

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านและกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ

สุภาภรณ์ รูปหล่อ^{1*}, มยุรี ลีทองอิน², สิริมาศ ปิยะวัฒนพงษ์²

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of the Self-Efficacy Enhancing Program on the Practice Behavior of Caregivers for the Older Patients with Mild Traumatic Brain Injury after Discharge and Post-concussion Syndrome

Supapon Rooplor^{1*}, Mayuree Leethong-in², Sirimart Piyawattanapong²

¹Master degree of Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

²Gerontological Nursing, Faculty of Nursing Khon Kaen University

Received: 15 January 2021 / Edit: 6 August 2021 / Accepted: 3 September 2021

หลักการและวัตถุประสงค์: ผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญ การศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านและกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 จำนวน 56 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากันคือกลุ่มละ 28 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในช่วง 48 ชั่วโมง และ 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในช่วง 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ในช่วง 48 ชั่วโมงและ 2 สัปดาห์ หลังสมองบาดเจ็บพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองมีกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บแตกต่างจากของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่าย

Background and Objective: The older patients with mild traumatic brain injury (mTBI) after being discharged, have a higher mortality rate. The caregiver plays an important role. The purposes of this study were to examine the effects of the self-efficacy enhancing program on the practice behavior of caregivers for the older patients with mTBI after discharge and post-concussion syndrome.

Methods: The study was a quasi-experimental research two groups posttest design. The fifty-six participants who were caregivers for the older patients with mTBI at Accident and Emergency Ward 2 which divided into a control group and intervention group equally. The experimental group received the self-efficacy enhancing program while the control group received a usual care program. The instruments used were 1) the practice behavior of caregivers and post-concussion syndrome in the older patients during 48 hours questionnaire and 2) the practice behavior of caregivers and post-concussion syndrome in the older patients during 2 weeks questionnaire. Data were analyzed using Independent t-test, and Mann-Whitney U test.

Results: The results for 48 hours and 2 weeks after

*Corresponding author : Supapon Rooplor, Master Degree Student, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. E-mail: supaponr@kku.ac.th

กลับบ้านเพิ่มขึ้นและลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน; ผู้ดูแล; ผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง; กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ

brain injury showed that the experimental group gained scores on the practice behavior of caregivers higher than those of control group at level of significance ($p < .05$). Also, it was indicated that the older patients with mTBI in the experimental group had post-concussion syndrome differences from those who were in the control group at level significant ($p < .05$).

Conclusions: The program can be used to increase caregivers' behavior in caring of the older with mTBI in order and reduced the post-concussion syndrome after discharged.

Keyword: Self-Efficacy; Caregivers; Older Patients with Mild Traumatic Brain Injury; Post-Concussion Syndrome

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(5): 617-624. • Srinagarind Med J 2021; 36(5): 617-624.

บทนำ

สมองบาดเจ็บไม่รุนแรง (mild traumatic brain injury: mTBI) มีแนวโน้มพบเพิ่มขึ้นในประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง^{1,2} ดังสถิติปี พ.ศ. 2561 จำนวนผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2559 มากกว่า 2 เท่า จาก 84 เป็น 218 ราย³ การดูแลผู้สูงอายุที่มีสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ต้องดูแลที่โรงพยาบาลในช่วง 24 ชั่วโมงแรก หากไม่พบความผิดปกติจึงจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมกับให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบนำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล โดยมีเอกสารให้ผู้ดูแลอ่านทบทวน 1 แผ่น หลังจากที่มีการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน

หลังจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มอาการภายหลังจากสมองบาดเจ็บ (post-concussion syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่สามารถเกิดในผู้ป่วยหลังสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง⁴ มีทั้งกลุ่มอาการทางด้านร่างกาย อาทิ อาการปวดศีรษะ อาการที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ และผลกระทบเกี่ยวกับความผิดปกติด้านการนอน^{5,6} ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย^{1,2} ด้านจิตใจจิตสังคมและด้านเศรษฐกิจ⁷

จากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงอายุนี้อสมถลดลงประมาณร้อยละ 30⁸ ลักษณะเนื้อสมองที่ฝ่อเล็กเมื่อได้รับแรงกระแทกเส้นเลือดที่อยู่บนผิวของสมองเกิดการฉีกขาดได้ง่าย จึงเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดรา⁸⁻¹⁰ เลือดที่ออกมาสะสมต้องมีปริมาณมากพอจึงแสดงอาการระบบประสาทจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จึงเป็นเหตุให้การแสดงอาการของผู้สูงอายุต้องใช้เวลาจนกว่าจะมาพบแพทย์^{8,9} ซึ่งเป็นช่วงหลังจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงกลับบ้าน อีกทั้งลักษณะจำเพาะของผู้สูงอายุมีอาการที่ไม่ตรงไปตรงมา การมีโรคร่วม การได้รับยาหลายชนิดและการตอบสนองต่อการรักษาของร่างกายที่ลดลง¹¹ ทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มโอกาสเกิดความรุนแรงได้มากกว่าวัยอื่นถึง 3 เท่า^{12,13} และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น^{2,14}

ด้วยข้อจำกัดด้านการรู้คิดที่ลดลง² และพลังสำรองถดถอย¹¹ ของผู้สูงอายุผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการผิดปกติและการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองตามคำแนะนำเพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม¹⁵ หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติได้¹³ บทบาททัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โดยเฉพาะช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังบาดเจ็บที่มีอัตราเสียชีวิตสูงสุด² ไปจนถึงช่วงหลังสมองบาดเจ็บ 2 สัปดาห์¹⁶ อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาที่กระชั้น จากการศึกษาปรากฏการณ์พบว่า ผู้ดูแลมีความไม่มั่นใจในพฤติกรรมในการดูแลที่ถูกต้อง หลังจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ จากแนวคิดของ Bandura¹⁷ เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น บุคคลจะทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงนั้นได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน¹⁸ ด้วยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การวางแผนการจำหน่าย¹⁹ อาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงได้

แม้จะมีการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โดยใช้แนวคิดการวางแผนการจำหน่ายโดยมีการติดตามเยี่ยมอาการและการกระตุ้นเตือนหลังจำหน่ายในช่วง 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังสมองบาดเจ็บ แต่เป็นการศึกษาในแผนกฉุกเฉินที่ผู้บาดเจ็บไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งถือเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่รุนแรงมีความเสี่ยงระดับต่ำที่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่¹⁹ นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาติดตามพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหลังสมองบาดเจ็บ 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจำหน่ายกลับบ้าน ที่พบการศึกษาว่ามีอัตรา

การเสียชีวิตสูงสุด² ไปจนถึงระยะ 2 สัปดาห์ หลังสมองบาดเจ็บที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา¹⁶ ร่วมกับการศึกษาการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของ Bandura¹⁷ โดยมีความเชื่อว่า ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ จะทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงได้เหมาะสม ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงและกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติ ในช่วง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์ หลังสมองบาดเจ็บ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม 2563 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น HE621511 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงโดยเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับค่าตอบแทนการดูแล สื่อสารเข้าใจภาษาไทย มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้สูงอายุมีคุณสมบัติคัดเข้าได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่มีภาวะบาดเจ็บอย่างอื่นที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เคยมีประวัติโรคทางระบบประสาทสมอง โรคหัวใจในหมู่ไม่เท่ากัน การทรงตัว การได้ยิน และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 3 ครั้ง ไม่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ไม่สามารถดูแลใน 2 สัปดาห์หลังสมองบาดเจ็บหรือผู้สูงอายุนอนรักษาในโรงพยาบาลเกิน 48 ชั่วโมง ย้ายหอผู้ป่วย หรือเสียชีวิต ขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จของ Polit และ Beck²⁰ ประมาณค่าอิทธิพลจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁹ และเพิ่มจำนวนป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 28 ราย ผู้วิจัยได้ควบคุม internal validity ด้วยการคำนึงถึง maturation ของผู้ดูแล ความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามที่ผ่านเกณฑ์การยอมรับ และลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากตัวแปรแทรกซ้อนระหว่างดำเนินการวิจัย และดำเนินจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในช่วง 48 ชั่วโมง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ² โดยส่วน 2.1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลเพื่อเฝ้า

