสาเหตุ ที่มาของความเครียดในด้านการทำงาน ครอบครัว ส่วนตัว สังคม สิ่งแวดล้อมและการเงิน ตอนที่สาม จะเป็นการวัดอาการของความเครียดในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเริ่ม ด้วยการแปลแบบวัดความเครียดเป็นภาษาไทย แล้วนำไปตรวจสอบความตรงทางด้านภาษาด้วย การแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ หาความตรงทางด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไป ทดสอบกับข้าราชการครูจำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงแบบวัดความเครียด จากนั้นนำแบบวัด ที่ได้มาหาความตรงตามสภาพ โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 150 คน เป็นชาย 56 คน หญิง 94 คน ควบคู่กับการวัดความเครียดของกล้ามเนื้อด้วยเครื่อง อี เอ็ม จี (EMG-Electro myography) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์เส้นทาง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนรวมของแบบวัดความเครียด เอส ที มีความสัมพันธ์กับความเครียดของ

กล้ามเนื้อ ที่ได้จากการวัดด้วยเครื่อง อี เอ็ม จี ($r = 0.417$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนความสัมพันธ์แต่ละตอนของแบบวัด พบว่า ความเครียดของกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับความไวต่อความเครียด ($r = 0.444$) และอาการของความเครียด ($r = 0.460$) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สามารถแบ่งระดับคะแนนของความเครียด ที่ได้จากแบบวัดแต่ละตอน เป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับรุนแรง

4. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทย ของกรมสุขภาพจิต (2542) ที่สร้างตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความเครียด โดยได้นำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทยไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียด จำนวน 99 คน และกลุ่มที่ไม่มี ความเครียด จำนวน 350 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง มีข้อคำถามที่สามารถจำแนกและชี้ถึงความเครียดได้ 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกของบุคคลใน 1 เดือนที่ผ่านมา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .8628 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองคือ 17 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 70.4 ความจำเพาะร้อยละ 64.4 และมีการแบ่งค่าคะแนนเพื่อชี้บ่งถึงระดับความเครียดได้ดังนี้ 30 - 60 คะแนน อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติมาก 26 - 29 คะแนน อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง 18 - 25 คะแนน อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย 6 - 17 คะแนน อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ 0 - 5 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก

ลักษณะแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2542) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อยๆ และเป็นประจำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ไม่เคยเลย	0 คะแนน
เป็นครั้งคราว	1 คะแนน
เป็นบ่อยๆ	2 คะแนน
เป็นประจำ	3 คะแนน

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต (2542) ได้นำไปใช้วัดความเครียดของครูฝึกโยคะ (สมคิด โพธิชนะพันธ์, 2545) โดยนำไปวัดระดับความเครียดในผู้ฝึกสอนโยคะจำนวน 37 คน แต่มิได้ระบุค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทยของกรมสุขภาพจิต (2542) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินและ

วิเคราะห์ความเครียดได้ด้วยตนเอง ข้อคำถามมีความครอบคลุมเกี่ยวกับองค์ประกอบของความเครียด ซึ่งมีความสั้น กระชับ และได้ใจความเข้าใจง่ายเนื่องจากเป็นบริบทของคนไทย อีกทั้งยังมีระดับความเชื่อมั่นสูงและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

6. โยคะ

โยคะถือเป็นการบำบัดรักษา ด้วยการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกวิธีหนึ่ง (CAM: complementary and alternative medicine or complementary and alternative therapies) เป็นวิธีที่กำลังเป็นที่นิยมในปัจจุบัน มีจุดเน้นที่การดูแลคนทั้งคน รวมมิติทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เทคนิคการบำบัดอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน หรืออาจใช้ร่วมกับการรักษาแบบดั้งเดิม การรักษาในกลุ่มนี้สามารถใช้บริการด้วยความสะดวก ราคาไม่สูงนัก ผลข้างเคียงน้อย มีความเฉพาะบุคคลและความใกล้ชิดกับผู้รักษา ทำให้สื่อสารที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้รักษา ผู้รับบริการที่เผชิญกับอารมณ์เศร้าและวิตกกังวล ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย นิยมมารับการบำบัดด้วยวิธีนี้ แม้ว่าในการใช้สมุนไพรบางชนิดต้องระมัดระวังผลข้างเคียงอยู่บ้าง เมื่อได้ใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันก็ได้ผลลัพธ์เป็นที่พอใจ การเลือกเทคนิควิธีการใดๆมาเป็นวิธีการรักษานั้น แม้ยังต้องการหลักฐานจากงานวิจัยอีกมากก็ตาม แต่วิธีการดังกล่าวเป็นที่นิยม เพราะอยู่ในกระบวนการรักษา สนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รักษาและผู้รับบริการเกิดความศรัทธา เชื่อถือในการบำบัดรักษา ดังนั้นพยาบาลควรศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วย CAM ก่อนที่จะพิจารณาเลือกวิธีการใดมาแนะนำให้กับผู้รับบริการ จากการติดตามรายงานการวิจัยพบว่า มีการรายงานการศึกษาจำนวนน้อยที่บ่งชี้ว่าวิธีการรักษาในกลุ่มนี้ช่วยในการรักษาโรค อย่างไรก็ตามการรายงานถึงผลการรักษาด้วย CAM มีประโยชน์ต่อการบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้รับบริการ และใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นเมื่อต้องการใช้วิธีการบำบัดรักษาด้วยCAM พยาบาลควรศึกษาข้อมูลทั้งจากผู้รักษาที่มีความเชี่ยวชาญและฝึกปฏิบัติในเทคนิคการรักษาเฉพาะนั้นๆ ประสบการณ์การปฏิบัติทางคลินิก และผลงานวิจัย เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะใช้พิจารณาญาณและมีส่วนร่วมในการพิจารณาทางเลือก ตัดสินใจด้วยตนเองว่าควรใช้วิธีการบำบัดรักษาอย่างไรที่มีประสิทธิผลและตนเองพึงพอใจ

ศูนย์การบำบัดรักษาด้วยการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก แห่งสหรัฐอเมริกา (NCCAM: National Center for Complementary และ Alternative Medicine) ได้จำแนกแนวทางการบำบัด เป็น 5 กลุ่ม คือ

1. การแพทย์ทางเลือก (alternative medical system) หมายถึง แนวทางการรักษาที่มีทฤษฎีเฉพาะ หรือมีการอ้างอิงทฤษฎีการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การรักษาด้วยการแพทย์แผนตะวันออก อายุรเวท โฮมีโอพาตี (homeopathy) เป็นต้น

2. การดูแลผสมผสาน จิตและกาย (mind-body interventions) หมายถึง เทคนิควิธีการใดๆก็ตามที่จะเพิ่มศักยภาพของจิต ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย และระดับอาการเจ็บป่วยได้เช่น โยคะ การทำสมาธิ การสะกดจิต การสวดมนต์ ศิลบำบัด ดนตรีบำบัด การเดินรำ เป็นต้น

3. การบำบัดรักษาที่เน้นสารธรรมชาติ (biological based therapies) หมายถึงการบำบัดรักษาที่ตระหนักถึงผลลัพธ์จากการใช้สารธรรมชาติ การปรับธาตุอาหาร ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่นการให้อาหารเสริม การใช้สมุนไพร เป็นต้น

4. การจัดการกับร่างกาย (manipulative และ body-based methods) หมายถึง วิธีการใดๆก็ตาม ที่จัดการกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น chiropractic การนวด การนวดกดจุด เป็นต้น

5. การจัดสมดุลของพลังงาน (energy therapies) หมายถึงการจัดการกับพลังงานของร่างกายให้สมดุล ด้วยการใช้พลังงานจากสนามแม่เหล็ก เช่น การบำบัดรักษาด้วยการสัมผัส (therapeutic touch) การกระตุ้นด้วยสนามแม่เหล็ก (electromagnets) เป็นต้น

6.1 ประวัติความเป็นมา

กำเนิดโยคะ (Origins of YOGA) โยคะเกิดขึ้นที่อินเดียเมื่อประมาณ 4 - 5 พันปีที่ผ่านมา เดิมจะเป็นการฝึกเฉพาะโยคี และชนชั้นวรรณะพราหมณ์ เพื่อเอาชนะความเจ็บป่วย ต่อมาโยคะได้พัฒนาผ่านลัทธิฮินดู มายูคพุทธศาสนา ถึงยุคลัทธิเซนในประเทศจีน แท้จริงแล้วโยคะไม่ได้เป็นศาสตร์ของศาสนาใดศาสนาหนึ่ง แต่เป็น ศาสตร์สากลที่ศาสนาต่าง ๆ สามารถนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดแห่งศาสนานั้น ๆ โยคะจึงเป็นที่แพร่หลายไปทั่วโลก โดยโยคะเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับหลักปรัชญามีหลักการดูแลสุขภาพได้อย่างครอบคลุม ทั้งร่างกาย จิต รวมทั้งจิตวิญญาณ ใช้หลักการยืดเหยียดกล้ามเนื้อพร้อมกับการกำหนดลมหายใจเข้าออกที่สัมพันธ์กัน เพื่อจัดปรับสมดุลของร่างกาย ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต โดยจุดมุ่งหมายของโยคะคือการเข้าถึงสภาวะจิต (Gore, 2002) และโยคะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกายและจิตใจ ถือเป็นวิทยาศาสตร์ที่มีความเกี่ยวข้องกับธรรมชาติ ทำให้มีสุขภาพดี ร่างกายเซลล์และเนื้อเยื่อมีความแข็งแรง (Yesudian และ Haich, 1966)

6.2 ความหมายของโยคะ

โยคะ ตามความหมายของท่านปตัญจลี หมายถึง วิทยะ ความพากเพียร เพื่อให้จิตหลุดพ้น (แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2542)

โยคะ หมายถึง การรวมกาย จิตและจิตวิญญาณให้เป็นหนึ่งเดียว (สาตี สุภาภรณ์, 2544)

โยคะ หมายถึง รวม องค์รวม คือ การรวมกายกับจิตของตัวตัวผู้ฝึกเข้าไว้ด้วยกัน หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การมีสติรู้อยู่กับกาย (สัมมนาโยคะ มศว, 2546)

โยคะ คือ การรวมเป็นหนึ่งเดียวของผู้ฝึกในทุกระดับ ทั้งทางร่างกาย ทางสมอง ทางสังคม ทางความฉลาด อารมณ์ และปัญญา (Gharote, 2003)

สรุปได้ว่า โยคะ หมายถึง การรวมจิตและกาย โดยควบคุมจิตให้มีสมาธิ มีจิตใจที่ตั้งาม ซึ่งผลที่ได้จากการปฏิบัติ คือ ความเครียดลดลง มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

6.3 ชนิดของโยคะ

ชนิดของโยคะแบ่งออกเป็น 5 ชนิด (โครงการเผยแพร่โยคะเพื่อสุขภาพ, 2547) ดังนี้

1. Raja-Yoga (the royal path of meditation) เป็นโยคะที่เน้นการเข้าฌานเพื่อทำให้เกิดสมาธิ ซึ่งต้องการความสงบทั้งร่างกายและจิตใจ ข้อดีของการฝึกโยคะชนิดนี้คือฝึกง่ายมีวิธีปฏิบัติที่แน่นอน เป็นการฝึกแบบวิทยาศาสตร์ ผู้ฝึกจะได้ความสงบและปัญญา ข้อเสียคือ การฝึกจะต้องใช้เวลามากอาจจะทำให้ผู้ฝึกต้องแยกตัวเองออกจากสังคม

2. Karma-Yoga (the path of self-transcending action) เป็นโยคะที่เกี่ยวข้องกับศาสนามากที่สุด มีการยึดเหนี่ยว พิธีกรรมบวงสรวงเทพเจ้า มีการสวด มีการเข้าฌาน เทพเจ้าที่บูชาได้แก่ พระวิษณุเป็นต้น ข้อดีคือผู้ฝึกจะไม่เห็นแก่ตัว ไม่มีฐิติ ทำงานบริการได้ดี

3. Bhakti-Yoga (the path of devotion) เป็นโยคะสำหรับผู้ต้องการเสียสละ

4. Jnana-Yoga (the path of wisdom) เป็นโยคะแห่งปัญญา เน้นเรื่องความจริง Reality เป็นหนึ่ง โลกที่เราคุ้นเคยมักจะมีภาพลวงตา เช่นการเห็นเชือกเป็นงู การที่จะทราบจะต้องฟังพินิจ การที่เราเห็นผิดเป็นชอบเรียกมายา (maya) หรือหลงผิด การแก้การหลงผิดสามารถทำได้โดยการปลุกวิเวก (viveka) เมื่อรู้ว่าอะไรไม่จริงก็สละสิ่งนั้น

5. Tantra-Yoga (which includes Kundalini-Yoga) เป็นโยคะที่รวมหลายชนิดของโยคะรวมกัน Tantra-yoga สอนให้รู้จักด้านมืดของชีวิต เน้นพิธีการบวงสรวง เน้นการเข้าฌานเพื่อปลุกพลังภายในร่างกาย Tantra-yoga เน้นการประสานกายและพลังจิต

6. Mantra-Yoga (the path of transformative sound) เป็นโยคะที่ไม่ซับซ้อน เน้นการสวดภาวนาและกล่าวคำว่า โอม

7. Hatha-Yoga (the forceful path of physical self-transformation)
จุดประสงค์ของโยคะนี้เป็นการเตรียมร่างกาย เพื่อให้มีพลังที่จะบรรลุสู่ความสำเร็จประกอบด้วย การออกกำลังกายและฝึกลมปราณ การฝึกโยคะนี้จะทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง อดทนต่อความ หิว ร้อน หรือหนาว เมื่อร่างกายและจิตใจแข็งแรงก็ทำให้ผู้ฝึกเข้าถึงสมาธิตามได้ง่าย

6.4 หลักของการฝึกโยคะ (โครงการเผยแพร่โยคะเพื่อสุขภาพ, 2547)

6.4.1 หลักในการทำอาสนะ มีดังต่อไปนี้

1. สบาย ทำอาสนะด้วยความรู้สึกสบายตัว ไม่เกร็ง
2. นิ่ง อยู่ในอาสนะอย่างมั่นคง นิ่ง สงบ
3. ใช้แรงแต่น้อย โดยการค่อยๆออกแรงไม่เร่งรีบ
4. มีสติ คือการมีสติกำหนดรู้ รู้ตัวอยู่ทุกขณะ

6.4.2 ข้อควรปฏิบัติในการฝึกโยคะ มีดังนี้

1. ควรฝึกอาสนะในขณะที่ท้องว่าง มิฉะนั้นจะทำให้จุกแน่นและคลื่นไส้ อาเจียน
2. การฝึกโยคะทำได้ทุกเวลา แต่ช่วงที่เหมาะสมคือ เวลาเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้น และเวลาพระอาทิตย์ตกในตอนเย็นช่วงที่ไม่ควรฝึก คือ เวลาเที่ยงถึงบ่ายโมงเพราะเป็นช่วงที่ร้อน
3. สถานที่ฝึกควรมีอากาศถ่ายเทได้ดี เช่น ในสวน หรือในห้องที่มีการระบายอากาศได้ดี
4. พื้นที่ใช้ฝึกต้องเป็นพื้นแข็งและใช้อาสนะปูผ้าที่ใช้ควรจะหนาพอควร ไม่ควรฝึกบนที่นอนอ่อนนุ่ม
5. ชุดที่สวมใส่ควรจะเป็นชุดที่หลวม ๆ เพื่อให้การเคลื่อนไหวได้อิสระ
6. ควรจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหว การก้ม การเงย ทำความรู้สึกกับความตึง หย่อนของร่างกาย
7. ขณะฝึกควรหายใจทางจมูก ไม่หายใจทางปาก
8. การฝึกอาสนะควรเริ่มจากท่าที่ง่ายก่อนเมื่อฝึกบ่อยเข้ากระดูก และกล้ามเนื้อจะยืดหยุ่นมากขึ้น ในการฝึกสัปดาห์แรกอาจจะรู้สึกปวดเมื่อยบ้าง เมื่อทำต่อไปจะหายเอง โยคะควรฝึกทุกวันจึงจะได้รับประโยชน์เต็มที่
9. ในการฝึกอาสนะต่างๆ ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้พักในท่าศพอาสนะ เพื่อให้ร่างกาย ผ่อนคลาย

10. ระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้ง ขึ้นอยู่กับเวลาที่ผู้ฝึกมีอยู่อาจจะครึ่งชั่วโมงถึงสองชั่วโมงก็ได้สามารถจัดปรับตามความเหมาะสมของแต่ละคน

11. ควรขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ก่อนการฝึกทุกครั้ง

12. ลำดับการทำอาสนะในท่าอาสนะ แต่ละอาสนะเป็นอิสระจากกัน โดยเฉพาะในการฝึกท่าต่างๆในเบื้องต้น ไม่มีข้อบังคับในเรื่องของการเรียงลำดับท่าอาสนะแต่อย่างใด

6.4.3 การปฏิบัติอาสนะโยคะ

หลักในการปฏิบัติอาสนะโยคะ ประกอบด้วย การฝึกอาสนะ การผ่อนคลาย การหายใจ การฝึกสมาธิ และการฝึกความคิดด้านบวกหรือการมีทัศนคติที่ดี ดังนี้

6.4.3.1 อาสนะโยคะ

อาสนะโยคะมีอยู่ด้วยกันมากมายหลากหลายท่า แต่ทำพื้นฐานของการฝึกโยคะมีดังนี้

อาสนะที่ 1. ท่าจระเข้ (Makarasana) นอนคว่ำ ขาทั้งสองกางออกราว 2 ฟุต ปลายเท้าชี้ออก รวบแขน มือโอบไหล่ หรือจับต้นแขน พักศีรษะบนปลายแขน

ประโยชน์ เป็นท่าผ่อนคลายสำหรับกลุ่มอาสนะในท่านอนคว่ำ เป็นการนวดผนังหน้าท้องให้แข็งแรง และช่วยให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดีขึ้น

คำแนะนำ ควรให้หน้าท้องแนบติดพื้น เหมาะสำหรับผู้มีอาการปวดหลังซึ่งไม่สามารถพักในท่าศพได้สะดวก

อาสนะที่ 2. ท่างู (Bhujangasana) เริ่มจากท่าจระเข้ แล้วเข้าสู่ท่าเตรียมด้วยการรวบขาชิดกัน แขนชิดลำตัว หนายฝ่ามือ คางจรดพื้น ยกมือวางเสมอและชิดทรวงอก หน้าผากจรดพื้น ตั้งศอกขึ้น ปิดศอกชิด ค่อยๆยกขึ้นตามลำดับ จากหน้าผาก ศีรษะ ไหล่ และทรวงอก

