



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 80 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ขณะมาติดตามการรักษาในคลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2552 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.2 มีความพิการอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ตามแบบประเมินความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 1.3 ไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.1 เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย ได้แก่ สามี-ภรรยา หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่ บิดา-มารดา บุตร พี่น้องหรือญาติ ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก
 - 2.2 อายุ 20 – 59 ปี
 - 2.3 ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
 - 2.4 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษา จนถึงวันมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป
 - 2.5 สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้

2.6 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยและมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria) ดังนี้

2.6.1 ได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท

2.6.2 มีระยะเวลาที่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษา จนถึงวันมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลน้อยกว่า 2 สัปดาห์

2.6.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำแบบประเมินส่วนที่ 3, 4 และ 5 ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยเท่ากับ .96, .87 และ .87 ตามลำดับ แล้วนำแบบประเมินระดับความพิการไปหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (Interrater reliability) ได้เท่ากับ 1.0 หลังจากนั้นนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 80 คน ได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95, .89, และ .87 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และจำนวนบุคคลที่ต้องดูแลนอกจากผู้ป่วย ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สาเหตุของการเจ็บป่วย การผ่าตัด ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงวันสัมภาษณ์ และระดับความพิการ นำมาแจกแจงความถี่และหาร้อยละ

2. วิเคราะห์ภาวะกดดันด้านจิตใจและการทำหน้าที่ของครอบครัวใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation)

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45

2. ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่มีความพิการอยู่ในระดับปานกลาง ($n=46$, คิดเป็นร้อยละ 57.5) รองลงมา มีระดับความพิการเล็กน้อย ($n = 26$, คิดเป็นร้อยละ 32.5) และมีระดับความพิการรุนแรง ($n=8$, คิดเป็นร้อยละ 10.0) ตามลำดับ

3. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38

4. ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .409$)

5. การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .300$)

6. ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .328$)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะกดดันด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.81 ($SD=0.45$) ซึ่งจากการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของตนเองอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.8) มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง เป็นสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย กล่าวคือ เป็นมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 26.3) และเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย (ร้อยละ 23.8) ตามลำดับ จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอบรมเลี้ยงดูตามความเชื่อทางสังคม ให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยเหลือดูแลสมาชิกในบ้าน จึงทำให้สามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ง่ายกว่า

เพศชาย (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลหลักมักเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับผู้ป่วยเนื่องจากลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทยที่กำหนดบทบาทของผู้หญิงเปรียบเสมือนผู้ที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย รวมถึงการมีหน้าที่ในการดูแลและเอาใจใส่สามีทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; ฟาริดา อิบราฮิม, 2542; ขวัญตา บาลทิพย์และคณะ, 2546; สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2547) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยความรัก ความผูกพัน จึงส่งผลให้มีความสนใจ เอาใจใส่ มีกำลังใจ แรงจูงใจและเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; จอม สุวรรณโน, 2541; ตาริกา ธารบัวสวรรค์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2535) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความผ่อนคลาย เกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล จึงส่งผลให้มีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-59 ปี (ร้อยละ 51.3) ซึ่งเป็นวัยกลางคนที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตช่วยให้เกิดความรู้สึกละมุนรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีทำให้เผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดในชีวิตได้ รวมทั้งให้การดูแลช่วยเหลือผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2534) ที่พบว่า ความวิตกกังวลใจและซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังจะสัมพันธ์กับอายุ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 40-49 ปี และ 49 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65) อธิบายได้ว่า การดูแลและให้การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นการสนับสนุนที่เกิดจากสัมพันธภาพ จึงช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤติหลังเกิดความเครียดได้ดี (Cutrona, 1996) การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วย (Friedman and King, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร อินทวิชัย (2539) ที่พบว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่มีสุขภาพจิตดีกว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว เนื่องจากมารดาต้องรับบทบาทผู้ดูแลเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นคู่สมรสจึงมีความสำคัญในการร่วมมือต่อสู้และเผชิญปัญหา เป็นคู่คิดในการตัดสินใจ คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดรวมถึงการช่วยดูแลบุตรด้วย

นอกจากนี้ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ตลอดจนใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (อุมา จันทวิเศษ, 2535; มณี อุประสิทธิ์, 2539) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 46.3) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ อธิบายได้ว่า