ระวังอาการผิดปกติ การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ แบบสัมภาษณ์ให้ค่า 2 ค่า ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ และปฏิบัติ ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในช่วง 48 ชั่วโมง เป็นข้อคำถามอาการผิดปกติ “ไม่มี” หรือ “มี” ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย เวียนศีรษะ ไ่วต่อแสง เป็นต้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านค่า CVI เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น KR 20 เท่ากับ .90 และค่า Interrater reliability เท่ากับ .97 และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในช่วง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ² โดยส่วนที่ 3.1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลจำนวน 15 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับความถี่ในการปฏิบัติ และส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในช่วง 2 สัปดาห์ เป็นข้อคำถามอาการผิดปกติ “ไม่มี” หรือ “มี” ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย เวียนศีรษะ ไ่วต่อแสง เป็นต้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านค่า CVI เท่ากับ 0.93 ค่าความเชื่อมั่น KR 21 เท่ากับ .95 และค่า Interrater reliability เท่ากับ .91

โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อคู่มือสำหรับผู้ดูแล ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ทบทวนความรู้เนื้อหาการประเมินระดับความรู้สึกตัวการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้าน อาการผิดปกติ และการติดต่อสื่อสาร และครั้งที่ 3 การโทรศัพท์ทบทวนความรู้การดูแล โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

การประเมินตัวแปรในการศึกษาโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และไม่ได้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยที่ศึกษา ผ่านการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน 2 ครั้งได้แก่ หลังสมองบาดเจ็บ 48 ชั่วโมงและ 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลาประเมินครั้งละประมาณ 10-15 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หัวหน้างานบริการพยาบาล หัวหน้าแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 และหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตามการพยาบาลปกติ โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการติดตามสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงทางโทรศัพท์ ในช่วง 48 ชั่วโมงและ 2 สัปดาห์หลังสมอง

บาดเจ็บโดยผู้ช่วยวิจัยใช้เวลาประมาณ 10 นาทีสำหรับกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะอยู่โรงพยาบาลผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยวิธีที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ผู้ดูแลฝึกทักษะการประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว ผู้วิจัยชื่นชมให้กำลังใจ เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัยพร้อมมอบคู่มือและปฏิทินการตรวจสอบการปฏิบัติ 2) ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยทบทวนความรู้เนื้อหาในคู่มือและปฏิทินตรวจสอบการปฏิบัติ พร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทักษะการประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว แนะนำการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน อาการผิดปกติสำคัญที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล การใช้ช่องทางติดต่อสื่อสารตลอด 24 ชั่วโมงและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการติดตามทางโทรศัพท์ อีก 2 ครั้งในช่วง 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังสมองบาดเจ็บและ 3) ระยะหลังสมองบาดเจ็บ 48 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์สัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลใน 48 ชั่วโมง หลังสมองบาดเจ็บ จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามและกระตุ้นเตือน รับฟังปัญหา พุดคุยให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวในช่วง 48 ชั่วโมง หลังสมองบาดเจ็บใช้ระยะเวลา 10 - 15 นาที 4) ระยะหลังสมองบาดเจ็บ 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์สัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลใน 2 สัปดาห์หลังสมองบาดเจ็บ ใช้ระยะเวลา 10 - 15 นาที กล่าวขอบคุณและแจ้งข้อมูลสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 23.0 ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk รายงานข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และสถิติ independent T-test ทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ในช่วง 48 ชั่วโมงหลังสมองบาดเจ็บพบว่าข้อมูลมี

การกระจายเป็น normality ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test ในช่วง 2 สัปดาห์หลังสมองบาดเจ็บใช้สถิติ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บด้วยสถิติ Fisher's exact test และ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ผลการศึกษา