ประโยชน์ ทำนี้จะทำให้โลหิตมาเลี้ยงที่กระดูกสันหลังและเส้นประสาท เป็นประโยชน์มากกับกล้ามเนื้อที่อยู่ในช่องท้อง และอวัยวะที่อยู่ในช่องท้อง ช่วยทำให้อาหารย่อยดี ป้องกันอาการท้องผูก ช่วยรักษาประจำเดือนไม่ปกติ เป็นประโยชน์แก่ไตมาก เพราะในขณะที่ทำท่านี้ โลหิตจะบีบออกจากไต เมื่อร่างกายกลับมาที่เดิม โลหิตก็จะพุ่งเข้าไปเลี้ยงไต และชะล้างสิ่งสกปรก ในประเทศอินเดียเชื่อว่าท่านี้ช่วยป้องกันนิ่วในไตได้ (สุนีย์ ยิวจิตติ, 2544 : 52)

คำแนะนำ ค่อยๆยกศีรษะ ยกหลังขึ้นช้าๆ เสมือนว่าเรากำลังยกกระดูกสันหลังทีละข้อๆไม่ยกสูงเกิน ให้สะดือแนบติดพื้นตลอด อย่าเงยหน้ามากเกินไป เพราะจะทำให้ปวดต้นคอได้ ทอดขาแนบพื้น ไม่เกร็งขา โดยเฉพาะช่วงเริ่มยก

อาสนะที่ 3. ท่าตักแตน (Salabhasana) จากท่าจระเข้ เข้าสู่ท่าเตรียม ยกขาขึ้นทีละข้าง สลับกัน ยกทั้ง 2 ขาขึ้นพร้อมกัน

ประโยชน์ ตอกกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง นวดช่องท้อง กระตุ้นการทำงานของระบบขับถ่าย

คำแนะนำ ยกขาขึ้นช้าๆ ยกขาขึ้นทั้งสองข้าง ไม่งอเข่า คือ ยกต้นขาขึ้น โดยที่เข่าและปลายเท้าลอยติดขึ้นมา ไม่เกร็งคาง ไม่เกร็งแขนไหล่ ไม่ยกสูง ท้องน้อยยกกดแนบพื้นอยู่ตลอด

อาสนะที่ 4. ท่าคันไถ ครึ่งตัว (Ardha Halasana) จากท่าศพ เข้าสู่ท่าเตรียม โดยรวบขาชิดกัน แขนชิดลำตัว คว่ำฝ่ามือ ยกขาทีละข้าง ถึง 30 องศา รอสักครู่ ยกถึง 60 องศา รอสักครู่ ยกขาขึ้นสุดเท่าที่ได้โดยไม่เกินมุมฉาก แล้วสลับข้าง จากนั้นทำซ้ำในท่าเดิม

ประโยชน์ สร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง สะโพก บริหารอวัยวะในช่องท้อง เสริมการทำงานของระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย และทำให้การไหลเวียนของเลือดที่ขาดีขึ้น

คำแนะนำ ยกขาช้าๆ ทั้งตอนขึ้นและตอนลง ไม่งอเข่า ไม่เกร็งขาจนเกินไป ไม่ฝืนเกร็งหน้าท้องจนเกินไป ระวังการเป็นตะคริว

อาสนะที่ 5. ท่าเหยียดหลัง (Shanu srisasana) จากท่านั่งพัก รวบขาชิด ตั้งหลังตรง พับเข่าข้างหนึ่ง นำฝ่าเท้าไปวางชิดต้นขา ดึงสันเท้าชิดสุดลำตัวยกมือทั้ง 2 ขึ้น ค่อยๆ เหยียดหลัง ลดตัวลง เอามือรวบจับที่ขา จากนั้นลดทรวงอก แล้วค่อยลดศีรษะลง หน้าผากจรดขา

ประโยชน์ เป็นการเหยียดเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ ตลอดส่วนหลังของร่างกาย ทั้งบริเวณขา หลัง และคอ เป็นการกดนวดอวัยวะในช่องท้อง

คำแนะนำ ไม่งอเข่า วางขาข้างที่เหยียดให้อยู่กึ่งกลางพอดี เพื่อตัวจะได้ไม่เอียง เกิดการเหยียดทั่วแผ่นหลัง ในตอนเริ่มทำ ระวังอย่าให้ขาตั้งเกินไป ซึ่งเป็นอันตราย และไม่เกิดประโยชน์เลย ผู้เริ่มทำมักเหยียดได้ไม่มาก อย่าฝืนโดยเด็ดขาด ในเบื้องต้น มืออาจจับถึงที่บริเวณเข่าเท่านั้น

อาสนะที่ 6. ท่าคิม (Paschimotanasana) จากท่านั่งพัก รวบขาชิด นั่งหลังตรง ค่อยๆ เหยียดหลัง ลดแผ่นหลังลงจนสุด มือจับไว้ที่ขา บริเวณที่เราจับถึง หากมือแตะถึงเท้าได้ ทำนิ้วชี้เป็นตะขอ เพื่อเกี่ยวนิ้วหัวแม่มือโป่ง ลดทรวงอกลง แล้วจึงลดศีรษะลงเป็นลำดับสุดท้าย

ประโยชน์ ท่านี้ช่วยกดนวดอวัยวะที่อยู่ในช่องท้องให้เลือดมาเลี้ยงได้ดี ทำให้ระบบขับถ่ายดี ท้องไม่ผูก ช่วยให้ระบบประสาท ส่วน Lumbra sacral ทำงานได้ดีขึ้น

คำแนะนำ ไม่งอเข่า ทำด้วยความรู้สึกที่เรากำลังเหยียดหลัง ไม่ใช่กำลังก้มตัว เนื่องจากกระดูกต้นคอเคลื่อนไหวได้ดีอยู่แล้ว ควรลดศีรษะลงด้วยความระมัดระวัง อย่าก้มศีรษะมากเกินไป

อาสนะที่ 7. ทำนั่งเพชร (Vajrasana) เข้าสู่ท่าเตรียม ด้วยการรวบขาชิดนั่งหลังตรง ใช้มือช่วย พับเข่าทีละข้าง แบนสันเท้า วางกันไว้ระหว่างสันเท้า ปลายนิ้วเท้าชิดติดกัน นั่งหลังตรง มือวางไว้บนเข่า นั่งบนหลังเท้า ในเบื้องต้น อาจใช้มือช่วยพยุงน้ำหนักตัวไว้

ประโยชน์ เสริมการทำงานของระบบย่อยอาหารทำให้อวัยวะรอบกระดูกเชิงกรานแข็งแรง เชื้อต่อความสงบ เชื้อต่อการนั่งสมาธิ

คำแนะนำ นั่งบนหลังเท้า อย่างนั่งบนสันเท้า ซึ่งไม่ถนัด และเจ็บ นั่งอย่างสงบ มีสติรู้ลมหายใจ ผู้มีปัญหาปวดเข่าควรทำด้วยความระมัดระวัง

อาสนะที่ 8. ทำสัญลักษณ์แห่งโยคะ (Yoga Mudra) นั่งในท่าวัชระ กำหมัด นำหมัดวางที่บริเวณขาพับ ค่อยๆเหยียดหลัง ลดตัวลงช้าๆ แล้วลดทรวงอก สุดท้ายลดศีรษะลงจรดพื้น

ประโยชน์ เป็นการกดนวดอวัยวะภายในช่องท้องอย่างเต็มที่ ทำให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงศีรษะได้เป็นอย่างดี ทำให้สมองแจ่มใส เสริมสร้างความแข็งแรงของหลอดเลือดใหญ่ที่โคนขา

คำแนะนำ ให้ก้นติดสันเท้าตลอดเวลา ในช่วงแรก หากศีรษะยังไม่จรดพื้น ให้หาหมอนหรือเก้าอี้ตัวเล็กๆมารองรับไว้ที่บริเวณศีรษะ เราอาจจะตั้งศอกไว้ หรือ พักศอกลงก็ได้ แล้วแต่ถนัดหากรู้สึกกดนวดช่องท้องมากเกินไป อย่าวางหมัดไว้กลางช่องท้อง ให้ขยับหมัดไปด้านข้าง

อาสนะที่ 9. ทำบิดสันหลัง (Vakrasana) เข้าสู่ท่านั่งหลังตรง ชันเข่าซ้าย สันเท้าซ้ายเสมอเข่าขวา มือซ้ายยันหลัง ตั้งหลังตรง ข้อศอกขวาคร่อมเข่าซ้าย ออกแรงศอกขวา ดันดันขาซ้ายเข้าแนบเอว เข็มว่ท้อง แล้วบิดตัวไปทางซ้ายตามลำดับ จากเอว ไหล่ และศีรษะ ทำสลับข้าง

ประโยชน์ เป็นการสร้างความยืดหยุ่นให้กระดูกสันหลัง กระตุ้นระบบประสาทตลอดแนวกระดูกสันหลัง บริหารอวัยวะภายในช่องท้อง บริหารคอ บริหารสายตา

คำแนะนำ ตั้งแผ่นหลังให้ตรง ตลอดเวลาที่บิด รักษาระดับไหล่ทั้งสองข้าง ให้ขนานพื้นรักษาข้อศอกของแขนข้างที่ไยยันพื้นให้ตรง ไม่งอศอก

อาสนะที่ 10. ทำกงล้อ (Chakrasana) ยืนหลังตรง ไม่เกร็ง สันเท้าชิด มีสติรับรู้อยู่ที่บริเวณฝ่าเท้า ยกแขนซ้ายขึ้นทางด้านข้างลำตัว จนแขนขนานพื้น พลิกฝ่ามือหงาย ยก

แขนต่อ จนให้ต้นแขนแนบชิดหู เขยียดข้างลำตัวทั้งหมด ค่อยๆ ไน้มตัวไปทางขวา เขยียด
 กล้ามเนื้อข้างลำตัวทุกส่วน จากนั้น ทำสลับข้าง

ประโยชน์ บริหารแนวกระดูกสันหลังไปทางด้านข้าง เขยียดกล้ามเนื้อ
 ข้างลำตัว กตนวนคอวัยวะภายในช่องท้อง เพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณแขน

คำแนะนำ ให้ส้นเท้าชิดกันไว้ ท้ายสุด ให้ก้มคอ โคนเนินกระดูกต้นคอ มอง
 ตรงไปข้างหน้า จนช่วงสุดท้ายที่พับกระดูกต้นคอ ค่อยก้มมองพื้น ไม่ดันสะโพกออกข้างตัว เพียง
 งอเขวเท่านั้น

6.4.3.2 การผ่อนคลาย การปฏิบัติในการผ่อนคลายนี้จะช่วยให้สภาวะ
 ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะผ่อนคลายโดยการนอนราบกับพื้น ส้นเท้าห่างกันพอให้นิ้วเท้าหันมา
 ชนกันได้ ปลายเท้าแยกออกวางตามสบายหลับตาถึงน้ำหนักตัวลงกับพื้น ไม่เกร็ง ทำนี้เรียกว่า ท่า
 ศพ ใช้เป็นท่าพักหลังการทำอาสนะไดอาสนะหนึ่งเรียบร้อยแล้ว ทำนี้จะช่วยให้สดชื่น คลาย
 ความเครียด ความอ่อนล้า

6.4.3.3 การหายใจ เป็นการหายใจเข้าที่ลึกและช้า ช่วยให้ร่างกายได้รับ
 ออกซิเจนอย่างเต็มที่ เซลล์ต่างๆ ได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ โดยขณะที่หายใจเข้าท้องพอง หายใจ
 ออกท้องแฟบ โดยวางมือขวาทับมือซ้ายไว้ที่ท้อง หายใจเข้าลึก หายใจออกยาว กระทำ 3 รอบของ
 การหายใจ

6.4.3.4 การฝึกสมาธิ การฝึกสมาธิ (Meditation) เพื่อทำใจให้สงบ
 เป็นการผ่อนคลาย การฝึกให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลดหายใจเข้าออก
 การยุบพองของท้อง เพื่อให้สติระลึกได้ตามอริยาบถของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ
 อารมณ์ ช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ บรรเทาความกดดันและความเครียดได้ การฝึกให้สงบคู่
 กับการผ่อนคลายจะทำให้จิตใจสงบ (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2536) กระทำหลังปฏิบัติโยคะและ
 เตรียมจิตให้สงบนิ่งก่อนการปฏิบัติโยคะ

6.4.3.5 ความคิดด้านบวกหรือการมีทัศนคติที่ดี ในหลักของโยคะ
 การมีทัศนคติที่ดี หรือการมีความคิดในด้านบวกนั้น โยคะใช้การมียามะนิยามะเป็นแนวทาง เป็น
 รูปแบบของการฝึกทัศนคติผ่านข้อปฏิบัติทางจริยธรรม และนิยามะเป็นการสร้างวินัยในตนเอง
 (Gharote, 2003) โดยการฝึกการคิดด้านบวก จะกระทำขณะที่จิตมีความสงบนิ่ง เพราะในขณะที่
 จิตสงบนิ่งคลื่นสมองจากคลื่นเบต้าจะเปลี่ยนเป็นคลื่นแอลฟา มีส่วนช่วยพัฒนาระบบการทำงานของ
 ของจิตได้สำนึกและแสดง ออกมาเป็นพฤติกรรมได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545; วีรเทพ ปทุม
 เจริญวัฒนา, 2538)

6.5 ประโยชน์ของโยคะ โยคะมีประโยชน์ต่อร่างกายทางด้านต่างๆ มากมาย (โครงการเผยแพร่โยคะเพื่อสุขภาพ, 2547) ดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้เลือกดีไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ดีขึ้น จากการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่าต่าง ๆ ตามแบบโยคะ ประกอบกับการหายใจเข้าออกช้า ๆ และลึก ๆ อย่างเป็นระบบ โดยปกติแล้วกล้ามเนื้อส่วนที่ไม่ค่อยได้ใช้งานจะมีเลือดไปเลี้ยงน้อย การยืดเหยียดทำให้หลอดเลือดขยายตัวและเลือดสามารถไปเลี้ยงส่วนนั้นได้มากขึ้น

2. ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับข้อต่อต่าง ๆ ทำให้ข้อต่อสามารถเคลื่อนไหวได้ระยะหรือมุมการเคลื่อนไหวที่มากกว่าเดิม

3. ช่วยผ่อนคลายและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการทำงานในชีวิตประจำวัน

4. ช่วยแก้ไขทรวดทรงให้ดูดีขึ้นเพราะขณะที่มีการปฏิบัติทำโยคะ ผู้ฝึกจะเรียนรู้เกี่ยวกับการทรงตัวที่ดี ฝึกการกระจายน้ำหนักผ่านแขน และกระดูกสันหลังอย่างเหมาะสมและเป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัว

5. ช่วยทำให้สมาธิดีขึ้น ทั้งนี้การฝึกโยคะก็คือวิธีการฝึกสมาธิรูปแบบหนึ่งร่างกายจะมีการประสานการเคลื่อนไหวให้สัมพันธ์กับความคิด (จิต) และลมหายใจเข้าออก

6. ช่วยบรรเทาความปวดเมื่อยที่เกิดขึ้นจากการเล่นกีฬา หรือการงานในชีวิตประจำวัน การฝึกโยคะช่วยยืดกล้ามเนื้อและเอ็นที่ข้อต่อส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่กระดูกสันหลัง ทำให้อาการปวดเมื่อยบรรเทาลง

7. ช่วยลดอาการปวดประจำเดือน โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

8. บำบัดรักษาโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากความเครียด ทำให้ใจเย็นลงได้ โยคะมีการฝึกหายใจ ผู้ฝึกจะสามารถหายใจได้ยาวและลึกขึ้นกว่าเดิม การหายใจช้าๆและลึกๆสามารถนำไปใช้ได้ในขณะที่หงุดหงิด โกรธ จะช่วยระงับความรุนแรงได้ระดับหนึ่ง

9. เพิ่มความมีสติ (Awareness) กล่าวคือ ผู้ฝึกสามารถรับรู้ท่าทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้องของตนเองได้รวดเร็วขึ้นในขณะที่อยู่ในท่านั่ง นอนยืน เดิน หรือทำงานในชีวิตประจำวัน นอก จากนั้นความมีสติยังหมายถึงความรวดเร็วในการรับรู้ต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น รู้ว่าอยากได้อะไร อยากมี รู้ว่าโกรธ เป็นต้น เมื่อมีสติรู้ทันก็สามารถควบคุมอารมณ์ต่างๆ ไม่ให้หวั่นไหวตามสิ่งที่มากระตุ้นและช่วยทำให้จิตสงบลงได้ระดับหนึ่ง

6.6 ผลของโยคะต่อสุขภาพ

ผลของโยคะต่อสุขภาพแบ่งเป็น 2 ด้าน (โครงการเผยแพร่โยคะเพื่อสุขภาพ, 2547) ดังนี้

6.6.1 ทางด้านร่างกาย แยกเป็นผลของโยคะตามระบบต่างๆในร่างกายได้ดังนี้

ระบบหายใจ อวัยวะที่สำคัญ คือปอด การหายใจที่ดีขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของปอดและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องแข็งแรงและมีประสิทธิภาพที่ดี ซึ่งถ้าระบบการหายใจที่บกพร่องนั้นอาจนำมาซึ่งโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคทางเดินหายใจอุดกั้น ซึ่งการปฏิบัติโยคะนั้นสามารถทำให้ อาการของโรคต่างๆเหล่านี้ดีขึ้น และป้องกันการเกิดได้ ดังการศึกษาของ Sathyaprabha et al. (2001) พบว่าผลการใช้โยคะและการบำบัดที่ไม่ต้องใช้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า การทำหน้าที่ของปอดดีขึ้นผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นขึ้น สุขสบายขึ้น หายใจสะดวกขึ้น การบำบัดทางธรรมชาติและโยคะ ทำให้สุขภาพดีขึ้น อาการเหนื่อย หอบทุเลาลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jandon (1978) ที่ใช้โยคะช่วยในการบำบัดรักษาโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าหลังการฝึกโยคะ ค่าเฉลี่ยของ Pulmonary Function Test เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบปรากฏการณ์นี้ในผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติทั่วไป

ระบบประสาทและสมอง ระบบประสาทเป็นอวัยวะที่สำคัญในการเชื่อมต่อกับทุกส่วนของร่างกาย โดยมีสมองเป็นแกนหลักที่สำคัญ ซึ่งการปฏิบัติโยคะนี้ส่งผลดีต่อ การนำของกระแสประสาทให้ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นปกติ โยคะช่วยทำให้คลื่นสมอง เปลี่ยนเป็นคลื่นแอลฟา และเรต้าที่มีผลให้สมองมีการรับรู้และมีสมาธิในการทำงานดีขึ้น (Corby et al., 1978) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamei et al. (2000) ทำการศึกษา การลดลงของซีรัมคอริติซอลระหว่างการฝึกโยคะที่มีความ สัมพันธ์กับการเปลี่ยนคลื่นสมองแอลฟาหลังการทดลอง จากการดู EEGในสมอง พบว่ามีคลื่นแอลฟาเพิ่มขึ้นแต่ระดับคอริติซอลลดลง ซึ่งการมีระดับของคอริติซอลลดลง ช่วยลดภาวะความตึงเครียดและทำให้ความดันโลหิตลดลงได้