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นฉับพลันโดยทันทีทันใดไม่มีการเตือนให้ทราบล่วงหน้า เป็นภาวะวิกฤติและเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ เป็นภาวะคุกคามที่มีผลต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความผูกพันกับผู้ป่วย ความผูกพันเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลในการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติและเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่กำลังถูกคุกคาม ดังนั้นไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใดก็จะพยายามศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและค้นหาแหล่งรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น และเนื่องจากในปัจจุบันมีเทคโนโลยีด้านการสื่อสารมากมายที่มีความทันสมัยและก้าวหน้า จึงทำให้มีโอกาสเรียนรู้ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจและได้รับประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง ดังนั้นระดับการศึกษาที่ต่างกันจึงไม่มีผลต่อการทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา สุทธยากร (2531) นุชกร อินทรชัย (2539) จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่กลุ่มตัวอย่างดูแล ส่วนใหญ่มีความพิการระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.5) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เช่นเดียวกับก่อนได้รับบาดเจ็บ ซึ่งระดับความพิการหรือความบกพร่องของผู้ป่วยจะเป็นตัวบ่งบอกถึงลักษณะงาน ปริมาณงาน และความต้องการการดูแล (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; ดาริกา ธารบัวสวรรค์, 2542; นันทพร ศรีนิม, 2545; ศิริพันธ์ สาสัต์ย์ และพูลสุข เจนพานิชย์, 2546) การที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่เป็นภาระของกลุ่มตัวอย่างมากนัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการพักผ่อน ผ่อนคลายอารมณ์ และมีเวลาพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ทำให้ไม่รู้สึกรีบเร่งจึงส่งผลให้มีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ

เมื่อพิจารณาภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้าน พบว่ามีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน (ตารางที่ 6) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลาง และมีผู้ช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีอาการแสดงของภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับปานกลาง 7 ข้อ ได้แก่ ด้านความวิตกกังวล ข้อที่แสดงอาการกังวลใจหรือกระวนกระวายใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.47 (SD=1.11) รองลงมาคือ ข้อที่ความรู้สึกตึงเครียดหรืออึดอัด เนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีใครคาดคิดมาก่อน (Johnson and Robert, 1996; Grosssman, 1995) ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Baker, 1990; Acon, 1995; Kosiulek, 1997)

การที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนในเรื่องของสถานที่ บุคคล สิ่งแวดล้อม การแยกจากผู้ป่วยที่ต้องรักษาในห้องผู้ป่วยหนักทำให้เกิดความเครียด (Engti and Krisivali-Famer, 1993) อีกทั้งผู้ป่วยบางรายไม่รู้สึกรู้สึกรังเกียจไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมได้ ทำให้การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นรวมถึงสมาชิกในครอบครัวลดลง (Kreutzer, Marwitz and Kepler, 1992) ยิ่งส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น (Martin, 1994) ด้านลักษณะอาการทางกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงของภาวะกอดตันด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางคือ มีความรู้สึกอ่อนเปลี้ยตามร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาด้วยความเป็นห่วงกลัวว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรม ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544; นันทพร ศรีนิม, 2545; Kettumen et al., 1999) ด้านการย่ำคิดย่ำทำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงของภาวะกอดตันด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางคือ ข้อที่มีอาการย่ำคิดย่ำทำ เป็นภาวะที่ต้องย่ำคิดย่ำทำในบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องมีภาระรับผิดชอบงานต่างๆของตนเองและทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงพยายามทำอะไรให้สมบูรณ์ที่สุดเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้อื่นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นจะถูกแทนที่ด้วยความคิดหรือการกระทำซ้ำๆอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดโรคประสาทแบบย่ำคิดย่ำทำได้ (Mathis et al., 1972) ส่วนกลุ่มอาการที่ไม่จัดอยู่ในด้านใดที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงของภาวะกอดตันด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางคือ เบื่ออาหารและนอนหลับยาก เนื่องจากเป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ ระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้องคือ Automatic nervous system (ANS) ในการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทำให้มีผลต่อระบบหมุนเวียนโลหิต การย่อยอาหารทำให้มีอาการเบื่ออาหาร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างต้องให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นส่วนมาก ซึ่งผู้ป่วยยังมีปัญหาพฤติกรรม เช่น เอะอะไว้วาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลใกล้ชิดจึงส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับ (วิมลรัตน์ ภูวราพานิช, 2537)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแล

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .409$) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีภาวะกอดตันด้านจิตใจสูงเนื่องจากให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการมาก และผู้ดูแลที่มีภาวะกอดตันด้านจิตใจต่ำเนื่องจากให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการน้อย ซึ่งเป็นไปตาม

สมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากระดับความพิการของผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และสะท้อนให้เห็นถึงระดับการพึ่งพาหรือความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Lieberman and Fisher, 1995) จากการศึกษาของ Bunting (1989) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท จะไม่มีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับถึงร้อยละ 97 ไม่มีโอกาสละวางจากการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนผูกติดไว้กับผู้ป่วย ทำให้รู้สึกเครียดและมีอารมณ์ซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ที่ศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีความพิการสูงจะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการเล็กน้อยส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fredman (1998) ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพในประเด็นที่ปัญหาเกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแลมีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะต่างๆที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล ส่วนปัญหาที่เกิดกับจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการได้รับความกดดันด้านจิตใจ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.300$) แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงเนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี และผู้ดูแลที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำเนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of family Functional : MMFF) ของ Epstein และคณะ(1984) ประกอบด้วยการทำหน้าที่ใน 6 ด้าน คือ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และอุปสรรค ตรังคสมบัติ (2544) ได้เพิ่มการทำหน้าที่ทั่วไปเพื่อให้ครอบคลุมการทำหน้าที่ทั้ง 6 ด้าน

เมื่อพิจารณาในรายด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่าด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ

กีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแล ส่วนด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านความผูกพันทางอารมณ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาว่า ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆมากมายตามมา ไม่ว่าจะเป็นการปรับโครงสร้างบทบาทหน้าที่ ปัญหาทางร่างกายและอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วย ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความขัดแย้ง ขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นการแก้ไขปัญหาของครอบครัวจะเป็นไปได้อย่างยากลำบาก เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามากๆ ที่เกิดขึ้นและไม่มีการตัดสินใจร่วมกันในการเลือกวิธีที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา (Miller, 1995) ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารวิเคราะห์ได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤติ การพูดคุยสื่อสารกันภายในครอบครัวอาจน้อยลงเนื่องจากภาระงานในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อเกิดความคับข้องใจ ความไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ ไม่ว่าจะเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วยหรือปัญหาส่วนตัว สมาชิกครอบครัวไม่รู้จะระบายให้ใครฟัง และบางครอบครัวอาจมีการสื่อสารที่ขัดแย้งกันเอง (Kaplan and Sandock) การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรมวิเคราะห์ได้ว่า ภายหลังจากบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกบางคนอาจคุ้นเคยกับสมาชิกคนอื่นมากเกินไป ปัญหาในการกำหนดขอบเขตระหว่างบุคคลอันเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจกัน ขาดการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัว มีการออกคำสั่งหรือควบคุมมากเกินไป ทำให้ความรู้สึกเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเองของสมาชิกในครอบครัวลดลงจนบุคคลในครอบครัวรู้สึกอึดอัด รำคาญหรืออาจมีการควบคุมพฤติกรรมที่หย่อนยานเกินไป ทำให้ครอบครัวไม่เป็นสุข (พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2542) การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ทั่วไปวิเคราะห์ได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมในทุกๆด้าน ในขอบเขตที่เหมาะสมจะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าการช่วยเหลือในการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุทำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความพิการรุนแรง จะทำให้มีภาวะกีดกันด้านจิตใจสูง แต่ถ้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีจะทำให้มีภาวะกีดกันด้านจิตใจต่ำ ดังนั้นจึงควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และวิชาชีพ ดังนี้

1.1 พยาบาลควรวางแผนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะอยู่ในโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร เป็นต้น เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับรุนแรง โดยการวางแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทันทีหลังจากพ้นระยะวิกฤติ

1.2 ประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย เพื่อพยากรณ์การเกิดภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งหากพบว่าผู้ดูแลต้องการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการรุนแรง ผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการเข้ารับบทบาทดูแลผู้ป่วย อาจทำได้โดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมตั้งแต่รับทราบปัญหา แนวทางแก้ไข วางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

1.3 พยาบาลควรประเมินเครือข่ายทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และช่วยให้ผู้ดูแลใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มศักยภาพ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุด จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ผู้ดูแลเพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่และลดภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะกอดตันด้านจิตใจ

1.4 พยาบาลควรส่งเสริมทั้งผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ในเรื่องข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับและการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จัดให้มีกลุ่มเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

1.5 เสนอจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะในการติดตามดูแล ตัวอย่างเช่น โครงการเตรียมผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

1.6 ให้ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยแก่พยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาล

1.7 ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจจะมีผลต่อการเกิดภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ ความรู้ในการดูแล

จำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการบาดเจ็บ ปัจจัยด้านสังคม เช่น การได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการประเมิน วางแผน และพัฒนาวิธีการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

3. ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำทั้งที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีความพิการปานกลาง จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของประเด็นปัญหานี้ต่อไป