- ข้อมูลทั่วไป ก่อนการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลอาสาสมัคร ผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาสาสมัครผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 24-59 ปี สถานภาพคู่ สำเร็จการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ทำอาชีพค้าขาย เกษตรกรรม/รับจ้าง รายได้เฉลี่ย 5,000-15,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์เป็นบุตร และไม่มีประสบการณ์การดูแล (ตารางที่ 1) ส่วนอาสาสมัครผู้สูงอายุมีจำนวนเพศชายเพศหญิงใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-79 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพสาเหตุของสมองบาดเจ็บจากการลื่น/สะดุด/หกล้ม เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุ ความสามารถในการได้ยิน และการนอนหลับปกติ ไม่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และนอนชั้นล่างของบ้าน (ตารางที่ 2)
 - การเปรียบเทียบผลการทดลอง พบว่าระดับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองในช่วง 48 ชั่วโมง หลังสมองบาดเจ็บ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลระดับสูง (ร้อยละ 82.1) ในขณะที่ผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลระดับต่ำ (ร้อยละ 71.4) ส่วนในช่วง 2 สัปดาห์ หลังสมองบาดเจ็บพบว่า ผู้ดูแลของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลระดับสูง (ร้อยละ 96.4) ในขณะที่ผู้ดูแลของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.6)
- ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล และกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในช่วง 48

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ ¹ : หญิง	18 (64.3)	17 (60.7)	.783
อายุ ² (ปี) (Mean ± S.D.)	49.81 ± 14.43	51.89 ± 14.35	.585
24-59	19 (67.9)	20 (71.4)	
สถานภาพสมรส ³ : คู่	17 (60.7)	16(57.1)	.863
ระดับการศึกษา ³ : ปริญญาตรี	13 (46.4)	9 (32.1)	.171
อาชีพ ³ : ค้าขาย/เกษตรกรรม/รับจ้าง	13 (46.4)	18 (64.3)	.307
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน ¹ : 5,000 – 15,000 บาท	8 (28.6)	7 (25.0)	.986
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ¹ : บุตร	18 (64.3)	15 (53.6)	.428
ประสบการณ์การดูแล ² : ไม่มี	26 (92.9)	25 (89.3)	1.000

¹ = Chi-square, ² = Independent t-test, ³ = Fisher's exact test

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปและข้อมูล การรักษาอาสาสมัครผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ ¹ : หญิง	15 (53.6)	17 (60.7)	.587
อายุ ² (ปี) (Mean + S.D.)	73.54±9.89	73.39 ± 9.02	.892
60-69	10 (35.7)	10 (35.7)	
70-79	10 (35.7)	10 (35.7)	
ระดับการศึกษา ¹ : ประถมศึกษา	13 (46.4)	17 (60.7)	.521
อาชีพ ³ : ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12 (42.9)	12 (42.9)	.172
สาเหตุของสมองขาดเลือด ³ : ลิ่ม/สะเก็ด/หลอดเลือด	21 (75.0)	20 (71.4)	.348
โรคประจำตัว ³ : โรคความดันโลหิตสูง	15 (53.6)	16 (57.1)	1.000
ประวัติด้านอุบัติเหตุ ¹ : ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุใด ๆ	15 (53.6)	12 (42.9)	.422
ความสามารถในการได้ยิน ³ : ปกติ	24 (85.7)	27 (96.4)	.352
การนอนหลับ ¹ : ปกติ	23 (82.1)	21 (75.0)	.515
ประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ¹ : ไม่ดื่ม	14 (50.0)	14 (50.0)	1.000
บริเวณห้องนอน ¹ : ชั้นล่าง	23 (82.1)	23 (82.1)	1.000

¹ = Chi-square, ² = Independent t-test, ³ = Fisher's exact test

ชั่วโมงหลังสมองขาดเลือดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (20.92 ± 1.41) มากกว่ากลุ่มควบคุม (12.42 ± 4.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 3) พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในช่วง 2 สัปดาห์หลังสมองขาดเลือดกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน (Median = 75.00, IQR = 6.00) มากกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 51.50, IQR = 13.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U = 23.50, p<0.001) (ตารางที่ 4) ผลเปรียบเทียบกลุ่มอาการภายหลังสมองขาดเลือดในผู้สูงอายุสมองขาดเลือดไม่รุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในช่วง 48 ชั่วโมงหลังสมองขาดเลือดกลุ่มทดลองมีการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองขาดเลือดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.010) (ตารางที่ 5) ในช่วง 2 สัปดาห์ หลังสมองขาดเลือดกลุ่มทดลองมีการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองขาดเลือดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2= 12.12, p <0.001) (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองขาดเลือดไม่รุนแรงใน 48 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์ หลังสมองขาดเลือด มากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานกิจกรรมเป็นการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลโดยผ่านแหล่งสนับสนุนตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง ซึ่งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลในการแสดงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ หลังจากผู้ดูแลได้รับความรู้ผ่านสื่อคู่มือและวิดีโอทัศน์ ได้มี ทักษะในการดูแลที่ถูกต้องเป็นรายบุคคล มีการสาธิตย้อนกลับรวมถึงการแก้ไขปัญหาที่พบขณะปฏิบัติเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ตรงและประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลนำทักษะไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน 2) การใช้ตัวแบบผ่านสื่อวิดีโอทัศน์เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลในช่วง 48 ชั่วโมง หลังสมองขาดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

พฤติกรรมการดูแล	กลุ่มทดลอง (n=28) mean ± SD	กลุ่มควบคุม (n=28) mean ± SD	t	p-value
พฤติกรรมการดูแลภาพรวม	20.92 ± 1.41	12.42 ± 4.27	9.99	< .001
การดูแลเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	7.82 ± 1.18	5.10±1.44	7.66	< .001
การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง	9.75 ± 0.51	5.46 ± 2.79	7.97	< .001
การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	3.35 ± 0.78	1.85 ± 0.97	6.37	< .001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลในช่วง 2 สัปดาห์ หลังสมองขาดเฉียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

พฤติกรรมการดูแล	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		Mann-Whitney U	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
พฤติกรรมการดูแลภาพรวม	75.00	6.00	51.50	13.25	23.50	<.001
การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง	43.00	2.00	30.00	8.25	15.50	<.001
การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	25.00	3.00	17.50	5.75	122.00	<.001

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบกลุ่มอาการภายหลังสมองขาดเฉียบในช่วง 48 ชั่วโมง หลังสมองขาดเฉียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher's exact test (n=28)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อาการผิดปกติ			.010
ไม่มี	28 (100)	21 (75.0)	
มี	0 (0.0)	7 (25.0)	
อาการปวดศีรษะ	0 (0.0)	5 (17.9)	
อาการหงุดหงิดง่าย	0 (0.0)	2 (7.1)	

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบกลุ่มอาการภายหลังสมองขาดเฉียบ ในช่วง 2 สัปดาห์ หลังสมองขาดเฉียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square (n=28)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=28) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อาการผิดปกติ			12.12	< .001
ไม่มี	27 (96.4)	16 (57.1)		
มี	1 (3.6)	12 (42.9)		
อาการนอนไม่หลับ	0 (0.0)	7 (25.0)		
อาการปวดศีรษะ	1 (3.6)	3 (10.7)		
อาการหงุดหงิดง่าย	0 (0.0)	3 (10.7)		

ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุสมองขาดเฉียบไม่รุนแรงเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ปัญหาและวิธีการจัดการ 3) การใช้คำพูดชักจูง เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผ่านสื่อคู่มือวีดิทัศน์ขณะสาธิตและฝึกทักษะการประเมินระดับความรู้สึกตัวที่เข้าใจง่าย การสื่อสารเพื่อการทบทวนให้กำลังใจและการเปิดโอกาสพูดคุยซักถามทั้งก่อนและหลังจำหน่ายกลับบ้าน 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลและจัดสถานที่ให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดความพร้อมของร่างกาย ช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจในการฝึกทักษะและมีความพร้อมในการดูแล จากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จึงมีพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุสมองขาดเฉียบไม่รุนแรงในระดับสูง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนุช สมศรี และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยขาดเฉียบสมองระดับเล็กน้อย ด้วยการสร้างความพร้อมก่อนการจำหน่าย มีขั้นตอนช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและมีความมั่นใจในการกลับไปดูแลผู้ป่วยขาดเฉียบสมองระดับเล็กน้อยที่บ้าน ด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ ประสิทธิภาพผู้ดูแล คู่มือการดูแล การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและช่องทางการติดต่อสอบถาม ส่งผลต่อคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยขาดเฉียบสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Firmawati และคณะ¹⁸ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการให้สุขศึกษามีความมั่นใจและมีพฤติกรรมดูแลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรม

การเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองขาดเฉียบของผู้สูงอายุสมองขาดเฉียบไม่รุนแรง ในช่วง 48 ชั่วโมงและ 2 สัปดาห์ หลังสมองขาดเฉียบ กลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจาก กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำการดูแลเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ในช่วง 48 ชั่วโมงแรก ด้วยการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง งดการออกกำลังกายดูแลให้ผู้สูงอายุทุกเป็นส่วนใหญ่ มีการดูแลด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่พบกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ จากข้อมูลระดับพฤติกรรมดูแลและเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลในระดับสูงด้านการดูแลเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมที่มีพฤติกรรมดูแลอยู่ในระดับต่ำด้วยพฤติกรรมดูแลที่ไม่ครอบคลุมอาจทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมพบกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในช่วง 48 ชั่วโมงหลังสมองบาดเจ็บ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ซึ่งเป็นอาการที่สามารถพบได้ทันทีหรือพบในช่วง 7 วันหลังสมองบาดเจ็บ^{21,22} เช่นเดียวกับอาการหงุดหงิดง่าย^{5,6} ที่มักพบในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 37² ขณะที่ช่วง 2 สัปดาห์หลังสมองบาดเจ็บ กลุ่มควบคุมพบกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บเพิ่มขึ้น ได้แก่ การนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bramley และคณะ²³ ที่พบว่าอัตราการนอนหลับการนอนหลับจะเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนแรกเช่นกันนอกจากนี้กลุ่มควบคุมพบผู้สูงอายุมีการหกล้มซ้ำภายในบริเวณบ้าน 3 ราย และผู้ดูแลมีการสอบถามว่าสามารถ “อย่างไฟ” หลังจำหน่ายกลับบ้านได้หรือไม่ รวมทั้งการไม่มาพบแพทย์ตามนัดพบร้อยละ 28.57 ขณะที่กลุ่มทดลองมีเพียงร้อยละ 11.11

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแล ที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ผ่านการให้ความรู้ ส่งเสริมทักษะสร้างความมั่นใจ มีพฤติกรรมดูแลที่ส่งผลทำให้กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้สูงอายุลดลง เช่นเดียวกับการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเรื่องการพักผ่อนที่เพียงพอ การดูแลทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง พร้อมกับการดูแลด้านจิตใจ ทำให้เกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของผู้ที่สมองบาดเจ็บไม่รุนแรงนั้นลดลง²⁴

สรุป

โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้าน และสามารถลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บได้นาน 2 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อการปรึกษา และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงทั้งกลุ่มที่มีโรคร่วม หรือมีประวัติการหกล้มในระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษา post-test design only ไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลัง ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถใช้เพื่อการอ้างอิงในผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ไปรับบริการสถานพยาบาลในพื้นที่อื่นได้ นอกจากนี้ระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างอาจได้รับความรู้ การปฏิบัติกรดูแลด้วยวิธีการอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยตามมาได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Stein DM, Kozar RA, Livingston DH, Luchette F, Adams SD, Agrawal V, et al. Geriatric traumatic brain injury—what we know and what we don't. *J Trauma Acute Care Surg* 2018; 85(4): 788–798.
2. Mcintyre A, Janzen S, Teasel R. Traumatic brain injury in older adults: A review. *Top Geriatr Rehabil* 2014; 30(30): 230–236.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 2561. ขอนแก่น, 2562.
4. Cnossen MC, Van Der Naalt J, Spikman JM, Nieboer D, Yue JK, Winkler EA, et al. Prediction of persistent post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury. *J Neurotrauma* 2018; 35(22): 2691–2698.
5. Broshek DK, De Marco AP, Freeman JR. A review of post-concussion syndrome and psychological factors associated with concussion. *Brain Inj* 2015; 29(2): 228–237.
6. Ontario Neurotrauma Foundation. Guideline for concussion/mild traumatic brain injury & amp; persistent symptoms [Internet]. 2018 [cited Aug 20, 2019]. Available from: <https://braininjuryguidelines.org/concussion/file-admin/media/adult-concussion-guidelines-3rd-edition.pdf>.
7. รุ่งนภา เขียวชะอำ. ผลกระทบภายหลังการเจ็บที่สมอง.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; 27(1): 103-111.
8. รพีพร โรจน์แสงเรือง. การรักษาผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ. ใน: วีรศักดิ์ เมื่องไพศาล,บรรณมาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ภาพพิมพ์, 2560: 31-42.
9. Yamagami K, Kurogi R, Kurogi A, Nishimura K, Onozuka D, Ren N, et al. The influence of age on the outcomes of traumatic brain injury: findings from a japanese nationwide survey (J-ASPECT Study-Traumatic Brain Injury). *World Neurosurg* 2019; 130:e 26–46.

10. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ภาพพิมพ์, 2560: 134-166.
11. ปณิตา ลิ้มประวัฒน์. กลุ่มอาการสูงอายุ. ใน: ปณิตา ลิ้มประวัฒน์, บรรณาธิการ. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่นำเสนอ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2561: 1-12.
12. Cuthbert JP, Harrison-Felix C, Corrigan JD, Kreider S, Bell JM, Coronado VG, et al. Epidemiology of adults receiving acute inpatient rehabilitation for a primary diagnosis of traumatic brain injury in the United States. *J Head Trauma Rehabil* 2015; 30(2): 122-135.
13. รพีพร โรจน์แสงเรือง. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ. ใน: ธาวิณี ไตรณรงค์สกุล, ไชยพร ยุกเซ็น, รพีพร โรจน์แสงเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. กรุงเทพฯ: ช่อระกาการพิมพ์, 2556: 169-178.
14. Gardner RC, Dams-O'Connor K, Morrissey MR, Manley G. Geriatric traumatic brain injury: epidemiology, outcomes, knowledge gaps, and future directions. *J Neurotrauma* 2018; 35: 889-906.
15. ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส พลัส; 2562.
16. Hickey JV, KS M. Craniocerebral injuries. In: Hickey JV, editor. *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 7th ed. Philadelphia: William & Wilkins; 2014: 343-381.
17. Bandura A. *Self - efficacy the exercise of control*. 11th ed. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
18. Firmawati E, Songwathana P, Kitrungrate L. Effect of self-efficacy enhancing education program on family caregivers' competencies in caring for patients with mild traumatic brain injury in Yogyakarta, Indonesia. *Nurse Media J Nurs* 2014; 4(2): 767-783.
19. เสาวนุช สมศรี, อัจฉรา สุคนธสรทรัพย์, สุภารัตน์ วังศรีคุณ. ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยจากแผนกฉุกเฉินต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล. *พยาบาลสาร* 2560; 44: 86-98.
20. Polit FD, Beck TC. *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2017.
21. Dwyer B. Posttraumatic headache. *Semin Neurol* 2018; 38(6): 619-626.
22. Lavigne G, Khoury S, Chauny JM, Desautels A. Pain and sleep in post-concussion/mild traumatic brain injury. *Pain* 2015; 156(4): S75-85.
23. Bramley H, Hong J, Zacko C, Royer C, Silvis M. Mild traumatic brain injury and post-concussion syndrome. *Sports Med Arthrosc* 2016; 24(3): 123-129.
24. พณิตนาฏ ลัม, อีรนุช ห่านิรัตติย์, ดิลก ต้นทองทิพย์. ผลของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 2562; 25: 58-73.

SMJ