ระบบไหลเวียนของเลือด อวัยวะสำคัญของระบบนี้คือ หัวใจ การหดและคลายตัวของหัวใจทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย การทำให้หัวใจแข็งแรงนั้นสามารถทำได้ด้วยโยคะ เช่น ในท่างูเห่า ท่าตักแตนและท่างูที่ให้ความดันในช่องอกเพิ่มขึ้นเป็นการนวดหัวใจไปในตัว ทำให้มีความยืดหยุ่นดี (Kupalayananda, 2003) ป้องกันการเป็นโรคหัวใจได้ ดังการศึกษาของ Manchandra et al (2000) ทำการศึกษา การลดระยะการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิถีชีวิตแบบโยคะ พบว่า อาการเจ็บหน้าอกลดลง ความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น น้ำหนักลดลง ระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ลดลง ลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การมีระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ดั้น ส่งผลให้อวัยวะภายในทำหน้าที่ปกติได้ พบว่าโยคะเป็นการบริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียดที่กระทำด้วยความนุ่ม นวลเกิดการผ่อนคลาย ช่วยให้ระบบข้อต่อกระดูกและกล้ามเนื้อมีความแข็งแรง สามารถป้องกันและรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและกล้ามเนื้อได้ ดังการศึกษาของ Garfinkel et al. (1994) ทำการ ศึกษาการใช้โยคะในการรักษาโรคเสื่อมของข้อต่อกระดูก โดยใช้หลักของโยคะและเทคนิค

ผ่อนคลาย ไม่มีการใช้ยาที่ใช้ในการรักษาระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ หลังการฝึกโยคะเป็นเวลา 1 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม มีอาการปวดน้อยลงและการเคลื่อนไหวดีขึ้น

6.6.2 ผลดีต่อสุขภาพทางด้านจิตใจ

ขณะที่ร่างกายมีการผ่อนคลายและมีสมาธิขณะฝึกโยคะ ส่งผลให้จิตได้รับการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลได้ Sahasi et al (1989) ทำการศึกษาถึง ประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคโยคะในการจัดการกับภาวะวิตกกังวล โดยทำการเปรียบเทียบการใช้เทคนิคโยคะกับการรักษาด้วยยา Diazepam หลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ใช้การบำบัดด้วยเทคนิคโยคะมีอัตราการของการส่งยาว นานขึ้น และอาการวิตกกังวลน้อยลงทั้งสองกลุ่มและโยคะช่วยให้การเรียนรู้และการรับรู้ รวมทั้งความจำดีขึ้น ดังนั้นการศึกษาของ Telles et al. (2000) ทำการศึกษาผลของการฝึกโยคะต่ออุปสรรคในการเรียนรู้ พบว่าหลังการฝึกโยคะเป็นเวลา 30 วัน กลุ่มทดลองมีการเรียนรู้ได้เร็วขึ้นและสามารถจัดการอุปสรรคในการเรียนของตนเองให้น้อยลงได้

สรุปได้ว่า โยคะมีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งยังช่วยป้องกัน และบำบัดโรคบางชนิดได้ โดยในปัจจุบันนี้โยคะเป็นที่สนใจ ที่สามารถอธิบายด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์ และนำมาประยุกต์ใช้กับศาสตร์ทางสุขภาพอย่างกว้างขวาง

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกโยคะ

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2546) ศึกษาผลของโยคะต่อสมรรถภาพทางกายและความเครียดในผู้ฝึกสอนโยคะ พบว่า ชีพจรและความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความอ่อนตัวเพิ่มขึ้น สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นและความเครียดลดลง

Damodaran et al. (2002) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยโยคะต่ออัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่เปลี่ยนแปลงได้ ในชายและหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง โดยให้ฝึกโยคะทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง ผลพบว่า ความดันโลหิตลดลง

Raju et al. (2002) ศึกษาผลของการฝึกโยคะต่อความทนในการออกกำลังกายทั่วไปในอาสาสมัครสุขภาพดี 12 คน โดยให้อาสาสมัครหายใจแบบปราณยามะอย่างเดียว 20 วัน ต่อจากนั้นฝึกทำโยคะอาสนะจนครบ 90 วัน ผลพบว่า ในระยะ 20 วัน แรกมีระดับของ Blood lactate เพิ่มมากขึ้นในกระแสเลือดเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการฝึก ในระยะ 90 วัน ไม่พบ Blood lactate เพิ่มมากขึ้น แต่พบมีการใช้ Oxygen ลดลง การหายใจลดลง

Tran et al. (2001) ศึกษาผลของการฝึกหฐะโยคะต่อการทำงานของร่างกาย คือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของร่างกาย การขยายตัวของปอด การไหลเวียนของเลือด

รวมถึงการทำงานของหัวใจ ในอาสาสมัครที่มีสุขภาพดี อายุ 18-27 ปี จำนวน 10 คน ทำการฝึกหะฐะโยคะสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 75 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า มีการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของร่างกาย การขยายตัวของปอด การไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น รวมถึงการทำงานของหัวใจดีขึ้น

Raju et al. (1997) ศึกษาผลของการฝึกโยคะอย่างหนักต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาของร่างกายในหญิงวัยผู้ใหญ่ 6 คน โดยให้ฝึกโยคะระยะสั้น 4 สัปดาห์ ฝึกทุกวัน เช้า และเย็น ฝึกครั้งละ 90 นาที ผลพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง และ การใช้ออกซิเจนลดลง

Raju et al. (1994) เปรียบเทียบผลของโยคะต่อการออกกำลังกายทั่วไป ของนักกีฬาเป็นเวลา 20 วัน ผลพบว่าการฝึกหายใจแบบปราณยามะสามารถเพิ่มออกซิเจนในร่างกายได้โดยไม่มี的增加ของระดับกรดแลคติกในกระแสเลือด

Wood (1993) ศึกษาผลของ Relaxation Visualization และ yoga ต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในอาสาสมัครอายุ 27-76 ปี จำนวน 7 คน ผลพบว่า การฝึกโยคะแบบปราณยามะเพิ่มความสามารถในการรับรู้และเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในทางบวกได้ดีกว่า Relaxation และ Visualization

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล

ดารารัตน์ ปานดี (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียด ด้านจัดการกับอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตน์ตนา อัญญา (2545) ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.43 มีความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.43 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ศึกษา ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ภาวะต่างๆในการดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

ประเทือง อานันธิโก (2542) การศึกษา ภาวะเครียดและการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กพิการทางปัญญา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดสูง มารดามีความเครียดสูง และรุนแรงกว่าบิดา ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว และปัญหาพฤติกรรม การเลี้ยงดู ส่วนระดับความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับเพศของบุตร และความพิการ

สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ (2542) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ดูแลซึ่งต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มักเกิดความเครียดอันมีผลมาจากความพยายามคงสมดุลของสภาพร่างกายและสภาพจิตใจในการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบจากการดูแล ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีการทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง และสถานการณ์การจัดการต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศของผู้ป่วย ผู้ดูแลจำนวนมากมีความเครียดในระดับปานกลางลักษณะความเครียดที่ปรากฏ พบได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมทางสังคม และจิตวิญญาณ การปรับตัว มีทั้งการมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาหรือแก้สถานการณ์และการลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์

วันดี โดสุขศรี (2539) ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียดและภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่าภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเจ็บป่วยในระหว่างเป็นผู้ดูแล ซึ่งแสดงถึงการมีความเครียด ผู้ดูแลจึงประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุกคามและเป็นความเครียด

สมพัฒน์ ศรีแก้วและคณะ (2532) สำรวจความเครียดของญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ญาติผู้ป่วยที่มีสถานภาพ นม้าย หย่ามีระดับความเครียดสูงกว่าผู้มีสถานภาพคู่และโสดและพบว่าอายุ เพศ อาชีพ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว รายได้ของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีผลทำให้เกิดความเครียดในระดับที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของสถิติที่ระดับ .05

8. การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดโยคะที่เป็นศาสตร์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยมีการให้ข้อมูลแบบรายกลุ่มที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับข้อมูลตามการรับรู้ หรือตามความต้องการ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถนำความรู้ไปใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการด้านความเครียดซึ่งประกอบ ด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยการเข้าพบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อ่อนนุ้ย ถือเป็น การสร้างความน่าเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น (Rogers และ Kreutzer, 1984) ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้ง

วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมกับผู้วิจัยซักถาม ประเมินและรับฟังความต้องการในการเรียนรู้ รวมถึงปัญหาต่างๆของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และทำการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสนใจ และต้องการเพิ่มเติมจากการได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีความครอบคลุมในเรื่อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง ความเครียดและโยคะ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมอบคู่มือการฝึกโยคะ และสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อใช้ในการ ทบทวนความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความ ต้องการของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติโยคะ

หลักของการฝึกโยคะประกอบด้วยหลักที่สำคัญ 5 ประการ คือ เทคนิคการหายใจ การปฏิบัติอาสนะ เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิและการคิดในด้านบวก ซึ่งขั้นตอนของการฝึก โยคะจะกระทำโดย ผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดูเป็นตัวอย่าง และให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองฝึกปฏิบัติตามผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การฝึกอาสนะ เป็นการบริหารร่างกายชนิดหนึ่งเพื่อปรับความสมดุลของ ร่างกาย ทำให้อวัยวะทุกส่วนในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความสมดุล โดยมี อาสนะในการฝึกครั้งนี้ 11ท่า คือ ท่าจรเข้ ท่างู ท่าตักแตน ท่าคันไถ ครึ่งตัว ท่าเหยียดหลัง ท่าคิม ท่านั่งเพชร ท่าสัญลักษณ์แห่งโยคะ ท่าบิดสันหลัง ท่ากงล้อและอีก 1 ท่า คือ อาสนะในการผ่อนคลาย (ท่าศพ)

2. การผ่อนคลาย การปฏิบัติในการผ่อนคลายนี้จะช่วยให้สภาวะร่างกายและ จิตใจอยู่ในภาวะผ่อนคลายโดยการนอนราบกับพื้น สันเท้าห่างกันพอให้นิ้วเท้าหันมาชนกันได้ ปลายเท้าแยกออกวางตามสบายหลังตาตั้งน้ำหนักตัวลงกับพื้น ไม่เกร็ง ท่านี้เรียกว่า ท่าศพ ใช้ เป็นท่าพักหลังการทำอาสนะใดอาสนะหนึ่งเรียบร้อยแล้ว ท่านี้จะช่วยให้สดชื่น คลายความเครียด ความอ่อนล้า

3. การหายใจ เป็นการหายใจเข้าที่ลึกและช้า ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่าง เต็มที่ โดยขณะที่หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ โดยวางมือขวาทับมือซ้ายไว้ที่ท้อง หายใจเข้าลึก หายใจออกยาว จะปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการปฏิบัติอาสนะในท่าต่างๆ

4. การฝึกสมาธิ (Meditation) ในการปฏิบัติโยคะจะมีเป้าหมายเพื่อทำให้สงบ เป็นการผ่อนคลาย การฝึกให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น การหายใจเข้าออก หรือการยุบพองของท้อง ทำให้เรามีสติระลึกรู้ตามอริยาบถของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของ จิตใจ อารมณ์ ช่วยให้ร่างกายได้ผ่อนคลายอย่างเต็มที่ สามารถบรรเทาความกดดันและ

ความเครียดได้ การฝึกให้มีความสงบควบคู่ไปกับการผ่อนคลายจะทำให้จิตใจสงบ (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2536) และเป็นการเตรียมจิตใจให้สงบนิ่งก่อนการปฏิบัติโยคะ

5. ความคิดด้านบวกหรือการมีทัศนคติที่ดี ในหลักของโยคะการมีทัศนคติที่ดี หรือการมีความคิดในด้านบวกนั้น โยคะใช้การมียามะนิยามะเป็นแนวทาง เป็นรูปแบบของการฝึกทัศนคติผ่านข้อปฏิบัติทางจริยธรรม และนิยามะเป็นการสร้างวินัยในตนเอง (Gharote, 2003) โดยการฝึกการคิดด้านบวกจะกระทำขณะที่จิตมีความสงบนิ่ง เพราะในขณะที่จิตสงบคลื่นสมองจากคลื่นเบต้าจะเปลี่ยน เป็นคลื่นแอลฟา ที่มีส่วนช่วยพัฒนาระบบการทำงานของจิตได้สำนึก และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545; วีรเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2538)

การปฏิบัติโยคะ จะเป็นการที่ผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดู และให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม โดยทำการปฏิบัติโยคะร่วมกับการให้ข้อมูลจำนวน 5 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำความรู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติโยคะ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโยคะ ให้ผู้ดูแลปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมกับทำการบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนำความรู้จากการปฏิบัติโยคะร่วมกับการให้ข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติจริงที่บ้าน ซึ่งการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการฝึกก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. กรอบแนวคิด

การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนโดยการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะเป็นรายกลุ่ม ซึ่งใช้แนวคิดการให้ข้อมูลและแนวคิดโยคะของสถาบันไทวัลยธรรม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การให้ข้อมูล โดยการประเมินความต้องการและปัญหา ซึ่งจะครอบคลุมในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและโยคะ

2. การปฏิบัติโยคะประกอบด้วย การฝึกการหายใจ การปฏิบัติอาสนะ การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิและการฝึกคิดในด้านบวก ในครั้งที่ 1-5 ผู้วิจัยจะเป็นผู้สาธิตและให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองกลับไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน โดยทำอย่างต่อเนื่องนาน 4 สัปดาห์ ๗ ละไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน

ความเครียด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Polit และ Hunggle, 1999) โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม O1 _____ O2

กลุ่มทดลอง O3 _____ X _____ O4

O1 และ O2 หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O3 และ O4 หมายถึง ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

X หมายถึง การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนินในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างวันที่ 30 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 28 มีนาคม 2550 ซึ่งยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการปฏิบัติโยคะ และตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคิดจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งในการคำนวณหาขนาดอิทธิพลนั้นได้มาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง แล้วจึงนำไปแทนค่าใน Statistical Power Tables เพื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Burn และ Grove, 2005) ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2 เรื่อง คือ ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้โยคะและการทำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศิริพร เพิ่มพูล (2547) และ ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ของ

พรทิพย์ อนันตกุล (2543) จากการทำ pilot study ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 3 คน ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56 และ 0.80 ตามลำดับ เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ขนาดอิทธิพล 0.56 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางเพื่อคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอที่จะลดความคลาดเคลื่อนให้มากที่สุด กำหนดค่า alpha เท่ากับ .05 power เท่ากับ .80 พบว่า ควรจะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม 20 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ

1.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากการได้รับอุบัติเหตุจากรถ หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุ การณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน และไม่มีการบาดเจ็บที่ส่วนใด ๆ ในร่างกายร่วมด้วย

1.2 อายุ 20 – 59 ปี

1.3 ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีความพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีคะแนนการประเมินระดับความพิการอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน โดยประเมินจากแบบวัดระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สร้างโดย กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร ที่ใช้แนวคิดการพยากรณ์ ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านระดับความรู้สึกตัว ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการเข้าสังคมและด้านการกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

2. กำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ

2.1 เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.2 อายุ 20 – 59 ปี

2.3 สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

2.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท

2.5 ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยกำหนดให้ กลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง และได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยให้มีความคล้ายคลึงกันในลักษณะดังนี้

3.1 อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นิภา นิธยาน, 2530) เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด และการใช้กลวิธีการเผชิญ

ความเครียดของบุคคล ทั้งนี้ Lazarus ได้กล่าวว่าการเกิดความเครียด หรือการลดความเครียดของบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามระดับพัฒนาการ เพราะในแต่ละวัยจะมีแรงขับและเทคนิคในการเผชิญความเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการที่แตกต่างกันไป ซึ่งผู้วิจัยจึงกำหนดความแตกต่างของอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมีความต่างไม่เกิน 5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดารารัตน์ ปานดี (2549) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียด ด้านจัดการกับอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความพิการอยู่ในระดับเดียวกัน (ปานกลางหรือรุนแรง) (Jennett และ Bond, 1975) เนื่องจากระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลหรือความต้องการการดูแล รวมถึงการพยากรณ์โรคด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยิ่งระดับความพิการมากก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลที่มากขึ้นด้วย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีภาวะการดูแลที่เพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และมีผลทำให้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความแตกต่างกัน

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกับผู้ป่วยอยู่ในลักษณะเดียวกัน (Goick และ Gentleman, 2004) เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

3.4 คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน เนื่องจากคะแนนความเครียดก่อนการทดลอง มีผลโดยตรงต่อการแปลผลคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังการทดลอง

4. เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ

4.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้าร่วมในการวิจัยไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้จนจบโปรแกรม

4.2 ไม่ยินดีเข้ารับการปฏิบัติโยคะ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามที่กำหนด

4.3 มีโรคประจำตัวที่อยู่ในระยะวิกฤตหรือความพิการอื่นๆ ที่อาจเกิดอันตรายขณะฝึก เช่น โรคไต เบาหวาน และความดันโลหิตสูงในระยะวิกฤต เป็นต้น

ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คู่ มีลักษณะแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและระดับความพิการของผู้ป่วย

คู่ที่	อายุของผู้ดูแลผู้ป่วย		ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		ระดับความพิการของผู้ป่วย	
	บาดเจ็บสมอง(ปี)					
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	38	42	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
2	35	39	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
3	53	57	มารดา	มารดา	ปานกลาง	ปานกลาง
4	35	38	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
5	40	36	บุตร	บุตร	มาก	มาก
6	53	51	มารดา	มารดา	มาก	มาก
7	38	35	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
8	36	38	บุตร	บุตร	มาก	มาก
9	34	32	บุตร	บุตร	มาก	มาก
10	39	41	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
11	48	44	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
12	38	33	บุตร	บุตร	ปานกลาง	ปานกลาง
13	35	33	ภรรยา	ภรรยา	ปานกลาง	ปานกลาง
14	38	35	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
15	38	35	บุตร	บุตร	ปานกลาง	ปานกลาง
16	45	48	ภรรยา	ภรรยา	มาก	มาก
17	32	33	บุตร	บุตร	ปานกลาง	ปานกลาง
18	45	43	ภรรยา	ภรรยา	ปานกลาง	ปานกลาง
19	39	38	ภรรยา	ภรรยา	ปานกลาง	ปานกลาง
20	51	52	มารดา	มารดา	มาก	มาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้/เดือนและระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพเป็นข้อความให้เลือก 5 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 7 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับศาสนาเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้เป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลแล้ว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคและแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเป็นข้อความให้เลือก 5 ข้อ แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สร้างขึ้นโดยกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2540) ซึ่งใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกตัว

รู้ตัวดี	ให้ 4 คะแนน
สับสน ไม่รู้กาลเวลาและหรือสถานที่และหรือบุคคล	ให้ 3 คะแนน
ไม่รู้สึกตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	ให้ 2 คะแนน
ไม่รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	ให้ 1 คะแนน

ด้านที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ทำเองได้ทั้งหมด	ให้ 3 คะแนน
พึ่งพาผู้อื่นบางส่วน	ให้ 2 คะแนน
พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	ให้ 1 คะแนน

ด้านที่ 3 การเข้าสังคม

เข้าสังคมได้ตามปกติ	ให้ 4 คะแนน
เข้าสังคมได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย	ให้ 3 คะแนน
เข้าสังคมได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	ให้ 2 คะแนน
เข้าสังคมไม่ได้เลย	ให้ 1 คะแนน

ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติ	ให้ 4 คะแนน
กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่	ให้ 3 คะแนน
พักงานหรือพักการเล่าเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย)	ให้ 2 คะแนน
ออกจากงานหรือการเล่าเรียน	ให้ 1 คะแนน

ความพิการแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ไม่มีความพิการ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง และไม่มีอาการหลงเหลืออยู่

2. มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ถึงแม้จะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่ แต่ก็พบว่ามีน้อยมาก ซึ่งสามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

3. มีความพิการในระดับปานกลาง (Moderate disability) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจรู้สึกตัวดีหรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคล สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ยังคงพึ่งพาผู้อื่นในด้านการเงินและการเข้าสังคมอยู่บ้าง เนื่องจากยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น สติปัญญาและความจำเสื่อม มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องของประสาทสั่งการหรือมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสังคมได้ดังเดิม

4. มีความพิการในระดับรุนแรง (Severe disability) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกรู้ตัว โดยอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคม เนื่องจากมีความพิการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ โดยการประเมินระดับความพิการใน 4 ด้านด้วยกัน คือ ระดับความรู้สึกตัว การเข้าสังคมและการ

กลับไปทำงานหรือเล่าเรียน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน รวมคะแนนที่ได้ทั้ง 4 ข้อได้เป็นคะแนนรวมความพิการ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนจากคะแนนรวมความพิการ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ระดับความพิการ	ช่วงคะแนน
ไม่มีความพิการ	15 คะแนน
มีความพิการเล็กน้อย	13-14 คะแนน
มีความพิการในระดับปานกลาง	6-12 คะแนน
มีความพิการในระดับรุนแรง	4- 5 คะแนน

แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วย

ตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับแก้ไขตามคำ แนะนำแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สรุปผลได้ดังนี้คือ แบบประเมินระดับความ พิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความเหมาะสม

1.2 นำแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit และ Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Davis, 1992; Polit และ Hungler, 1995) ผลคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .86

2. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่ม

ตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

1.2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนเพื่อชี้ถึงระดับความเครียดได้ดังนี้ 30 - 60 คะแนน อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติมาก 26 - 29 คะแนน อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง 18 - 25 คะแนน อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย 6 - 17 คะแนน อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ 0 - 5 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สรุปผลได้ดังนี้ คือ คำถามข้อที่ 20 อาจไม่เหมาะสมในบริบทของคนไทย และผู้ที่มีสถานะภาพโสด อาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถตอบได้ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมไทย จะสอนให้เพศหญิงรักษาวงศ์วงศ์วงศ์

1.2 นำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit และ Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Davis, 1992; Polit และ Hungler, 1995) ผลคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

นำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปหาค่าความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .83 และหาความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ได้เท่ากับ .76

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการหลักให้ข้อมูลและหลักโยคะตามศาสตร์แห่งโยคะ (Yoga) จากแนวคิดของสถาบันโกวัลยธรรม ประเทศอินเดียที่มีหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (Robert, 2000; Gharote, 2003) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสาร ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติโยคะ

2.2 นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อกำหนดโครงสร้าง เนื้อหาสาระสำคัญและวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติโยคะให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย มีโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติโยคะ

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอน คู่มือประกอบภาพ สื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วย ความเครียดและโยคะ เพื่อบรรเทาความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของความหมายของความเครียด สาเหตุของความเครียด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเครียดและการปฏิบัติโยคะ

2.3.2 คู่มือประกอบภาพการปฏิบัติโยคะ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นเอกสารที่มีรายละเอียดในเรื่องเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติโยคะ ความเป็นมาและความหมายของโยคะ ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติในการปฏิบัติโยคะและผลของโยคะต่อสุขภาพ รวมถึงความเครียดและวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยมอบให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คนละ 1 เล่ม

2.3.2 สื่อวีดิทัศน์ประกอบภาพการปฏิบัติโยคะ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นวีดิทัศน์ที่มีรายละเอียดในเรื่องเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติโยคะ ความเป็นมาและความหมายของโยคะ ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติในการปฏิบัติโยคะ ผลของโยคะต่อสุขภาพและอาสนะต่างๆที่ใช้ในการฝึก โดยมอบให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คนละ 1 แผ่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำกิจกรรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ สื่อที่ใช้ประกอบในการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ได้แก่ แผนการสอน โปรแกรมคู่มือและวีดิทัศน์การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อช่วยตรวจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม และความสอดคล้อง ความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้กับเนื้อหา

ผลของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ทั้งในแผนการสอนและในคู่มือให้ง่ายต่อการเข้าใจ แก้ไขเนื้อหาโดยลดเนื้อหาบางส่วนที่ซ้ำซ้อนออก คู่มือให้เน้นรูปภาพ ให้ดูเข้าใจง่ายขึ้น

2. ปรับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบางส่วน โดย

2.1 การดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ไม่ควรเกิน 30 นาที เพราะจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเบื่อหน่าย

2.2 การติดตามกลุ่มตัวอย่าง ควรเพิ่มการติดตามในขณะที่ดำเนินการทดลอง โดยการโทรศัพท์เยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค รวมถึงการฝึกปฏิบัติโยคะและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติโยคะ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดำเนินการทดลอง ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และ ความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง

แบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ เพื่อติดตามการปฏิบัติโยคะของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาวิเคราะห์ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติโยคะครบตามที่กำหนดหรือไม่ คือ กลุ่มตัวอย่างต้องมีการฝึกปฏิบัติโยคะอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง และอย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์ เนื่องจากเป็นระยะเวลาการฝึกที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ปฏิบัติโยคะครบตามที่กำหนดคือ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์หมดทุกคน

การตรวจสอบคุณภาพของแบบบันทึกการปฏิบัติโดยคะด้วยตนเองที่บ้าน

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติโดยคะด้วยตนเองที่บ้าน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของแบบบันทึก ปรับแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

ให้ปรับปรุงวิธีการบันทึกที่ใช้ให้ง่ายต่อการเข้าใจ หรือมีคำอธิบายกำกับกับการบันทึก ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้กำกับกับการทดลอง ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 28 มีนาคม พ.ศ.2550 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยดำเนินการทดลองเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง และขั้นตอนดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง ในหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาทและประสาทศัลยศาสตร์ จากสถาบันประสาทวิทยา และได้เข้าร่วมในการฝึกอบรมโยคะเพื่อสุขภาพ จากสถาบันไถวัลยธรรมพร้อมกับได้รับการปฏิบัติโยคะจำนวน 30 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้วิจัยจัดเตรียมกิจกรรมการปฏิบัติโยคะและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ฝึกโยคะให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและทดลองดำเนินการโปรแกรมการปฏิบัติโยคะ จำนวน 3 ราย

3. ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง ในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่าผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้งสองแห่งแล้ว จึงพิจารณาจัดทำแผนดำเนินการทดลอง โดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระปิ่นเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า หลังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกศัลยกรรม เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยรายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลองและการจัดเตรียมสถานที่

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและ 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง
2. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการและได้รับการปฏิบัติโยคะจากผู้วิจัย

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีลักษณะทางด้านเพศ อายุ และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่กำหนดและดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1. ในวันที่ 1 (7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 30 นาที) ทำการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวผู้วิจัย แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มควบคุมยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมกับตอบแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งเมื่อพาผู้ป่วยมารับตรวจการรักษาครั้งต่อไป (4 สัปดาห์) วัตถุประสงค์ในการพบครั้งที่ 1 เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มควบคุม (pre-test)

ครั้งที่ 2. ในวันที่กลุ่มควบคุมพาผู้ป่วยมารับตรวจการรักษาครั้งต่อไป (4 สัปดาห์) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที) ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมโดยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วัตถุประสงค์ในการพบครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (post-test) ภายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแล และวีดิทัศน์การปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแล ให้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุมทุกราย

กลุ่มทดลอง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล ประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยพบ กลุ่มทดลองทั้งหมด 6 ครั้งโดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1. (7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 45 นาที)

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมกับประเมินปัญหาของผู้ดูแลเป็น รายกลุ่ม

2) เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพร้อมกับทำแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง (pre-test) ส่วนแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวม ข้อมูลด้วยตนเองโดยการขออนุญาตจากผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ในการศึกษาข้อมูลของ ผู้ป่วยและทำการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยตามแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง

3) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การดูแลตนเอง ความเครียดและ ความรู้เกี่ยวกับโยคะโดยใช้สื่อวีดิทัศน์

4) ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการซักถามถึงข้อสงสัยในแต่ละขั้นตอนและ ร่วมกันวางแผนกำหนดวัน เวลาที่เหมาะสมในการปฏิบัติโยคะ โดยกำหนดให้ฝึกวันละ 30 นาที เป็นอย่างน้อย ฝึก 3 วัน/สัปดาห์ นาน 4 สัปดาห์ โดยใช้การฝึกร่วมกับวีดิทัศน์เรื่องโยคะสำหรับ ผู้ดูแลเมื่อกำหนดวัน และเวลาในการนัดหมายของการพบกันครั้งต่อไป ผู้วิจัยอธิบายถึงการเตรียม ตัวก่อนการปฏิบัติโยคะ ในเรื่องการแต่งกาย และการรับประทานอาหารก่อนการฝึก

ครั้งที่ 2. (6 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 45 นาที)

1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความรู้ในการ ดูแลตนเองและผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับความเครียดและโยคะเมื่อครั้งที่ผ่านมา พร้อมกับ ทบทวนและให้ความรู้เพิ่มเติม ในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องการตามความต้องการของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2) การปฏิบัติโยคะ ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมโยคะพร้อมกับให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมองฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1) การฝึกการหายใจแบบโยคะ โดยการหายใจเข้าลึกหน้าท้องพองออก หายใจออกหน้าท้องแฟบเป็นการหายใจเข้าที่ลึกและช้า ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายและเซลล์ต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่ โดยขณะที่หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ

2.2) การฝึกอาสนะ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกอาสนะ (ท่าโยคะ) โดยผู้วิจัยได้เลือกอาสนะในท่าที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและการฝึกปฏิบัติจริง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับความสมดุลของร่างกายโดยการฝึกอาสนะต่างๆ ในท่าที่ 1-6 เริ่มด้วยท่าเตรียม ท่าจรเข้ ท่างู ท่าตักแตน ท่าคันไถครึ่งตัวและท่าเหยียดหลัง

2.3) การฝึกการผ่อนคลาย ด้วยอาสนะในท่าศพ เป็นวิธีที่ทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ผ่อนคลาย การปฏิบัติในการผ่อนคลายนี้จะช่วยให้สภาวะร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะผ่อนคลาย ท่านี้จะช่วยให้สดชื่น คลายความเครียดและความอ่อนล้าได้

2.4) การฝึกสมาธิ (Meditation) กระทำเมื่อเริ่มฝึกและหลังฝึกทักษะโยคะ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้สงบเป็นการผ่อนคลาย ทั้งนี้เพื่อให้สติระลึกรู้ตามอริยาบถในปัจจุบันของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ ซึ่งการฝึกในลักษณะนี้ทำให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ เป็นการบรรเทาความกดดันและความตึงเครียดได้อย่างดี

2.5) การฝึกความคิดด้านบวกและการมีทัศนคติที่ดี ในหลักของโยคะการมีทัศนคติที่ดีหรือการมีความคิดในด้านบวกนั้น โยคะใช้การมียามะนิยามะเป็นแนวทาง โยคะเชื่อว่าทัศนคติในทางลบเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้คน โดยรอบเราไม่สามารถเข้าสู่ภาวะแห่งองค์รวมได้ตราบที่ยังไม่เปลี่ยนทัศนคติเหล่านั้น ยามะเป็นรูปแบบของการฝึกทัศนคติผ่านข้อปฏิบัติทางจริยธรรม และนิยามะเป็นการสร้างวินัยในตนเอง (Gharote, 2003) โดยการฝึกการคิดด้านบวกจะกระทำขณะที่จิตมีความสงบนิ่ง นั่นคือการมีสมาธิเพราะในขณะที่จิตอยู่ในภาวะที่สงบนิ่ง คลื่นสมองจากคลื่นเบต้าจะเปลี่ยนเป็นคลื่นแอลฟา ที่มีส่วนช่วยพัฒนาระบบการทำงานของจิตได้สำนึก เมื่อบุคคลคิดในสิ่งที่ดีความคิดเหล่านี้จะประทับไว้ในจิตได้สำนึกของบุคคล และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545; วีรเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2538)

3. ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการซักถามถึงข้อสงสัยทั้งการฝึกปฏิบัติโยคะและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปฏิบัติได้ถูกต้อง

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการปฏิบัติโยคะและวีดีทัศน์ เรื่องโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำกลับไปทบทวนได้ และยังรวมถึงอุปกรณ์ในการปฏิบัติโยคะ ซึ่งจะมอบไว้ให้กับผู้ดูแลและทำการนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3. (5 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 45 นาที)

1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองและผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับความเครียดและโยคะเมื่อครั้งที่ผ่านมา พร้อมกับทบทวนและให้ความรู้เพิ่มเติม ในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องการตามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2) การปฏิบัติโยคะ ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมโยคะ พร้อมกับให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เช่นเดียวกับการดำเนินการฝึกในครั้งที่ 2 และเพิ่มเติมในเนื้อหาการปฏิบัติโยคะ คือ จะฝึกต่อเนื่องเพิ่มเติมเพื่อเป็นการทบทวนและฝึกเพิ่มในท่าที่ 7-12 คือ ท่าคิม ท่านั่งเพชร ท่าสัญลักษณ์แห่งโยคะ ท่าปิดสันหลังและท่ากงล้อ

3) ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการซักถามถึงข้อสงสัยทั้งการฝึกปฏิบัติโยคะ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปฏิบัติได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 4. (4 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 45 นาที)

1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองและผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับความเครียดและโยคะเมื่อครั้งที่ผ่านมา พร้อมกับทบทวนและให้ความรู้เพิ่มเติม ในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องการตามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2) การปฏิบัติโยคะ ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมโยคะ พร้อมกับให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เช่นเดียวกับการดำเนินการฝึกในครั้งที่ 3 เพื่อเป็นการทบทวน โดยทำการฝึกทั้ง 12 ท่า

3) ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการซักถามถึงข้อสงสัยทั้งการฝึกปฏิบัติโยคะ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปฏิบัติได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 5. (3 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้เวลา 45 นาที)

1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองและผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับความเครียดและโยคะเมื่อครั้งที่ผ่านมา พร้อมกับทบทวนและให้ความรู้เพิ่มเติม ในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องการตามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2) การปฏิบัติโยคะ ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมโยคะ พร้อมกับให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน เช่นเดียวกับการดำเนินการฝึกในครั้งที่ 3 เพื่อเป็นการทบทวน โดยทำ

การฝึกทั้ง 12 ท่า เพื่อให้ผู้ดูแลจดจำได้มากขึ้นและสามารถนำกลับไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองได้ที่บ้าน

3) ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยการซักถามถึงข้อสงสัยทั้งการฝึกปฏิบัติโยคะ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปฏิบัติได้ถูกต้องและให้กลุ่มทดลองกลับไปฝึกต่อเองที่บ้าน พร้อมกับบันทึกลงในแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน และผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองอีกครั้งเมื่อพาผู้ป่วยมารับตรวจการรักษารั้งต่อไป (4 สัปดาห์)

ครั้งที่ 6. ในวันที่กลุ่มทดลองพาผู้ป่วยมารับตรวจการรักษารั้งต่อไป (4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 30 นาที)

เมื่อสิ้นสุดระยะดำเนินการจะมีการประเมินผลการปฏิบัติโยคะ โดยผู้วิจัยถามถึงการเปลี่ยนแปลงความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยประเมินจากแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิตภายหลังดำเนินการทดลอง พร้อมกับสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก ประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคทั้งหมดในการเข้าร่วมโปรแกรมและแจ้งการสิ้นสุดในการพบกันครั้งสุดท้าย ในวันที่กลุ่มทดลองพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษารั้งต่อไป (4 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จนครบ 20 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากผ่านการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการติดต่อขอชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับแพทย์ หัวหน้าตึก และพยาบาลประจำการรับทราบ

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและดำเนินการทดลอง เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการปฏิบัติโยคะ พร้อมกับเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการและ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ก่อนวันทำการทดลอง ขอความร่วมมือในการวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกของครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่ การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ภาคผนวก ง)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงจะทำการทดสอบในข้อที่ 6

6.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ และเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายและภาพประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1-2)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 3)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ (ตารางที่ 4)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ (ตารางที่ 5)

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ (ตารางที่ 6)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และระยะเวลาการดูแลต่อวัน

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	20	50	20	50	40	100
อายุ(ปี)						
อายุเฉลี่ย (\bar{X})	40.5		40.75		40.625	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	6.411		6.987		6.620	
สถานภาพสมรส						
คู่	18	45	16	40	34	85
โสด	2	5	4	10	6	15
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
มารดา	3	7.5	3	7.5	6	15
ภรรยา	11	27.5	11	27.5	23	55
บุตร	6	15	6	15	11	30
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	15	37.5	14	35	29	72.5
มัธยมศึกษา	5	12.5	5	12.5	10	25
ปริญญาตรี	0	0	1	2.5	1	2.5

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และระยะเวลาการดูแลต่อวัน

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ค้าขาย	3	7.5	1	2.5	4	10
รับราชการ	0	0	1	2.5	1	2.5
รับจ้าง	11	27.5	13	32.5	24	60
อื่นๆ	6	15	5	12.5	11	27.5
รายได้(บาท/เดือน)						
0-10000	16	40	14	35	30	75
10001-15000	3	7.5	14	10	7	17.5
15001-20000	1	2.5	1	2.5	2	5
20001 ขึ้นไป	0	0	1	2.5	1	2.5
จำนวนชั่วโมงการดูแลต่อวัน ภายหลังผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล						
0-5	1	2.5	0	0	1	2.5
6-10	18	45	15	37.5	33	82.5
11 ชั่วโมงขึ้นไป	1	2.5	5	12.5	6	15

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง

35-39 ปี (ร้อยละ 47.5) รองลงมามีอายุระหว่าง 30-34 ปีคิดเป็นร้อยละ 15 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55) มีลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นภรรยา รองลงมาเป็นบุตรของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 30 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ชั่วโมงต่อวันคิดเป็นร้อยละ 82.5 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่า จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) และมีอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 0-10000 บาท



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตามเพศ อายุ ชนิดของการบาดเจ็บสมองและระดับความพิการ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	17	37.5	18	42.5	35	80
หญิง	3	12.5	2	7.5	5	20
อายุ						
อายุเฉลี่ย (\bar{X})	45.5		45.15		45.325	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	9.561		8.671		9.011	
ชนิดของการบาดเจ็บสมอง						
Subdural hemorrhage	9	22.5	8	20	17	42.5
Epidural hemorrhage	2	5	3	7.5	5	12.5
Intraventricular hemorrhage	4	10	2	5	6	15
Subarachnoid hemorrhage	5	12.5	2	5	7	17.5
Intracranial hemorrhage	0	0	5	12.5	5	12.5
ระดับความพิการ						
พิการปานกลาง	7	17.5	7	17.5	14	35
พิการมาก(รุนแรง)	13	32.5	13	32.5	26	65

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 80 ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40) มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี รองลงมา (ร้อยละ 35) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ชนิดของการบาดเจ็บสมองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น subarachnoid hemorrhage คิดเป็นร้อยละ 42.5 และมากกว่ากึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65) มีระดับความพิการรุนแรง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ดูแลผู้ป่วย รายที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1.	31.00	37.00	33.00	30.00
2.	33.00	37.00	35.00	30.00
3.	27.00	34.00	29.00	29.00
4.	33.00	35.00	33.00	29.00
5.	31.00	34.00	31.00	33.00
6.	33.00	40.00	34.00	30.00
7.	35.00	39.00	36.00	32.00
8.	28.00	34.00	30.00	29.00
9.	35.00	41.00	37.00	32.00
10.	34.00	39.00	34.00	36.00
11.	35.00	33.00	35.00	37.00
12.	25.00	29.00	26.00	22.00
13.	31.00	35.00	33.00	29.00
14.	32.00	37.00	34.00	31.00
15.	25.00	29.00	26.00	26.00
16.	35.00	40.00	39.00	31.00
17.	27.00	31.00	28.00	24.00
18.	33.00	35.00	33.00	29.00
19.	31.00	34.00	33.00	29.00
20.	29.00	32.00	31.00	31.00
\bar{X}	31.15	35.25	32.50	29.95

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความใกล้เคียงกันในทุกคู่ โดยมีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน ส่วนหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลอง

ลดลง 14 ราย คงที่ 3 รายและเพิ่มขึ้น 3 ราย ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีการลดลงของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 1 รายและคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงขึ้น 19 ราย และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 35.25 ซึ่งแสดงถึงการมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 29.95 ซึ่งแสดงถึงการมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความเครียด	\bar{X}	SD	df	t – test	p-value
ก่อนการทดลอง(n=40)					
กลุ่มควบคุม	31.15	3.30	38	-1.27	.212
กลุ่มทดลอง	32.50	3.43			

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่ม
ทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t – test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คะแนนความเครียด	32.5	3.43	29.95	3.46	4.16	.001

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของ
กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ระหว่างก่อนและหลังได้รับการทดลองมี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล
ภายหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่ำกว่าก่อนได้รับ
การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความเครียด	\bar{X}	SD	df	t – test	p-value
หลังการทดลอง(n=40)					
กลุ่มควบคุม	35.25	3.50	38	4.813	.000
กลุ่มทดลอง	29.95	3.46			

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นเป็นการศึกษา ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest design with nonequivalent group)

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ
กลุ่มควบคุม เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของ การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ต่อ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและ การปฏิบัติโยคะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ น้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ
2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติ โยคะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ที่ได้รับการรักษาในแผนก ศัลยกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2550 – 28 มีนาคม 2550 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ

1.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน และไม่มีการบาดเจ็บที่ส่วนใด ๆ ในร่างกายร่วมด้วย

1.2 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าเป็นเวลาอย่างน้อย 7 วัน

1.3 อายุ 20 – 59 ปี

1.4 ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยประเมินจากแบบวัดระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลของกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านระดับความรู้สึกตัว ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการเข้าสังคมและด้านการกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

2. กำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง คือ

2.1 เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้องและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

2.2 อายุ 20 – 59 ปี

2.3 สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

2.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท

2.5 ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งในการคำนวณหาขนาดอิทธิพลนั้นได้มาจากการวิจัยที่ใกล้เคียง หรือการทำ pilot study โดยใช้สูตรในการคำนวณดังใน ภาคผนวก ค. เมื่อคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้แล้วจึงนำไปแทนค่าใน Statistical Power Tables เพื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Burn และ Grove, 2005) ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2 เรื่อง คือ ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้โยคะและการกำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศิริพร เพิ่มพูล (2547) และ ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ของ

พรทิพย์ อนันตกุล (2543) และจากการทำ pilot study ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 3 คน ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56 และ 0.80 ตามลำดับ เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้ขนาดอิทธิพล 0.56 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอที่จะลดความคลาดเคลื่อนให้มากที่สุด โดยกำหนดค่า alpha เท่ากับ .05 power เท่ากับ .80 พบว่า ควรจะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการ

กระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม 20 คน

ผู้วิจัยกำหนดให้ กลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง และได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกัน คือ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นิภา นิธยานน, 2530) ระดับความพิการของผู้บาดเจ็บสมองมีความพิการอยู่ในระดับเดียวกัน (ปานกลางหรือรุนแรง) (Jennett และ Bond, 1975) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกับผู้ป่วยอยู่ในลักษณะเดียวกัน (Goick และ Gentleman, 2004) คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น
 - 1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 - 1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บสมอง
 - 1.2 แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

ประกอบด้วย

- 2.1 แผนการสอนการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ
- 2.2 คู่มือประกอบภาพการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
- 2.3 สื่อวีดิทัศน์ประกอบภาพการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแล

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2550 – 28 มีนาคม 2550 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมประสาทและกระดูก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 40 ครอบครัว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งได้จากการสอบถามพยาบาลประจำการและศึกษาประวัติจากเวชระเบียน โดยต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้และจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีสิทธิชอบด้วยกฎหมาย โดยการจับกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแพร่ของสิ่งทดลอง (Diffusion of treatment) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ถ้าผู้วิจัยทำการเก็บกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อม กัน ก็อาจจะทำให้กลุ่มควบคุมรับทราบถึงโปรแกรมที่กลุ่มทดลองได้รับจากการพูดคุยกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความตรงภายใน (Internal validity) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบก่อนดำเนินการทดลองกลุ่มทดลอง รวมทั้งนอกจากนี้ยังจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยกับผู้ป่วยอยู่ในลักษณะเดียวกัน คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เหมือนหรือใกล้เคียงกัน

2. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยได้มอบเอกสารแนะนำการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้ป่วย

3. หลังจากได้รับความร่วมมือ และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการและบุคลากรในทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยและข้อควรปฏิบัติต่างๆของหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะได้รับการรักษาพยาบาลตามแบบแผนการปฏิบัติของหน่วยงานและผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ตามปกติ โดยผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 (7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แบบวัดระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พร้อมกับแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (pre-test) หลังจากนั้นทำการนัดหมายเพื่อพบกับกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมารับการตรวจติดตามผลการรักษา

(4 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เพื่อวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (post-test) จากนั้นผู้วิจัยแนะนำการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มควบคุมทุกราย

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการและบุคลากรในทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยและข้อควรปฏิบัติต่างๆของหอผู้ป่วย ร่วมกับการได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากผู้วิจัยทั้งหมด 5 ครั้ง มีระยะเวลา 5 วัน ครั้งที่ 1 ในวันที่ 1 (7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บสมอง แบบวัดระดับความพิการของผู้บาดเจ็บสมองและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พร้อมกับแบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้สอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในส่วนที่เพิ่มเติมจากพยาบาลประจำการและบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วย นอกจากการให้ความรู้แล้วยังมีการสาธิตร่วมกับการฝึกปฏิบัติโยคะไปพร้อมๆกัน จำนวนทั้งหมด 12 ท่า โดยทำการฝึกวันละ 30 นาที จำนวน 5 วัน และให้ผู้ดูแลกลับไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน โดยมีคู่มือประกอบภาพการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และสื่อวีดิทัศน์ประกอบภาพการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลให้ไว้กับผู้ดูแล เพื่อสามารถฝึกปฏิบัติและทบทวนได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง แล้วทำการนัดหมายเพื่อพบกับกลุ่มทดลองครั้งที่ 6 ในวันที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมารับการตรวจติดตามผลการรักษา (4 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เพื่อวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง (post-test) พร้อมทั้งตรวจสอบแบบบันทึกของกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ และเปิดการเข้าร่วมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ โดยชี้แจงให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและตัวผู้วิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

จากการดำเนินการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ครั้งที่ 1- 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นอย่างดี สามารถทำความเข้าใจกับเนื้อหาในการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ให้ความสนใจในการฝึกปฏิบัติโยคะและสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี แต่กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลเกี่ยวกับการนำไปฝึกต่อที่บ้านเนื่อง จากเกรงว่าจะจำได้ไม่หมด แต่เมื่อผู้วิจัยได้แจกคู่มือประกอบภาพการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และสื่อวีดิทัศน์ประกอบภาพการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแลให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติโยคะมากขึ้น และหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยแล้วมีกลุ่มตัวอย่างได้โทรศัพท์มาซักถามถึงข้อ

สงสัยต่างๆ กับผู้วิจัยและบอกเล่าถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงปัญหาในการปฏิบัติโยคะด้วย จึงร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสอบถามถึงการฝึกปฏิบัติโยคะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนฝึกปฏิบัติโยคะอย่างสม่ำเสมอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Science for Window (SPSS/FW) ตามรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ภาคผนวก ง)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที่ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงจะทำการทดสอบในข้อที่ 6

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที่ (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะมีคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะมีคะแนนความเครียดหลังการทดลองน้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 5) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะเป็นการผสมผสานการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพและโยคะ โดยมีขั้นตอนในการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะดังนี้ การประเมินความต้องการและปัญหา เป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนต้องคำนึงถึงเป็นสิ่งแรก เนื่องจากปัญหา ความรู้และการมีศักยภาพของแต่ละบุคคลนั้นไม่เท่ากัน พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถให้ความรู้ในด้านสุขภาพได้ โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วยสัมพันธภาพที่ดี เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิต เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแต่ละคนนั้นเป็นอย่างไร และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ตรงจุด จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น จากการประเมินปัญหาส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนั้นมีปัญหาคล้ายๆกัน คือ กลัวปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมองว่าการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นจุดเปลี่ยนผ่าน (Transition) ที่สำคัญ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียด เนื่องจากการดูแลที่ต้องเพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจากงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ ประกอบกับความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยมีมากขึ้นและยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หากผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมิได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะยิ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียดมากขึ้น (Archbold et al., 1990; Bull et al., 1995) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ประเมินปัญหาต่างๆว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตน เนื่องจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรู้สึกว่าจะตนเองมีแหล่งทรัพยากรไม่เพียงพอหรือมีอยู่อย่างจำกัด และหากไม่สามารถจัดการหรือเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นได้ ก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้ (Lazarus และ Folkman, 1984) ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการให้ข้อมูลและการ

ปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก็เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้เอง ทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถรับรู้ได้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง (กรรณิกา คงหอม, 2546) รวมทั้งได้ถ่ายทอดความรัก ความห่วงใยของตนเองไปสู่ผู้ป่วย ก่อให้เกิดความสบายใจ คลายความวิตกกังวล ความตึงเครียดและเกิดการปรับตัวที่ดี มีความมั่นใจ ทำให้ผู้ดูแลมีพลังใจและพลังกายในการที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป (พวงทอง กล่อมใจเย็น, 2541) การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ความเครียดและโยคะ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้ความสนใจ โดยใช้วิธีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนและระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนด้วยกันซึ่งมีประโยชน์มาก เนื่องจากช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เพราะการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีปัญหาคล้ายกันได้มาพบปะกัน ทำให้ทราบว่าตนเองมิได้ประสบปัญหาเพียงคนเดียว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่างคนต่างเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยและเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นอีกด้วย

จากการให้ข้อมูลมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีแล้วการฝึกปฏิบัติโยคะก็เป็นขั้นตอนหนึ่ง ของการช่วยบรรเทาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ ทั้งนี้ในหลักของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ถือได้ว่าการพัฒนาจิตผ่านทางกาย (Gharote, 2003) มีส่วนช่วยให้บุคคลมีจิตสำนึกที่ดีและส่งผ่านเป็นพฤติกรรมที่ดี เช่น การได้ฝึกสมาธิขณะที่ร่างกายมีความพร้อมกับการได้คิดได้รับรู้ในสิ่งที่เป็นข้อมูลด้านบวก จะส่งผลให้จิตใต้สำนึกของบุคคลถูกกระตุ้นแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ดี รวมทั้งเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรนาฎ ยิ่งศักดิ์มงคล (2544) ที่ใช้โยคะเป็นองค์ประกอบในการเพิ่มควมมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุหญิงในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีการดูแลสุขภาพตนเองดี เชื่อมั่นในความสามารถของตนรวมทั้งมีการควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ และจากการศึกษาของ สิริธร ไซลิตกุล (2546) ที่ใช้โยคะเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมอาหารดีขึ้น มองโลกในด้านบวกและมีความเข้าใจในชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้โยคะยังใช้หลักการบริหารร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับจิต การฝึกอาสนะถือได้ว่าเป็นการบริหารร่างกายที่ใช้ลมหายใจและจิตที่สงบนิ่งควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างช้าๆ การปฏิบัติเช่นนี้ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีจิตใจที่แข็งแกร่ง ความตึงเครียดผ่อนคลายลง เกิดความสงบในจิตใจ ลดการปลุกเร้าการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดการหลั่งแคทีโกลามีนและคอร์ติซอล มีผลให้ความเครียดลดลง (Kamei et al., 2000)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 5) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากรูปแบบของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะที่กลุ่มทดลองได้รับ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การให้ข้อมูล

การที่ผู้วิจัยเข้าพบกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองครั้งแรก ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อ่อนน้อมเป็นการเริ่มต้นสัมพันธภาพที่ดี สร้างความน่าเชื่อถือ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น (Rogers และ Kreutzer, 1984) ซึ่งสังเกตได้จากพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความยินดีที่มีเจ้าหน้าที่มาพูดคุยด้วย โดยหลังจากที่ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยินดีให้ความร่วมมือ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย โดยผู้ดูแลบางรายได้มีการระบายความรู้สึกต่างๆ ให้กับผู้วิจัยรับฟัง การที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกนั้น เป็นการแสดงออกถึงความปรารถนาดี ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยมากขึ้น และสามารถพูดคุยระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ จึงส่งผลให้ความเครียดลดลงได้ (House, 1981) ในขณะเดียวกันผู้วิจัยซักถาม และรับฟังความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อน ที่จะให้ความรู้ นั้น เนื่องจากบุคคล โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักมีประสบการณ์การเรียนรู้ ในการดูแลตนเองมาบ้างแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากการที่ผู้ดูแลต้องการซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอนหรือการให้ความรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ดังนั้น การที่ผู้วิจัยได้พูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความมั่นใจ ไว้วางใจและส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถลดความเครียดลงได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ จันทพร ยอดยิ่ง, 2541) และการให้ความรู้ของกลุ่มทดลองนี้เป็นการให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องการที่เพิ่มเติมจากการได้รับการพยาบาลตามปกติ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและโยคะ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้ต่างๆ เพียงครั้งเดียวโดยใช้เวลานานเกินกว่า 30 นาที อาจจะทำให้ผู้ดูแลจดจำเนื้อหาได้ไม่หมด และไม่

สามารถทำความเข้าใจได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะสำหรับผู้ดูแล จึงแบ่งเนื้อหา และการฝึกปฏิบัติ ออกเป็น 5 ครั้ง ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้มากขึ้นและทำให้ ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วย รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วย ลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถ รับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus และ Folkman, 1984) รวมทั้งการได้รับข้อมูลผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาภิต, 2539) เนื่องจากวีดิทัศน์ ประกอบด้วยภาพและเสียง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจที่จะติดตามเรื่องราว มีความเข้าใจและ สามารถจดจำสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น ประกอบกับการที่ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการให้ข้อมูลและการปฏิบัติ โยคะสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถอ่านทบทวนได้ในภายหลัง และยังทำ ให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นอีกด้วย (รัตนา อยู่เปลว, 2543) อีกทั้งลักษณะของข้อมูลที่ผู้วิจัยให้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนั้นเป็นข้อมูลตามความจริง มีความกระชับและไม่ใช้ศัพท์ทาง การแพทย์ จึงช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลได้เป็นอย่างดี (Oddy และ Herbert, 2003; รัตนา อยู่เปลว, 2543) และเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับทราบ ข้อมูลเหล่านี้แล้ว จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง รู้สึกว่าตนเองสามารถประเมินสถานการณ์ ได้มากขึ้น (Lazarus และ Folkman, 1984; Thoits, 1986) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาได้ โดยการประเมินสถานการณ์เหล่านี้ นั้นว่าไม่ส่งผลต่อตนเอง ในทางลบหรือสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ จึงส่งผลให้ลดความ เครียดลงได้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติโยคะ

หลักของการปฏิบัติโยคะ ประกอบด้วยหลักที่สำคัญ 5 ประการ คือ เทคนิคการหายใจ การปฏิบัติอาสนะ เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิและการคิดในด้านบวก ซึ่งขั้นตอนของการ ปฏิบัติโยคะจะกระทำโดย ผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดูเป็นตัวอย่าง และให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองฝึกปฏิบัติตามผู้วิจัย

การได้พัฒนาจิตด้วยการปฏิบัติโยคะ ผ่านการปฏิบัติทางกายที่ส่งผลดีทั้งสุขภาพจิตและ จิตวิญญาณ มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน โยคะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลด ความเครียด โดยผ่านเทคนิคของโยคะ เช่น การฝึกอาสนะ (ท่าโยคะ) การหายใจแบบโยคะ การ ผ่อนคลาย การมีสมาธิ การมีทัศนคติที่ดี ทั้งนี้การฝึกอาสนะเป็นการบริหารกายที่อาศัยการยืด เหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยให้ร่างกายเกิดความสมดุล มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ระบบ ประสาทที่เรียกว่าพาราซิมพาเธติก เต้นขึ้น ลดอัตราการทำงานของหัวใจ การเต้นของหัวใจ กล้ามเนื้อต่างๆ

ได้ผ่อนคลายลง ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถต่อสู้กับความเครียดได้มากขึ้น (Castaneda et al., 2002; Pan et al., 1997) เทคนิคการหายใจเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งของการปฏิบัติโยคะ โดยการฝึกควบคุมไปกับการทำอาสนะเป็นการทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสามารถควบคุมตนเองทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและจิตใจ จึงทำให้ความเครียดผ่อนคลาย กำจัดอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความโกรธ ความหงุดหงิด ความกระวนกระวาย อันจะนำไปสู่การผ่อนคลาย การมีสมาธิที่ดี และการมีออกซิเจนในโลหิตเพิ่มขึ้น (สมคิด โพธิชนะพันธ์ และคณะ, 2546) การผ่อนคลายอย่างถูกต้องและมีสมาธิช่วยลดความตึงเครียดได้ ทำให้ระดับคอร์ติซอล ลดลงเป็นผลให้ระดับความเครียดลดลง โดยเฉพาะการผ่อนคลายในท่าศพจะทำให้เกิดการผ่อนคลายไปทั่วร่างกาย กล้ามเนื้อทุกส่วนอยู่ในตำแหน่งที่สมดุล ข้อทุกข้อมีการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ รับรู้ถึงลมหายใจเข้าออกตลอดเวลา นำผลไปสู่การมีสมาธิและความสงบ ช่วยยกระดับจิตใจ ส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดี ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสามารถรักษาสมดุลของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (M.L.Gharote; อ้างใน กวี คงภักดีพงษ์, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกวี คงภักดีพงษ์ (2545) และกัศตรสูมาลย์ กบิลสิงห์ (2541 อ้างถึงในสุจิตรา วิเชียรรัตน์, 2547) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติโยคะจะทำให้ร่างกายมีการหลั่งสาร Endorphines ทำให้ร่างกายสดชื่นและสาร Norepinephrine ทำให้อารมณ์ดี ลดความตึงเครียด การปฏิบัติโยคะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรู้สึกสบาย ไม่ปวดเมื่อยหลังการปฏิบัติ มีความสะดวกในการใช้พื้นที่ เพราะใช้พื้นที่ในการบริหารกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสามารถนำไปฝึกที่บ้านได้ เวลาใดก็ได้ที่สะดวก ไม่เสียเวลาในการเดินทาง จึงเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บอยากบริหารร่างกาย ซึ่งเป็นกลวิธีในการบรรเทาความเครียดได้อีกทางหนึ่ง และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บนำความรู้ที่ได้รับจากการปฏิบัติโยคะไปปฏิบัติโดย ให้ผู้ดูแลปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมกับทำการบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บนำความรู้จากการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะไปใช้ในการปฏิบัติจริงที่บ้าน ซึ่งการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเห็นความสำคัญก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน และกระบวนการติดตามผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการเสริมกำลังใจทางโทรศัพท์ เป็นกิจกรรมที่นับได้ว่าเป็นการดูแลทางด้านจิตสังคม เนื่องจากว่าการติดตามให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาที่แท้จริง มีโอกาสซักถามเรื่องต่างๆได้อย่างละเอียด การติดตามผู้ดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น และให้ผลทางด้านบวกต่อผู้ดูแลทำให้มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถช่วยบรรเทาความเครียดได้

จากขั้นตอนทั้งหมดของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะที่ผู้วิจัยได้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง เป็นการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกอย่างต่อเนื่องนาน 5 วันๆละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย และนำกลับไปฝึกต่อด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งการฝึกมีความชัดเจน และเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สามารถประเมินสถานการณ์และดึงเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีอยู่มาใช้ และสามารถรักษา สัมพันธภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Lazarus และ Folkman, 1984; Thoits, 1986) และหากว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองประเมินได้ว่าไม่มีความเครียดเพิ่มขึ้นและสามารถที่จะแก้ปัญหาหรือควบคุม สถานการณ์นั้นได้ กลไกการเกิดความเครียดต่างๆก็จะหยุดลง ซึ่งถือว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมองสามารถปรับตัวได้ (กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546)

ดังนั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ จึงมีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลปกติ เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นคำแนะนำที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วย ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพรวมถึงการติดตามการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ ข้อมูลนั้นมีเพียงการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ แต่ยังคงขาดการส่งเสริมการ ดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลนั้นมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สุขภาพจิตที่มั่นคง เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้นาน รวมทั้งยังขาดการแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ จริงจัง คือ ยังไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจนและเหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการดูแล ตนเอง เพื่อบรรเทาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองมีระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อนำเอา โปรแกรมการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นกับมาเปรียบเทียบกับกรพยาบาล ตามปกติ พบว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นที่เน้นบำบัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีการให้ ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะเป็นองค์ประกอบสำคัญและเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเต็มศักยภาพมากกว่าการพยาบาลปกติเพียง อย่างเดียว

จากผลการวิจัยนี้ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความรู้ ความสามารถรวมทั้งแหล่งประโยชน์ในตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเอง ออก มาใช้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะเป็นการส่งเสริมผู้ดูแลทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทที่แตกต่างจากวิชาชีพสาขาอื่น คือ ต้อง

ปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาผู้รับบริการในฐานะบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติ โดยการดูแลต้องครอบคลุมการช่วยส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งนับเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ยั่งยืน อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงสมาชิกทุกคนในครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความสมบูรณ์พร้อมด้วยกายและจิต ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเต็มศักยภาพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1. ส่งเสริมและให้มีการนำการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวันให้มีความเหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้

2. ส่งเสริมให้มีการอบรมการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะให้กับพยาบาล และเน้นให้พยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถลดความเครียดและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะในผู้ดูแลผู้ป่วยระบบอื่น ๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะ ให้กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและช่วยส่งเสริมในการช่วยลดความเครียดของสมาชิกภายในครอบครัว

3. ควรทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่านี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่จะสามารถนำผลการวิจัยมาใช้อ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรที่ศึกษาได้มากขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรมนิภา คงหอม. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล
สัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจาก
ครอบครัว การปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. 2542. คู่มือคลายเครียด. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต. (เอกสารไม่
ตีพิมพ์)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2544. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2543-2544.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กัญญาวัฒน์ ผึ้งบรรหาร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบาง
ประการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัณย์พิชญ์ โคตรประทุม. 2546. การปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่
ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิมส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.
- กัลยา กิจบุญชู และคณะ. 2545. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาผลของการ
เรียนและการฝึกโยคะต่อสมรรถภาพทางกายวิถีการดำเนินชีวิตและการ
เปลี่ยนแปลงชีวเคมีในเลือด. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติ อินทราสุขพร. 2547. ประเมินผลการรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจร
ในช่วงเทศกาลวันหยุดปีใหม่ 2547 เปรียบเทียบกับเทศกาลปีใหม่2546. วารสาร
อุบัติเหตุ 23(2): 105-110.
- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. 2545. คิดทำด้านบวก. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- โครงการเผยแพร่โยคะเพื่อสุขภาพ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. โยคะการฝึกทำทุกวัน. เอกสาร
ประกอบการอบรมครูฝึกโยคะหลักสูตร 7 วัน วันที่ 22-28 มีนาคม 2547 ณ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มปท 2547.

- จอม สุวรรณโณ. 2540. ความสามารถของญาติญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัส สุวรรณเวลา และ จตุพร หงส์ประภาส. 2524. การบาดเจ็บที่ศีรษะ. กรุงเทพมหานคร:
กรุงเทพเวชสาร.
- จรรยา กฤตยารวรรณ. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
และการรับรู้ความต้องการของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพของคนไทย.
กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.
- จารึก ธานีรัตน์. 2544. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลใน
การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. 2540. ผลการสอนและการฝึกปฏิบัติทักษะแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของ
ผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรนาถ ฉัตรวิวัฒน์. 2547. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันของ
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล. 2544. ผลการสอนโดยใช้กิจกรรมตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส
ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรี แสนสุข. 2546. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมของญาติในการดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร ในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น อ.เมือง
จ.ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จเร ผลประเสริฐ. 2541. ประสาทศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เขียวบิ๊คพับลิชเชอร์.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. 2544. ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่
บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ชลาลัย คงพะจิตร์. 2547. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัท์ เพื่อลดความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนัญชิตา โพธิประสาท. 2548. พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ พยาบาลสาร 32 (มกราคม): 105-119.
- ชูชีพ อุสาโห. 2527. ผลของการฝึกหะรู้ะโยคะที่มีต่อคะแนนสัมฤทธิ์ทางการเรียนเทนนิส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชไมพันธ์ สันติกาญจน์ และ ศิริวรรณ สันติเจริญกุล. 2547. ประมวลสถานการณ์ปัญหาการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ประเทศไทย. วารสารอุบัติเหตุ 23(2): 83-91.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถัง ชิงผิง. 2542. การสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวจีน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนาศ นุญทอง. 2532. มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม. ประมวลการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช (2-4 พฤศจิกายน).
- ทิพาวดี เอมะวรรณะ. ผลของการฝึกโยคะกับภาวะทางจิตใจ. รายงานการวิจัย มปท. 2546.
- ทิพภาพร ตั้งอำนาจ. 2541. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพรณี แก้วภรณ์. 2533. ผลการจูงใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริรัตน์ นิลขำ. 2548. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นันทพร ศรีนิม. 2544. ประสบการณ์การการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทวรรณ พุทธวรรณ. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ป่วยผ่าตัดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา นิธิยานน. 2530. การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรินติ้งเฮ้าส์.
- นิภาวรรณ สามารถกิจและจันทร์พร ยอดยิ่ง. 2541. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 6(3): 40-54.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ต้วงแพง. 2540. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว. งานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2540 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. 2548. ผลของการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตินรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประกัสศรี ขาววงษ์. 2535. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี มิ่งขวัญ. 2542. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราโมทย์ บุญรัตน์. 2539. การพัฒนาความต่อเนื่องของสมรรถภาพทางกาย โดยอาศัยกิจกรรมการออกกำลังกาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดอกเบญ.

- ปิยรัตน์ ดวงสิน. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การ
 ได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาอายุรศาสตร์และ
 ศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จูเมตต์. 2540. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรชัย จูเมตต์ และ ยุพิน ถนัดวณิชย์. 2543. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ
 ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงทอง กล่อมใจเย็น. 2541. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากการบาดเจ็บทาง
 กระดูกสันหลัง. รายงานการวิจัย. หอผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง โรงพยาบาล
 ศิริราช.
- พัฒน์ อุตตโมบล. 2539. การทดสอบและประเมินผลสมรรถภาพทางกาย. สำนักพัฒนาการ
 พลศึกษาสุขภาพและนันทนาการ กรมพลศึกษา.
- แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ. 2542. โยคะเพื่อการพัฒนาร่างกายและจิตใจ. กรุงเทพมหานคร:
 เอช. ที. บี. เพรส.
- พาริดา อิบราฮิม. 2539. การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. ใน, ผู้ป่วย
 อัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดี
 พยาบาลสาร 2(1): 84-94.
- เยาวรัตน์ ยาออม. 2544. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่
 ศีรษะต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
 พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา อยู่เปล่า. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของ
 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
 สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
 เชียงใหม่.

- รัตน์ตนา อ้นภู. 2545. ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัมย์ภรดา อินทร. 2539. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตสถาน. 2527. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- ราตรี สุดทรง และ วีรชัย สิงหนิยม. 2545. ประสาทสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2535. ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 4: 9-19.
- รุ่งทิพย์ เป้าตุน. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลลิตา ชีระสิริ และ วลัย ชุณหสวัตติกุล. 2541. โยคะรักษาโรค. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: รวมทัศน์.
- วันดี โดสุขศรี. 2539. ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียดและภาวะในการดูแลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). 2544. การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะวิกฤตในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. หน้า 11-36. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2537. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 12(4): 76-89.
- วิศาล คันธรัตน์กุล และ ภาวิศ วงศ์แพทย์. 2543. คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง.

- วีรเทพ ปทุมเจริญวัฒนา. 2538. ผลของการฝึกอาสนะและสมาธิตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของสตรีในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาการศึกษาของโรงเรียนบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร เพิ่มพูน. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ โยคะและการกำกับตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. 2546. ทักษะการของผู้ดูแล. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 4(3): 39-42.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. 2546. แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ 15(3): 1-9
- ศรีรัตน์ คุ่มสิน. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: วิศิษฎ์สิน.
- สมจิตร สุทธนะ. 2543. ผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมศักดิ์ ผ่องประเสริฐ. 2537. บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลลำปางศึกษาย้อนหลัง 9 ปี ลำปางเวชสาร 15: 90-107.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ุ และคณะ. 2546. ผลของต่อสมรรถภาพทางกายและความเครียดในผู้ฝึกสอนโยคะ. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สหพัฒน์ ศรีแก้วและคณะ. 2530. การสำรวจความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสวนปรุง 5(3): 27-31.

- สัมมนาโยคะ มศว. 2546. โยคะกับการพัฒนามนุษย์. 23-25 มิถุนายน ณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร).
- สาลี สุภาภรณ์. 2545. ตำราไอเอนกะโยคะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้า พรินติ้ง.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2536. แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. 2542. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริธร โชติตกุล. 2547. หัวใจใหม่ชีวิตใหม่. เอกสารวิทยากรงานโยคะวิชาการ. (23-25 กุมภาพันธ์). ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร.
- สุขุมล ด้อยแก้ว. 2540. การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุจิตรา วิเชียรรัตน์. 2547. ผลของโปรแกรมการฝึกโยคะร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดศิริ นิรัญชุนหะ. 2541. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธาทิพ เกษตรลักษมี. 2548. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ ยิวจิตติ. 2544. โยคะเพื่อพลังกายและพลังจิต. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สายส่งสุขภาพใจ.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์และคณะและคณะ. 2544. Trauma registry 2001 Khon Kaen Hospital. ขอนแก่น. สำนักงานโครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น.
- สุพล โลหิตกุล. 2544. ให้เก็ก โยคะ สมาธิ. กรุงเทพมหานคร: เอมมี เทรดติ้ง.

- สุภรัตน์ พลายเพชร. 2545. อิทธิพลของภาวะเหน็ดเหนื่อยและความช่วยเหลือจากผู้อื่นต่อรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. 2542. การพัฒนาแบบประเมินการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. การประชุมวิชาการการทรงสาธารณสุข ครั้งที่ 7 ประจำปี 2542.
- แสงชัย ศรีมาขจร. 2535. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิชาการแพทย์ เขต 6: 672-698.
- โสพรรณ โทษะยะ. 2544. รูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวลักษณ์ เนตรขัง. 2002. การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หลี เสียวหิง. 1999. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภันตรี กองทอง. 2544. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี. 2536. การใช้การย้อนกลับทางชีวภาพช่วยในการผ่อนคลาย. พยาบาลสาร 20: 47-49.
- อารมณ บุญเกิด. 2540. ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อารีย์ บุญบรรทัดกุล. 2538. ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ กิจมหาตระกูล. 2542. บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่. *สงขลานครินทร์ เวชสาร* 17(เมย.-มิ.ย.): 103-108.
- อุดร นามไพโร. 2545. ผลของการฝึกไอเย็นกะโยคะที่มีต่อความอ่อนตัวของหัวไหล่ ลำตัว สะโพกและข้อเท้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. วิชาเอกวิทยาศาสตร์การกีฬา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระกูล. 2541. การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอ็ม แอล กาโรเต้. 2546. คู่มือการฝึกโยคะ เล่ม 3. แปลโดย กวี คงภักดีพงษ์. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.
- อัมกร ประคองจิต. 2536. วิธีการเผชิญความเครียดและความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. 2543. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Acorn, S. 1995. Assisting families of Head- injured survivors through a family support program. *Journal of Advanced Nursing* 21: 871-877.
- Acorn, S., and Roberts, E. 1992. Head injury: Impact on the wives. *Journal of Neuroscience Nursing* 24(12): 324-328.
- Anderson, M. I., Parmenter, T. C., and Mok, M. 2002. The relationship between neurobehavioural problem of severe traumatic brain injury (TBI), family functioning and the psychological well-being of the spouse/caregiver: path model analysis. *Brain Injury* 16(9): 743-757.

- Bond, A. E., Drager, C. R. L., Mandleco, B., and Danelly, M. 2003. Need of family members of patients with severe traumatic brain injury. *Critical Care Nurse* 23(Aug): 63-72.
- Caroline, S., Heather, H., Jane, B., and Kerena, E. 2006. A randomized comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Journal of complementary therapies in Medicine* 6: 150-162.
- Castanida, C., et al. 2002. A randomized controller trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type II diabetes. *Diabetes Care* 25: 2335-2341.
- Coby, J. C., et al. 1978. Psychophysiological correlates of the practice of Tantric Yoga meditation. *Archives of General Psychiatry* 35: 571-577.
<http://www.miami.edu/touch-research/Yoga.html> [2006, June 22]
- Cohen, S., and Wills, T. S. 1985. Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98(September): 310-357.
- Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. 1993. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24: 385-396.
- Cohen, S., Kessler, R. C., and Gordon, L. U. 1995. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University.
- Clare, C. 1998. Yoga: Intuition, Preventive Medicine, and Treatment. *JOGNN* 27(5): 563-568.
- Curtiss, G., Klemz, S., and Vanderploeg, R. D. 2000. Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses. *Journal Head Trauma Rehabilitation* 15(5): 1113-1122.
- Davis L. 1992. Instrument review: Getting the most form your panel of experts. *Applied Nursing Research* 5: 194-197.
- Degeneffe, C.E. 2004. Family and traumatic brain injury. *Brain Injury Resource Foundation* Aug 16.
- DeMeneses, M. R., and Perry, G.R. 1993. The plight of caregiver. *Home Healthcare Nurse* 11(4): 10-14.

- Dring, R. 1989. The formal caregivers responsible for home care the individual with cognitive dysfunction following brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*. 10: 58-62.
- Duck., et al. 1998. Relationship of social support to stress response and function in healthy and asthmatic adolescents. *Research in Nursing & Health* 21(1): 117-128.
- Erg, T.C., Rapport, U., Coleman, R.D., and Hanks, F. A. 2002. Predictors of caregiver and family functioning follow traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. *Head Trauma Rehabilitation* 17(2): 155-174.
- Elliott, T., and Shewchuk, R. 1998. Recognizing the family caregiver: Integral and formal members of the rehabilitation process. *Journal of Vocational Rehabilitation* 10: 123-132.
- Engli, M., and Kirsival – Farmer, K. 1993. Needs of Family Members of Critically Ill Patients with and without Acute Brain Injury. *Journal of Neuroscience Nursing* 25: 76-85.
- Enterante, T. M. and Kern, J. M. 1995. Wives responded role changes following a husband's stroke: A pilot study. *Rehabilitation Nursing* 20: 155-160.
- Farzan, D. T. 1991. Reintegration for stroke survivors: Home and community consideration. *Nursing Clinics of North America* 26(December,4):1037-1047.
- Friedman, M. M. 1992. *Family Nursing: theory and practice*. 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. 1980. An analysis of coping in a middle-age community sampling. *Journal of Health and Social Behavior* 21: 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., and DeLongis, A. 1986. Appraisal, coping, health status, and Psychological symptom. *Journal of Personality and Social Psychology* 50(March,1986a): 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., and Gruen, R. J. 1996. Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcome. *Journal of Personality and Social Psychology* 50: 992-1003.

- Furukawa, M. M. 1996. Meeting the needs of the dying of patients family. *Clinical Care Nurse* 16(1): 51-57
- Garfinkel, M. S., et al. 1994. Evolution of a yoga base regimen for treatment of osteoarthritis of the hands. *Journal of Rheumatology* 21: 2341-2343 (online). Available from: <http://www.miami.edu/touch-research/Yoga.html> [2006, June 22]
- Gharote, M. L. 2003. *Applied Yoga*. Trans. Congpukdeepong.K (n.d.)
- Gore, M. M. 2002. *Anatomy and Physiology of Yogic practice*, trans. Congpukdeepong. K. (ed.)
- Gouick, J., and Gentleman, D. 2004. The emotional and behavioral consequences of traumatic brain injury. *Trauma* 6: 283-292.
- Groom, K.N., et al. 1998. Neurobehavioral symptoms and family functioning in traumatically brain injury adults. *Archives of Clinical Neuropsychology* 13(8): 695-771.
- Gura, S. T. 2002. Yoga for stress reduction and injury prevention at work. *Work* 9: 3-7.
- Haley, W. E., et al. 1995. Psychological, social, and health impact of caregiver: A comparison of black and white dementia family caregivers and non- caregivers. *Psychology and Aging* 10: 540-552.
- Harinath, K., et al. 2004. Effects of Hatha Yoga and Omkar meditation on cardiorespiratory performance, psychologic profile, and melatonin secretion. *Journal Alternative Complementary Medicine* 10: 261-269.
- Hickey, J. V. 1992. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 3rd ed. Philadelphia: J, B. Lippincott.
- Hickey, J. V. 2003. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 5th ed. Philadelphia: J, B. Lippincott.
- Hall, K. M., Karzmark, P., Stevens, M., Englander, J., and Wright, J. 1994. Family stressor in traumatic brain injury: A two-year follow-up. *Archives of Physical Medication Rehabilitation* 75-87.
- Jennett, B., and Bond, M. 1975. Assessment of outcome after severe brain damage. *Lancet* 1480-1484.
- Jennett, B., and Teasdale, G. 1981. *Management of head injury*. Philadelphia: Davis.

- Johnson, L. H., and Robert, S. L. 1996. Hope facilitating strategies for the family of the head injury patient. *Journal of Neuroscience Nursing* 28(4): 259-267.
- Kamei, T., et al. 2000. Decrease in serum cortisol during yoga exercise is correlate with alpha wave activation. *Perceptual and Motor* [online]. Available from: <http://www.miami.edu/touch-research/yoga.html> [2006, June 22]
- Kuvalayananda. 2003. *Asana*. Tran. Congpukdeepong. K. (ed.)
- Kreutzer, J. S., Gervasio, A. H., and Camplair, P. S. 1994. Primary caregiver psychological status and family functioning after traumatic brain injury. *Brain Injury* 8(3): 197-210.
- Kreutzer, J. S., et al. 1992. Traumatic brain injury: family response and outcome. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation* 73: 771-778.
- Kosciulek, J. E. 1997. Relationship of family schema to family adaptation to brain injury. *Brain injury* 11(11): 821-830.
- Latha, D. R., Kaliappan, K.V. 1992. Efficacy of yoga therapy in the management of headaches. *Indian Journal Physiology Pharmacology* 10: 41-47.
- Leach, L., et al. 1994. Family functioning, social support and depression after traumatic brain injury. *Brain injury* 8: 559-606.
- Livingston, M. G., Brooks, D. N., and Bond, M. R. 1991. Three months after severe head injury: Psychiatric and social impact on relatives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatric* 48: 870-875.
- Manchanda, S. C., et al. 2000. Retardation of coronary atherosclerosis wishes yoga lifestyle intervention. *Journal of the Association of Physicians of India* 15: 200-215
- Malathi, A., Damodaran, A., Shah, N., Patil, N., Maratha, S. 2000. Effect of yogic practices on subjective well being. *Indian Journal Physiology Pharmacology* 44: 202-206.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., and Sleigh, J. W. 2002. Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 24(4): 434-447.
- Martin, K. M. 1994. Loss Without Death: A Dilemma for the head-injured patient's family. *Journal of Neuroscience Nursing* 26(6): 134-139.

- McClean, A., Dikmen, S., Temkin, N., Wyler, A. R., and Gale, J. L. 1984. Psychological functioning at 1 month after head injury. *Neurosurgery* 14: 393-399.
- Montgomery, et al. 2002. The effect of severe traumatic brain injury on the family. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care* 52(6): 1121-1124.
- Namerow, N. S. 1987. *Neuroscience Nursing: A Nursing Diagnosis Approach*. New York: Williams and Wilkins.
- Oddy, M., and Herbert, C. 2003. Intervention with families following brain injury: Evidence-based practice. *Neuropsychological Rehabilitation* 3(1/2): 259-273.
- O'Brien, M. T. 2000. Multiple Sclerosis: Health promoting behaviors of spousal caregiver. *Journal of Neuroscience Nursing* 25(April,2): 105-112.
- Pan, X. R., et al. 1997. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impair glucose tolerance. *Diabetes Care* 20: 537-544.
- Pasquali, E. A., Humer. 1991. Preventive therapy for family caregiver. *Home Healthcare Nurse* 9(3): 13-17.
- Prevost, S. S. 1997. Fundamental concepts. In Hartshorn, J., Lamborn, M., and Noll, M. L. (eds.), *Introduction to critical care nursing*. pp.12-19. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Polit, D. F., and Hungler, B. D. 1999. *Nursing Research: Principle and methods*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., and Hungler, B. D. 1999. *Nursing Research: Principle and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Raju, et al. 1994. Comparison of effects of yoga and physical exercise in athletes. *Indian Journal of Medical Research* 11(2): 102-110.
- Raju, et al. 1997. Influence of intensive yoga training on physiological change in 6 adult women: a case report. *Indian Journal of Medical Research* 14(3): 123-130.
- Raju, et al. 2002. Psycho physiologic effects of Hatha Yoga on musculoskeletal and cardiopulmonary function: A literature review. *The Journal of alternative and Complementary medicine* 8(6): 797-812.
- Robert, D. 2000. Exercise: The best pace is your own pace. [http //www. Academic search premier](http://www.Academicsearchpremier) [2006, June 22]

- Rose, L. E. 1997. Caring for Caregiver: Perception social support. *Journal of Psychosocial Nursing* 35(2): 17-24.
- Sahasi, G., Mohan, D., and Kacker, C. 1989. Effectiveness of yogic technique in the management of anxiety. *Journal of Personality and Clinical Studies* 5: 51-55. Available from: <http://www.miami.edu/touch-research/yoga.html> [2006,june 22]
- Sander, A. M., High, W. M., Hannay, H. J., and Sherer, M. 1997. Predictors of psychological health in caregivers of patients with closed head injury. *Brain Injury* 11(4): 235-250.
- Sander, A. M., Caroselli, J. S., High, W. M., Becker, C., Neese, L., and Scheibel, R. 2002. Relationship of family functioning to progress in a post-acute rehabilitation programme following traumatic brain injury. *Brain Injury* 16(8): 649-657.
- Sander, A. M., et al. 2003. Pre injury emotional and family functioning in caregivers of persons with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation* 84: 823-832.
- Sathyaprabha, et al. 2001. Efficacy of naturopathy and yoga in bronchial asthma a self controlled matched scientific study. *Indian Journal of physiology and Pharmacology* 21: 122-130.
- Seaward, L. S. 1999. *Managing stress*. 2nd ed. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Selye, H. 1996. *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sheridan, C. A., and Radmacher, S. A. 1992. *Health psychology: Challenging the biomedical model*. Canada: John Wiley and Wiley and Son.
- Snyder, M. et al. 1991. Complex Health Problem: Clinically assessing self-management abilities. *Journal of Gerontological Nursing* 17(4): 23-27.
- Stewart, et al. 1997. Stress, Coping, and Social support as psychosocial factors in readmission for ischemic health disease. *International Journal of Nursing Studies* 34:151-163.
- Telles, S., Ramaprabhu, V., and Reddy, S. K. 2000. Effect of yoga training on maze learning. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 44: 197-201. Available from: <http://www.miami.edu/touch-research/yoga.html> [2006,june 22]
- Teasdale, G., and Jennett, B. 1974. Assessment of coma and impaired consciousness. *Lancet* 13(7): 81-83.

- Testanin-Dufour, L., et al. 1992. Traumatic brain injury: A family experience. *Journal of Neuroscience Nursing* 24: 317-332.
- Tran., et al. 2001. Effects of Hatha Yoga Practice On The Health-Related Aspects of Physical Fitness. (in press)
- Waelde, L. C, Thompson, L., Gallagher-Thompson, D. L. 2004. A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal Clinical Psychology* 60: 677-687.
- Waland, P., Kreutzer, J. 1998. Family response to childhood brain injury. *Journal Head Trauma Rehabilitation* 3(4): 51-63.
- Warder, D. L., Salazar, A. M., Martin, E. M., Schwab, K. A., Coyle, M., and Walter, J. 2000. A home program of rehabilitation for moderately severe traumatic brain injury patients. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* 15(5): 1092-1102.
- Wood. 1993. Mood change and perceptions of vitality: A comparison of the effects of relaxation, visualization and yoga. *Journal Research Social Medicine* (online).
- Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B., Zeltzer., L. 2004. A yoga intervention for young adults with elevated symptoms of depression. *Alternative Therapy Health Medicine* 10: 60-63.
- Yesudian, S., and Haich, G. 1996. Yoga and health. In A six-week intensive Diabetic Mellitus management course. Available from: <http://www.kripalu.org/> [2006,june 22]

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

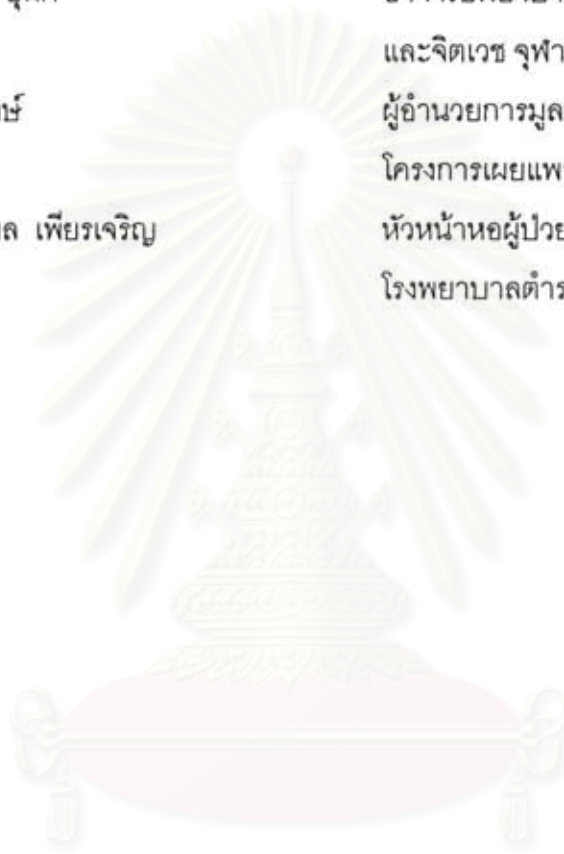


ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

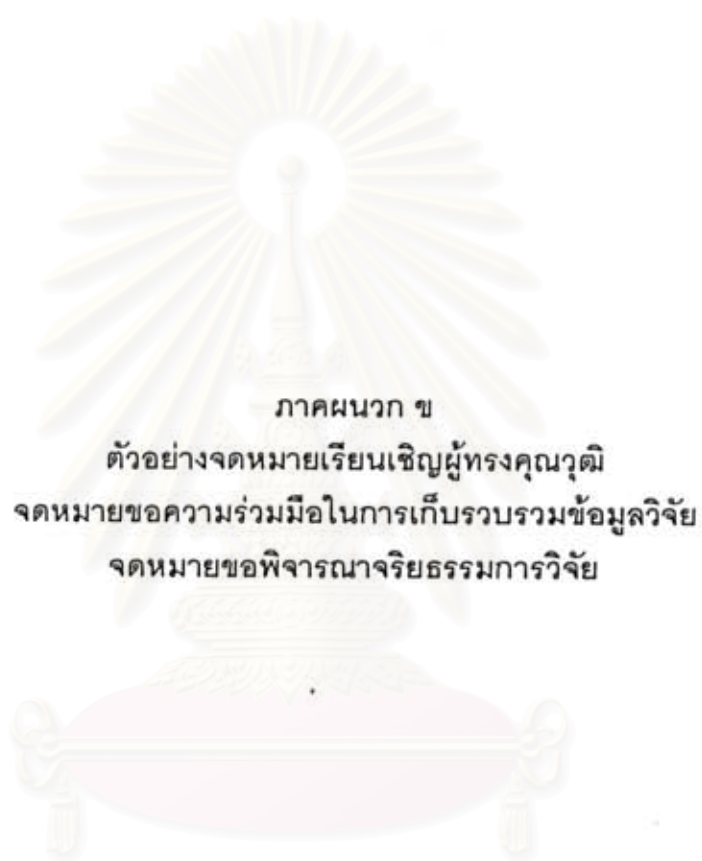
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ธีรนุช น้านิรัตติกัย	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ. กวี คงภักดีพงษ์	ผู้อำนวยการมูลนิธิหมอชาวบ้าน หัวหน้า โครงการเผยแพร่โยคะเพื่อสุขภาพ
พ.ต.ท.หญิง นฤมล เพียรเจริญ	หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลตำรวจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 18 มกราคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปริตตา นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการฝึกโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความเครียด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปริตตา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ

.....
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 02-218-9825 โทรสาร. 02-218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
<u>ชื่อนิสิต</u>	เรือเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปริตตา

ที่ ศธ 0512.11/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 18 มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เวื่อเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปรีดา นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการฝึกโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นนี้ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ขอแสดงความนับถือ
.....
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา
งานบริการการศึกษา โทร. 02-218-9825 โทรสาร. 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
ชื่อนิสิต เวื่อเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปรีดา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย
กรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.

RLM 007/50

ชื่อโครงการ	ผลของการฝึกโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
ชื่อหัวหน้าโครงการ	เรือเอกหญิง ศรินยา ฉันทะปรีดา
รหัสโครงการ	RP 012/50
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
เอกสารที่รับรอง	1. โครงการวิจัย 2. ใบบินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 3. แผนการสอนการฝึกโยคะสำหรับผู้ดูแล 4. คู่มือการฝึกโยคะสำหรับผู้ดูแล
รับรองโดย	กรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.
วันที่รับรอง	29 มกราคม 2550
วันหมดอายุ	30 กรกฎาคม 2550

ลงนาม พลเรือตรี.....

(พลเรือตรี เด่นเดชา ประทุมเพชร)

ประธานกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.

29 มกราคม 2550

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการฝึกโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ได้รับทราบจาก

ผู้วิจัยชื่อ เรือเอกหญิง ศรินยา ฉันทะปริตตา ที่อยู่ 504 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แขวง
บุคคโล เขต ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการ
ศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำ
ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... มีความยินดี เข้าร่วม
การศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่
จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือผู้ป่วยที่ข้าพเจ้าดูแล
และอนุญาตให้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
จะไม่มีเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุแล้วในข้างต้น

..... ลงนาม
สถานที่/วันที่ ผู้เข้าร่วมวิจัย

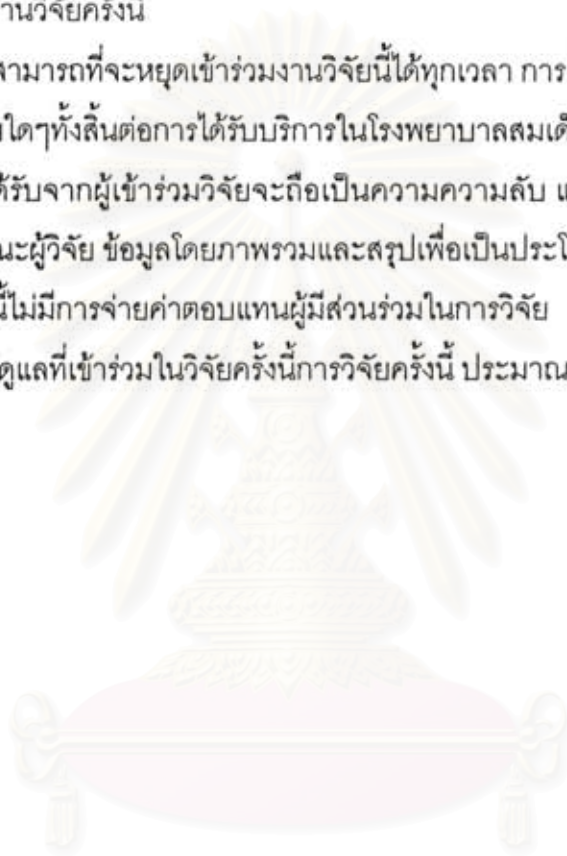
..... ลงนาม
สถานที่/วันที่ (เรือเอกหญิง ศรินยา ฉันทะปริตตา)
ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม
สถานที่/วันที่ (.....)
พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant information sheet)

- ชื่อโครงการวิจัย ผลของการฝึกโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
1. ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปรีดา นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกห้องบำบัดพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
แขวงบุคคโล เขต ธนบุรี กรุงเทพฯ ๙ 10600
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4600000 ต่อ 52774-5
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-4508337
E-mail: sarinya_chanta@yahoo.com
3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
- 3.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
- 3.2 วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังได้รับการฝึกโยคะ และเพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- 3.3 ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึกโยคะและการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง และวัดซ้ำหลังการทดลอง 4 สัปดาห์
4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ คือ บิดา มารดา คู่สมรสหรือบุตร ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อายุ 20-59 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และผู้วิจัยขออนุญาตในการดูแลระเบียบผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่มีอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง
- 4.1 โปรแกรมการฝึกโยคะประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้
- ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 30 นาที
- ขั้นตอนที่ 2 การ ฝึกโยคะ ระยะเวลา 30 นาที
- ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผล ระยะเวลา 20 นาที

5. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-4508337 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษที่ เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
6. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพียงแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องใช้เวลาอยู่ในการวิจัยทั้งสิ้นนาน 4 สัปดาห์
7. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมงานวิจัยและจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้
8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
9. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย
10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
11. จำนวนของผู้ดูแลที่เข้าร่วมในวิจัยครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 40 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ดูแล)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (x) หน้าข้อความที่ตรงกับคำ ตอบหรือเติมคำในช่องว่าง

1. อายุ..... ปี
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. ระดับการศึกษา (1) ไม่ได้เรียนหนังสือ (2) ประถมศึกษา
(3) มัธยมศึกษา (4) อนุปริญญา
(5)ปริญญาตรี (6) สูงกว่าปริญญาตรี
(7) อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส (1) โสด (2) คู่
(3) หม้าย (4) หย่า
(5) แยกกันอยู่
5. ศาสนา (1) พุทธ (2) คริสต์
(3) อิสลาม (4) อื่นๆ.....
6. อาชีพ (1) ค้าขาย (2) รับราชการ
(3) รับจ้าง (4) อื่นๆ.....
7. รายได้ (1) 0 – 10,000 (2) 10,000-15,000
(3) 15,000 – 20,000 (4) 20,000 ขึ้นไป
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย(1) บิดา-มารดา (2) สามี-ภรรยา
(3) บุตร (4) พี่-น้อง
9. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อวันนาน.....ชั่วโมง/วัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ป่วย)

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (x) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่าง (โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามข้อมูลจากผู้ดูแลหลักและขออนุญาตดูข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. อายุ..... ปี
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. การวินิจฉัยโรค (1) SDH (2) EDH
(3) IVH (4) SAH
(5) ICH (5) อื่นๆ ระบุ.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ทำการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินโดยการสังเกตจากผู้ป่วยและสอบถามจากผู้ดูแล ในแต่ละด้านผู้วิจัยจะทำการเลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (x) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกรู้ตัว

- | | |
|---|---------|
| () รู้ตัวดี | 4 คะแนน |
| () สับสน ไม่รู้กาลเวลาและหรือสถานที่และหรือบุคคล | 3 คะแนน |
| () ไม่รู้สึกรู้ตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น | 2 คะแนน |
| () ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น | 1 คะแนน |

ด้านที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- | | |
|--------------------------|---------|
| () ทำเองได้ทั้งหมด | 3 คะแนน |
| () พึ่งพาผู้อื่นบางส่วน | 2 คะแนน |
| () พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด | 1 คะแนน |

ด้านที่ 3 การเข้าสังคม

- | | |
|---------------------------------------|---------|
| () เข้าสังคมได้ตามปกติ | 4 คะแนน |
| () เข้าสังคมได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย | 3 คะแนน |
| () เข้าสังคมได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ | 2 คะแนน |
| () เข้าสังคมไม่ได้เลย | 1 คะแนน |

ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

- | | |
|---|---------|
| () กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติ | 4 คะแนน |
| () กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่ | 3 คะแนน |
| () พักงานหรือพักการเล่าเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย) | 2 คะแนน |
| () ออกจากงานหรือการเล่าเรียน | 1 คะแนน |

คะแนนรวม คะแนน

สรุปผู้ป่วยมีความพิการระดับ

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| () ไม่มีความพิการ | () มีความพิการเล็กน้อย |
| () มีความพิการในระดับปานกลาง | () มีความพิการในระดับรุนแรง |

ส่วนที่ 3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

คำชี้แจง ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมายลงในช่องที่แสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระทบกระวายเป็นอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

โปรแกรมการฝึกโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

หลักการและเหตุผล

ในประเทศไทยผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเป็นจำนวนมาก มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กิตติ อินทราสุขพร, 2547) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูงสุดคือ ศีรษะ (ชไมพันธ์ สันติกาญจน์ และ ศิริวรรณ สันติเจียรกุล, 2547) พบว่าร้อยละ 60 ยังคงหลงเหลือความพิการทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ (Jennett และ Teasdale, 1981) ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านไปอยู่ที่บ้าน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด่วงแพง, 2540) สาเหตุดังกล่าวทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่มีได้คาดหวัง (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002) เพื่อช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง ต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองลงรวมถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ด่วงแพง, 2540; Elliott et al., 2001) ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงไป (กริณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546; Anderson et al., 2002) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น (Anderson et al., 2002; Martin, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Li Yan (2000) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความเครียดอยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่าความเครียดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ดังนั้นหากสมาชิกในครอบครัวไม่มีความเครียดที่มากเกินไป สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากเป็นผู้ที่รู้ข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยและบุคลิกภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดยการทำหน้าที่ในการติดต่อประสานกับผู้ป่วยและครอบครัวมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น (Engli และ Kirsivali-Farmer, 1993) และยังเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความเครียดให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย (Hopkins, 1994)

-
-
-
-
-
-
-

แผนการสอน

เรื่อง	โยคะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
สถานที่สอน	สวนสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
ผู้สอน	เรือเอกหญิง ศรินยา ฉันทะปรีดา
ผู้เรียน	ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
เวลาที่สอน	ประมาณ 60 นาที
วัตถุประสงค์	ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง <ol style="list-style-type: none"> 1. ทราบถึงสาเหตุ การจัดการกับความเครียดและผลของความเครียดต่อร่างกาย 2. ทราบความหมาย ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติหลักในการทำอาสนะและผลของโยคะต่อสุขภาพ 3. ทราบประโยชน์ของโยคะต่อการบรรเทาความเครียด 4. สามารถปฏิบัติอาสนะโยคะในท่าต่างๆตามการสาธิต

สถาบันวิทย์บริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุดประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน/ ระยะเวลา	การ ประเมินผล
<p>-เพื่อสร้าง สัมพันธภาพ ระหว่าง พยาบาลและ ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง</p> <p>- ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง สามารถบอก สาเหตุ การจัดการกับ ความเครียด และผลของ ความเครียดต่อ ร่างกายได้</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดีค่ะคุณ..... ดิฉันชื่อ ศรีนยา จันทะปริดา เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของการฝึกโยคะต่อ ความเครียดของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วม การวิจัยในครั้งนี้</p> <p>ความเครียด</p> <p>ความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัว เตรียมรับกับ เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลัง ทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ พลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย</p> <p>ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อยหรือแม้เราจะรู้สึกว่ายากปัญหานั้นร้ายแรง แต่เราพอจะรับมือไหว เราก็ จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่ แก้ไม่ไหวและไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะ เครียดมาก</p> <ul style="list-style-type: none"> • • 	<p>-ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ผู้ดูแลด้วยใบหน้า แจ่มใส พร้อม แนะนำตนเองและ ขอความร่วมมือใน การวิจัย</p> <p>- ผู้วิจัยถามผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ว่าเคยเครียดไหมมี สาเหตุมาจากอะไร มีอาการอย่างไรและ เมื่อเกิดความเครียด แล้วมีการจัดการกับ ความเครียดอย่างไร</p>	<p>-เวลา 5 นาที</p> <p>-เวลา 10 นาที</p> <p>- วีดีทัศน์ บรรยายถึง ความเครียด สาเหตุ อาการ จัดการกับ ความเครียด</p>	<p>- ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมอง สนใจฟังและ ซักถาม - ผู้ดูแลสามารถ บอกถึง ความเครียด สาเหตุ อาการ และการจัด การกับความ เครียดได้</p>

คู่มือการฝึกโยคะ



โดย

เรือเอกหญิง ศรีนยา จันทะปรีดา
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา
ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คำนำ

การมีสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น ย่อมมาจากจิตที่ดี เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันในแต่ละวัน และสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบได้อย่างเต็มความสามารถ ในสังคมปัจจุบันพบว่าบุคคลทุกกลุ่มอายุมีภาวะเครียดเพิ่มมากยิ่งขึ้น อาจมีสาเหตุที่แตกต่างกัน และจากการที่ไม่มีเวลาฝึกฝนให้ร่างกายและจิตใจสามารถปรับสู่สภาวะสมดุลได้

ดังนั้นจึงควรมีแนวทางในการฝึกฝนให้ร่างกายและจิตใจสามารถปรับสู่สภาวะสมดุล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงจัดทำ “คู่มือการฝึกโยคะ” ขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางในการฝึกฝนร่างกายและจิตใจวิธีหนึ่ง เพื่อให้บุคคลสามารถกลับสู่สภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

เรือเอกหญิง ศรีนยา จันทะปรีดา
ผู้จัดทำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

ความเครียด

ความเครียดเกิดจากอะไร

การจัดการกับความเครียด

การสำรวจความเครียดของตนเอง

โยคะ

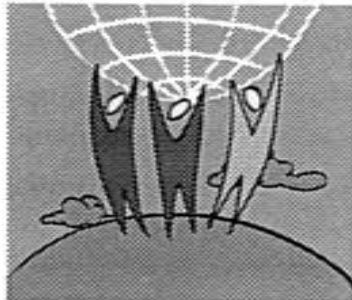
ความหมายของโยคะ

ประโยชน์ของโยคะ

ผลของโยคะต่อความเครียด

คำแนะนำสำหรับผู้เริ่มฝึกโยคะ

ทำโยคะในการฝึกฝนร่างกายและจิตใจ



หน้า

ความเครียด

ความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัว เตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่นักทฤษฎีสุขภาพกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราก็จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์พลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย

ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกับทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อยหรือแม้เราจะรู้สึกว่าปัญหานั้นร้ายแรง แต่เราพอจะรับมือไหว เราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่เกินไป และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก

ความเครียดในระดับพอดี จะช่วยกระตุ้นให้เรา มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมากเกินไป จนเราควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นที่เราจะต้องมาผ่อนคลายความเครียดกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการฝึกโยคะที่บ้าน

วัน/เวลา	ฝึกโยคะ (นาท)	ฝึกโยคะ (ครั้ง/วัน)	หมายเหตุ

แบบบันทึกการฝึกโยคะที่บ้าน

วัน/เวลา	ฝึกโยคะ (นาท)	ฝึกโยคะ (ครั้ง/วัน)	หมายเหตุ

เอกสารอ้างอิง

สถาบัน ภัฏวฒรรม ประเทศอินเดีย โครงการเผยแพร่
โศคะเพื่อสุขภาพ มูลนิธิหมอชาวบ้าน สนับสนุนโดย สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สสส



หมายเหตุ

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการฝึกโศคะสามารถติดต่อมาที่
เรือเอกหญิง ศรีนชา ฉันทะปรีดา Tel : 089-4508337

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
สมอง ก่อนการทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทาง
สถิติ .05 (ตารางที่ 8)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนการทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 7 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

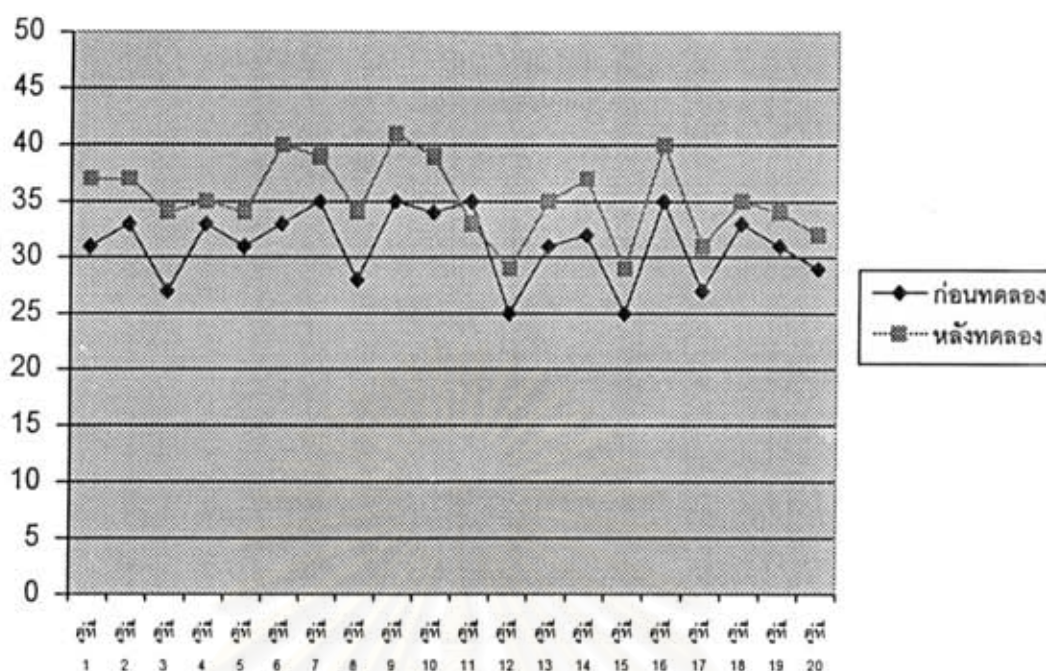
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
N		20	20
Normal	Mean	31.150	32.5
Parameters(a,b)	Std. Deviation	3.297	3.426
Most Extreme	Absolute	.182	.208
Differences	Positive	.121	.083
	Negative	-.182	-.208
Kolmogorov-Smirnov Z		.813	.930
Asymp. Sig. (2-tailed)		.523	.352

a. Test distribution is Normal.

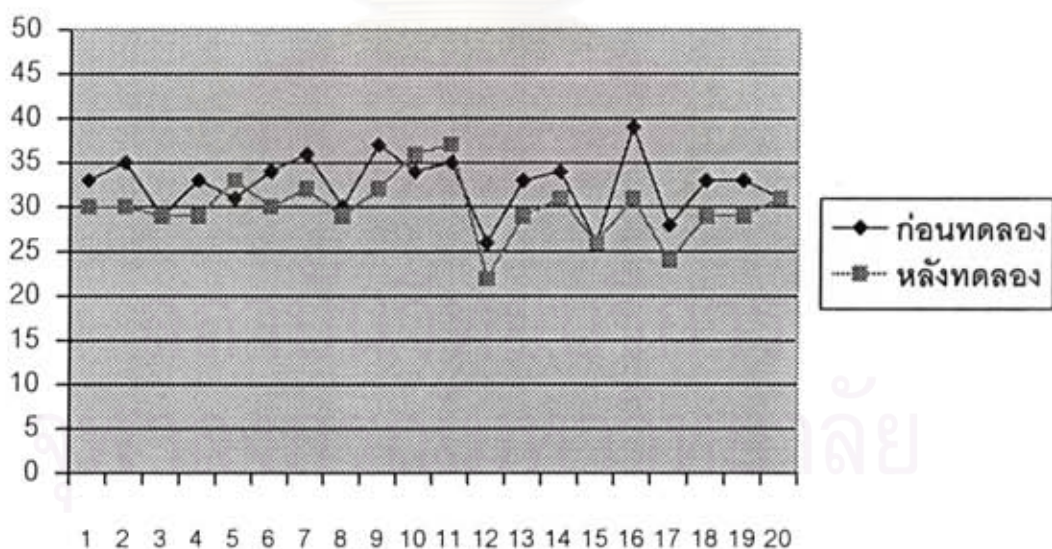
b. Calculated from data.

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงแบบปกติ

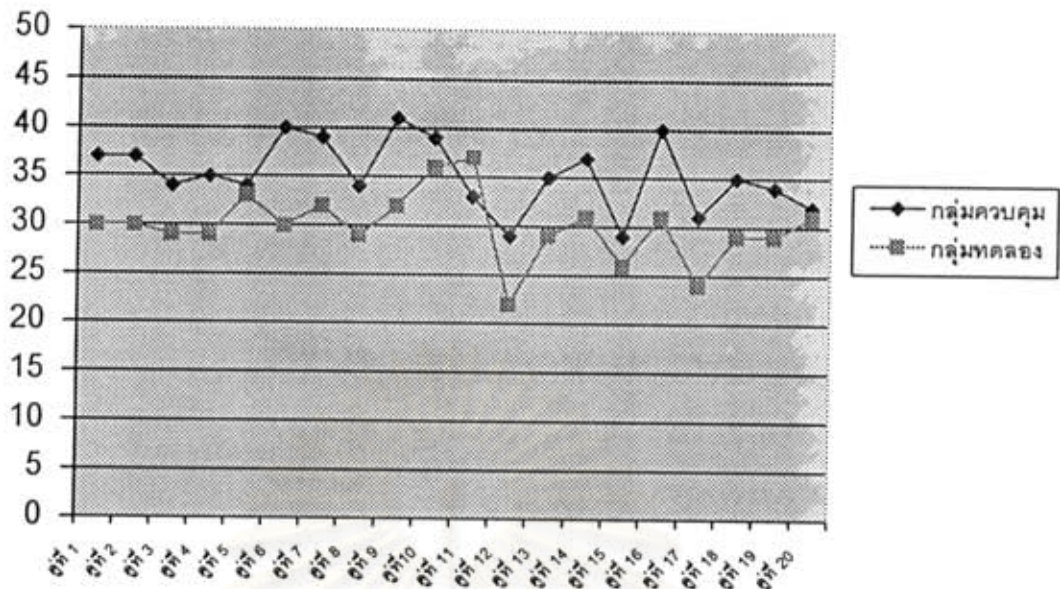
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



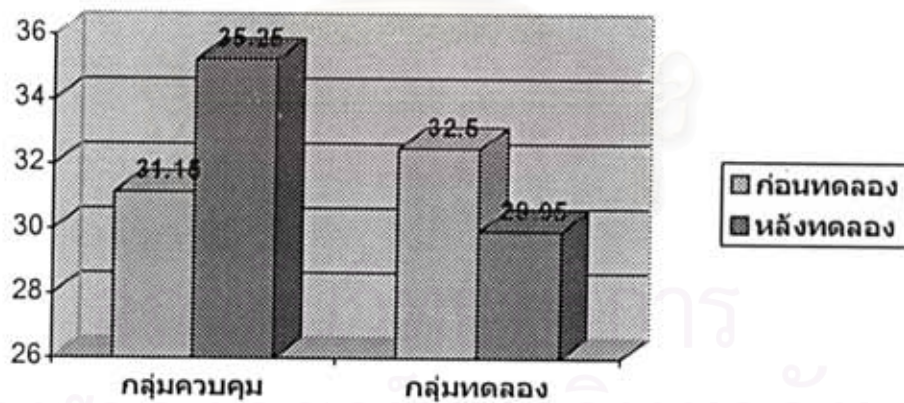
แผนภูมิที่ 1 แสดงคะแนนความเครียดกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



แผนภูมิที่ 2 แสดงคะแนนความเครียดกลุ่มทดลองเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะ



แผนภูมิที่ 3 แสดงคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง



แผนภูมิที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกโยคะและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือเอกหญิง ศรีนยา ฉันทะปรีดา เกิดเมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัด นครราชสีมา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร เมื่อปีการศึกษา 2540 และได้ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง ในหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและประสาทศัลยศาสตร์ จากสถาบันประสาทวิทยา เมื่อปีการศึกษา 2546 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548

ได้เข้าร่วมในการฝึกอบรมโยคะเพื่อสุขภาพจากสถาบันไถวัลยธรรม และได้รับการฝึกโยคะจำนวน 30 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง นายทหารพยาบาล ประจำแผนกห้องบำบัดพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จนถึงปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย