การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง

Development of the Self-Efficacy Enhancing Program of Caregivers for the Older Patients with Mild Traumatic Brain Injury

สุภาภรณ์ รูปหล่อ (Supapon Rooplor)* ดร.มยุรี ลี่ทองอิน (Dr.Mayuree Leethong-in)**

บทคัดย่อ

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้าน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทดสอบความตรงและความเป็นไปได้ของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การศึกษานี้ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน 1) พัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรม 2) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้งๆ ละ 15-30 นาที ได้แก่ วันแรกที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และครั้งที่ 3 หลังสมองบาดเจ็บ 48 ชั่วโมง โดยมีสื่อและอุปกรณ์ได้แก่ คู่มือ สื่อวิดิทัศน์และโทรศัพท์ โปรแกรมมีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.96 ดังนั้นโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริงเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง และควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงต่อไป

ABSTRACT

Family caregivers play an important role in taking care of the Mild traumatic brain injury (mTBI) in older patients at home. For these reasons, the Self – Efficacy Enhancing Program of Caregivers for the Older Patients with mTBI were developed, tested validity and examined the feasibility. This study consists of 2 step: 1) program which based on based on the Self- Efficacy theory was developed from conducting a literature review 2) content validity and feasibility testing. The developed program comprised a handbook, VDO, and telephone training. The caregivers were trained 3 times at the first day of admission, the day before discharge; and 48 hours after trauma. The program had high validity (CVI = .96) from five experts. However, a pilot study is needed to confirm the effectiveness of the program for improving practice behavior of caregivers.

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน ผู้ดูแล ผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง

Keywords: Self-Efficacy, Caregivers, Older patients with mild traumatic brain injury

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

บทนำ

สมองบาดเจ็บเป็นการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองหรือมีพยาธิสภาพในสมองโดยมีสาเหตุจากแรงภายนอกมากระทบ (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมองและเส้นประสาทสมอง (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2551; ธาวินี, 2556) ในปัจจุบันพบปัญหาสมองบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้นในประชากรผู้สูงอายุ ดังสถิติจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บเพิ่มขึ้น (Taylor et al., 2017) โดยร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ที่สมองบาดเจ็บคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่สมองบาดเจ็บไม่รุนแรง (mild traumatic brain injury: mTBI) และพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Stein et al., 2018) เช่นเดียวกันกับสถิติผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่ามีจำนวน 194, 218 และ 318 รายตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 เพิ่มขึ้นจาก 84, 170 และ 218 รายตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์, 2561) ปัญหาสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงจึงเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งที่สำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Mcintyre et al., 2014)

ผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงอาจมีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น (Cuthbert et al., 2015) เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการะบวนการชรา อาจจะมีการตอบสนองต่อการบาดเจ็บได้ไม่ดีโดยพบว่าเนื้อสมองของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี จะลดลงประมาณร้อยละ 30 (รพีพร, 2560) ลักษณะเนื้อสมองที่ฝ่อเล็กลงทำให้เส้นเลือดที่อยู่บนผิวของสมองถูกดึงรั้ง เมื่อได้รับแรงกระแทกเกิดการฉีกขาดได้ง่าย จึงเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (รพีพร, 2560; วีรศักดิ์, 2560; Harvey, Close, 2012; Yamagami et al., 2019) พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นถึง 3 เท่า (รพีพร, 2556) ขณะเดียวกันการที่สมองฝ่อลงเป็นการเพิ่มพื้นที่สะสมเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ทำให้เลือดที่ออกมาสะสมมีปริมาณมากพอจึงแสดงอาการผิดปกติของระบบประสาทจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นเหตุให้การแสดงอาการต้องใช้เวลานานกว่าจะมาพบแพทย์ (รพีพร, 2560; วีรศักดิ์, 2560) อีกทั้งผู้สูงอายุอาจจะมีอาการแสดงที่ไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงที่ได้รับ อาจจะไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัดในช่วงแรก รวมทั้งโรคประจำตัวที่มีก่อนได้รับอุบัติเหตุและอาจได้รับยาหลายชนิดมาก่อนเกิดการบาดเจ็บและการตอบสนองต่อการรักษาของร่างกายที่ลดลงทำให้เพิ่มโอกาสเกิดอันตรายจากการบาดเจ็บที่สมองได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ (กรองได, 2560) และเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น (Cheng et al., 2014; Mcintyre et al., 2014; Gardner et al., 2018) สมองบาดเจ็บไม่รุนแรงยังส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย (Mcintyre et al., 2014; Stein et al., 2018) จิตใจ และจิตสังคม (Var, Rajeswaran, 2012) และเศรษฐกิจ (รุ่งนภา, 2559)

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องด้วยผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการรู้คิดที่ลดลง (Mcintyre et al., 2014) และกระบวนการสูงอายุที่ทำให้พลังสำรองถดถอย (ปณิตา, 2561) ผู้ดูแลจึงต้องเฝ้าระวังในการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินระดับความรู้สึกตัวและการสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งหลังจำหน่ายกลับบ้านหากผู้ดูแลพบว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจะสามารถนำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว โดยก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงออกจากโรงพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะมีการให้คำแนะนำกับผู้ดูแล เกี่ยวกับวิธีการดูแลและการสังเกตอาการผิดปกติเพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องรีบนำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาล

จากการศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ หลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตามแนวแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บและอาการผิดปกติ ในช่วง 48 ชั่วโมงแรกและ 2 สัปดาห์

หลังสมองบาดเจ็บพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ 9 ใน 10 คน มีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและพฤติกรรมการดูแลเพียงบางอย่างเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บที่ต้องเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) มีการรับรู้เรื่องโรคที่ไม่ถูกต้อง คิดว่าอาการของโรคไม่รุนแรง ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและพฤติกรรมการจัดการอาการเบื้องต้นเฉลี่ยเพียงร้อยละ 40 พบปัญหาความไม่มั่นใจในการดูแล การจัดการอาการ อาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง ไม่มั่นใจการประเมินระดับความรู้สึกตัวที่ถูกต้องและการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงโดยใช้การวางแผนการจำหน่าย (เสาวนุช และคณะ, 2560) แต่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเนื้อหาของสื่อคู่มือและวีดิทัศน์ที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านมา เป็นการให้คำแนะนำในผู้บาดเจ็บวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงเป็นกลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีความเปลี่ยนแปลงเฉพาะจากกระบวนการความสูงอายุ มีสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้นหลังสมองบาดเจ็บ คือความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองแบบเรื้องรังที่พบได้มากว่าผู้บาดเจ็บวัยอื่น และจากโปรแกรมการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ที่จะเพิ่มความเชื่อมั่นความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง และยังไม่พบการศึกษาติดตามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุอายุ ที่จะต้องให้การดูแลที่เฉพาะเจาะจงในช่วง 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (Mcintyre et al., 2014) และในระยะ 2 สัปดาห์หลังสมองบาดเจ็บ ที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราแบบเรื้อรัง (Hickey, March, 2014)

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ด้วยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงเพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านที่มีคุณภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการศึกษา

กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของ Badura (1997) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โดยมีความเชื่อว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงจะแสดงพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงออกมาได้นั้น เกิดจากความเชื่อมั่นในการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาพร่างกายและอารมณ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง
2. เพื่อศึกษาความตรงเนื้อหาและความเป็นไปได้ของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา

มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอน 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับดูแลผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง

1.2 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโปรแกรมและความเป็นไปได้ของสื่อที่ใช้

2.1 การประเมินความตรงเนื้อหาของสื่อคู่มือ วิดีทัศน์ และ โปรแกรม

ประเมินความตรงของเนื้อหาของ คู่มือ และวีดิทัศน์ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบประสาท อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเทคโนโลยี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเนื้อหาคู่มือ วิดีทัศน์ที่ได้ไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือดังกล่าวไปคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหา ค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ, 2555) ก่อนนำไปดำเนินการในโปรแกรม

ประเมินความตรงของเนื้อหาโปรแกรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบประสาท อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการศัลยกรรมอุบัติเหตุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำเนื้อหาโปรแกรมที่ได้ไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือดังกล่าวไปคำนวณดัชนีความตรงเนื้อหา ค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า 0.80 (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ, 2555)

2.2 การประเมินความเป็นไปได้ของสื่อคู่มือและวิดีทัศน์

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงสื่อคู่มือและวิดีทัศน์ จากนั้นทดสอบความเป็นไปได้ของสื่อที่ใช้จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลจำนวน 6 ราย และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย จำนวน 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อคู่มือและวิดีทัศน์
2. สื่อคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง
3. วีดิทัศน์การดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง

ผลการศึกษา

ขั้นตอน 1 การพัฒนาโปรแกรม

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานวัตกรรมสำหรับดูแลผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงพบว่า การใช้สื่อในการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองไม่แรงที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ วีดิทัศน์ (พนิตนาฏ และคณะ, 2562; เสาวนุช และคณะ, 2560) และคู่มือการดูแล (พนิตนาฏ และคณะ, 2562; เสาวนุช และคณะ, 2560) และปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแลที่ผ่านมาประกอบด้วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย คำแนะนำและความช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในเชิงบวก (Hassan et al., 2011) การวางแผนการจำหน่าย (เสาวนุช และคณะ, 2560) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Firmawati et al., 2014; ขวัญใจ และคณะ, 2556) ช่วยทำให้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้าน ต้องมีความมั่นใจในการดูแลและจัดการอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายกลับบ้าน ดังงานวิจัยของ รุ่งนภา และคณะ (2556) พบว่าต้องมีการประเมินความพร้อมและความต้องการของญาติผู้ดูแลก่อนให้ข้อมูลหรือฝึกทักษะการดูแลเน้นความเฉพาะเจาะจงในผู้ดูแลแต่ละราย ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีวิธีในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นเมื่อผู้บาดเจ็บกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่สมองบาดเจ็บไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา และคณะ (2559) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรมีระบบบริการสนับสนุนหลังจำหน่าย ติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ นอกจากนี้การใช้สื่อคู่มือและทบทวนเนื้อหาการดูแลในคู่มือให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถจัดการอาการของผู้บาดเจ็บได้เพิ่มมากขึ้น (Schackow, Lape, 2019) ลักษณะสื่อที่ใช้ความรู้ที่จะช่วยในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงพบว่า ควรมีการออกแบบสื่อให้มีรูปภาพประกอบ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ ขนาดตัวอักษรเหมาะสม มีพื้นว่างระหว่างบรรทัด เนื้อหาของสื่อควรประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น อาการและอาการแสดง ขั้นตอนในการติดต่อโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน ข้อมูลกลุ่มอาการหลังสมองบาดเจ็บ และการจัดการเมื่อเกิดอาการผิดปกติ (Bergman, Louis, 2016)

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงในระยะ 5 ปีที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่รวมอยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 18 ปี (พนิตนาฏ และคณะ, 2562; ไพรัตน์, 2557; เสาวนุช และคณะ, 2560) กลุ่มผู้บาดเจ็บและผู้ดูแล (พนิตนาฏ และคณะ, 2562) องค์ประกอบของทุกโปรแกรมคือการให้คำแนะนำ ประกอบการใช้สื่อ ซึ่งสื่อส่วนใหญ่ได้แก่ วีดิทัศน์ (พนิตนาฏ และคณะ, 2562; เสาวนุช และคณะ, 2560) และคู่มือการดูแล (พนิตนาฏ และคณะ, 2562; ไพรัตน์, 2557; เสาวนุช และคณะ, 2560) มีการโทรติดตามเยี่ยมอาการและกระตุ้นเตือนหลังจำหน่าย (พนิตนาฏ และคณะ, 2562; เสาวนุช และคณะ, 2560) เนื้อหาในสื่อเป็นคำแนะนำสำหรับผู้บาดเจ็บวัยผู้ใหญ่ ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลในผู้สูงอายุ

Bandura (1997) ได้กล่าวถึงบุคคลหากมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมนั้นให้ประสบความสำเร็จได้จึงจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงจะแสดงพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงออกมาได้นั้น เกิดจากความเชื่อมั่นในการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพูดคุยเป็นรายบุคคล ปฏิบัติจริงและประสบความสำเร็จจากการฝึกทักษะและได้สาธิตย้อนกลับและได้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จากการนำทักษะต่างๆนำไปปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการสังเกต

พฤติกรรมของตัวแบบ โดยให้ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องผ่านการฝึกทักษะ คู่มือและสื่อวีดิทัศน์ ให้เกิดการเรียนรู้ส่งผลให้เกิดการกระทำพฤติกรรม 3) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลและชี้นำชักจูงในระหว่างฝึกทักษะการประเมิน โทรกระตุ้นเตือนหลังจำหน่าย รวมถึงเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามในพฤติกรรมที่เกิดความสงสัยและชมเชยในระหว่างการฝึกปฏิบัติ 4) สภาพร่างกายและอารมณ์ (physiological and emotion state) การสร้างสัมพันธภาพเป็นการส่งเสริมความพร้อมในด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้ดูแลมีสภาพร่างกายและอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความพร้อมและและความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนให้มีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนผ่านแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านได้

ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

1.1 กิจกรรมการให้ความรู้ 15 นาที เป็นกิจกรรมสำหรับให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ร่วมกับการเปิดวีดิทัศน์ “การดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง” และเปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นที่สงสัย

1.2 กิจกรรมสาธิตและฝึกทักษะการประเมินระดับความรู้สึกตัว 15 นาที เป็นกิจกรรมที่มีการสาธิตการประเมินระดับความรู้สึกตัวที่ถูกต้อง จากนั้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1 กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับสมองบาดเจ็บในผู้สูงอายุและให้คำแนะนำการดูแลกับผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน ร่วมกับเปิดวีดิทัศน์

2.2 กิจกรรมทบทวนการประเมินระดับความรู้สึกตัว

ครั้งที่ 3 หลังสมองบาดเจ็บ 48 ชั่วโมง กิจกรรมการโทรกระตุ้นเตือน 10 - 15 นาที ทบทวนการดูแล

ทั้งนี้โดยใช้สื่อที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย คู่มือและวิดีทัศน์ 1) คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง การพยาบาลที่จะได้รับ การดูแลเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังจำหน่ายกลับบ้าน การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การจัดการอาการผิดปกติเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการติดต่อกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง และแบบติดตามการปฏิบัติของผู้ดูแล และ2) วีดิทัศน์การดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง การพยาบาลที่จะได้รับ ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เคยดูแลมาก่อน การดูแลเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังจำหน่ายกลับบ้าน การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และการติดต่อกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโปรแกรมและความเป็นไปได้ของสื่อ

2.1 การประเมินความตรงเนื้อหาของสื่อคู่มือ วิดีทัศน์ และ โปรแกรม

ผลการตรวจสอบความตรงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ได้ค่าดรรชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-level content validity index : SCVI) และดรรชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .97 และ 0.88 ตามลำดับ วีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ได้ค่าดรรชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.97

และโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ได้ค่าดรรชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.96 (ดังตารางที่ 1) และมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ไขดังนี้

เนื้อหาในโปรแกรม ปรับปรุงเพิ่มเติม ประเด็นคำถามที่จะใช้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแล ปรับเพิ่มการติดตามการประเมินความเข้าใจของผู้ดูแล กรณีที่ผู้ดูแลตอบคำถามไม่ได้ผู้วิจัยจะต้องให้ข้อมูลซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญ และควรสรุปประเด็นสำคัญเน้นย้ำให้ผู้ดูแลเข้าใจก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และใส่รายละเอียดกิจกรรมให้ชัดเจนขึ้นแต่ละกิจกรรมใช้เวลาเท่าใด เนื้อหาในคู่มือมีความเหมาะสม พิจารณาให้ปรับสีและขนาดอักษรให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น เลือกใส่รูปให้ตรงกับเนื้อหา เนื้อหาวีดิทัศน์ ปรับเพิ่มเติมเน้นเฉพาะจุดสำคัญให้กระชับ เรียงลำดับความสำคัญของเนื้อหาให้น่าสนใจ ใส่รูปให้ตรงกับเนื้อหาที่จะสื่อสาร

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ต่อโปรแกรม จำนวน 24 หัวข้อประเมิน

หัวข้อที่	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นว่าสอดคล้อง	Item-CVI (I-CVI)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5		
1	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
2	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
3	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
4	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
5	3	4	4	4	2	4	4/5 = .8
6	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
7	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
8	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
9	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
10	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
11	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
13	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
14	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
15	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ต่อโปรแกรม จำนวน 24 หัวข้อประเมิน (ต่อ)

หัวข้อที่	ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นว่าสอดคล้อง	Item-CVI (I-CVI)
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5		
16	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
17	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
18	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
19	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
20	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
21	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
22	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
23	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
24	3	4	4	4	4	5	5/5 = 1
						ค่าเฉลี่ย	.99

$$CVI = \frac{\text{จำนวนหัวข้อที่ได้คะแนน 3 และ 4 จากผู้เชี่ยวชาญทุกคน = 23}}{\text{จำนวนหัวข้อทั้งหมด = 24}} = .96$$

ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง หลังปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันแรกที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

1.1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทายแนะนำตัว ประเมินสอบถามความต้องการและความวิตกกังวลของผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ใช้คำถามนำเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง และการรับรู้หรือความรู้สึกที่มีต่อภาวะสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

1.2 กิจกรรมการให้ความรู้ เป็นกิจกรรมสำหรับให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง เพื่อให้ทราบถึง ความหมาย สาเหตุ ผลกระทบหลังสมองบาดเจ็บ และการดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ร่วมกับการเปิดวีดิทัศน์ “การดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง” วีดิทัศน์ความยาว 5.35 นาที และกล่าวสรุปเน้นย้ำประเด็นสำคัญ เปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นที่สงสัย ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

1.3 กิจกรรมสาธิตและฝึกทักษะการประเมินระดับความรู้สึกตัว เป็นกิจกรรมที่มีการสาธิตการประเมินระดับความรู้สึกตัวที่ถูกต้อง จากนั้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้สูงอายุ โดยประเมินการตอบสนอง 3 ด้าน ได้แก่ การลืมตา การพูดคุยสื่อสาร และการทำตามคำบอก มีการใช้คำพูดโน้มน้าวชักจูงและกล่าวชื่นชมตลอดการฝึกปฏิบัติโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

1.4 กิจกรรมการประเมินการรับข้อมูลของผู้ดูแลในประเด็นสำคัญจากคำแนะนำที่ได้รับ หากมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยอธิบายเน้นจุดสำคัญ เพื่อให้ผู้ดูแลจดจำได้และศึกษาเพิ่มเติมในคู่มือ ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที

2.1 กิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับสมองบาดเจ็บในผู้สูงอายุและให้คำแนะนำการดูแลกับผู้ดูแลเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน ร่วมกับเปิดวีดิทัศน์ เพื่อให้เห็นตัวแบบผู้ดูแลและอาการผิดปกติที่ต้องนำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาล และทบทวนการประเมินระดับความรู้สึกตัว ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

2.2 กิจกรรมทบทวนการประเมินระดับความรู้สึกตัว กิจกรรมนี้เพื่อทบทวนทักษะการฝึกปฏิบัติการประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติหลังจำหน่ายกลับบ้าน กิจกรรมนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที

ครั้งที่ 3 หลังสมองบาดเจ็บ 48 ชั่วโมง กิจกรรมการโทรกระตุ้นเตือน ทบทวนการดูแลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลา 15 - 30 นาที

ผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การประเมินความเป็นไปได้ของสื่อคู่มือ วิดีทัศน์และโปรแกรม

หลังจากผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE 621511 ผู้วิจัยนำโปรแกรมประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ สื่อคู่มือและวิดีทัศน์ไปทดสอบความเป็นไปได้และประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงจำนวน 6 ราย และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 จำนวน 5 ราย พบว่า

อาสาสมัครผู้ดูแลรายที่ 1 เพศ อายุ 43 ปี ระดับการศึกษา ปวช อาชีพ รับจ้าง รายได้ครอบครัว 10,000 บาท สถานภาพสมรส หย่า และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุตร คิดเห็นต่อคู่มือ ขนาดเล่มเหมาะสม ตัวหนังสือพอดี สีสันสวยงาม อ่านได้ชัดเจน วิดีทัศน์ ความยาวเหมาะสม ภาพชัดเจน

อาสาสมัครผู้ดูแลรายที่ 2 เพศ อายุ 39 ปี ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว รายได้ครอบครัว 8,000 บาท สถานภาพสมรส โสด และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุตร คิดเห็นต่อคู่มือ ขนาดตัวหนังสือพอดี อ่านง่าย มีภาพประกอบทำให้เข้าใจเพิ่มขึ้น อยากให้เพิ่มการบันทึกอาการผิดปกติในแต่ะวัน วิดีทัศน์ ระยะเวลาเหมาะสม เนื้อหาเข้าใจง่าย

อาสาสมัครผู้ดูแลรายที่ 3 เพศ อายุ 63 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา อาชีพ แม่บ้าน รายได้ครอบครัว 5,000 บาท สถานภาพสมรส คู่ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย น้องสาว คิดเห็นต่อคู่มือ อ่านเข้าใจง่าย ขนาดตัวหนังสือพอดี วิดีทัศน์ชัดเจน เข้าใจง่าย

อาสาสมัครผู้ดูแลรายที่ 4 เพศ อายุ 72 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา อาชีพ ค้าขาย รายได้ครอบครัว 5,000 บาท สถานภาพสมรส คู่ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุตร คิดเห็นต่อคู่มือ มีความชัดเจน มีภาพประกอบ อ่านเข้าใจง่าย ขนาดตัวหนังสือเหมาะสม วิดีทัศน์ ระยะเวลาเหมาะสม ภาพชัดเจน

อาสาสมัครผู้ดูแลรายที่ 5 เพศ อายุ 65 ปี ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ รายได้ครอบครัว 60,000 บาท สถานภาพสมรส คู่ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุตร คิดเห็นต่อคู่มือ วิดีทัศน์ เนื้อหากระชับ ภาพชัดเจน เข้าใจได้ง่าย

อาสาสมัครผู้ดูแลรายที่ 6 เพศ อายุ 33 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ข้าราชการ รายได้ครอบครัว 30,000 บาท สถานภาพสมรส คู่ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุตร คิดเห็นต่อคู่มือมีขนาดเหมาะสม ตัวหนังสือชัดเจน สีสันสดใส มีภาพประกอบชัดเจน วิดีทัศน์ความยาวเหมาะสม ดูแล้วเข้าใจง่าย เนื้อหาไม่ยาวจนเกินไป

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือและวิทัศน์ ของอาสาสมัคร 6 ราย ด้านสื่อให้ความรู้ พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่า สื่อมีความเหมาะสม ออกแบบสวยงาม สื่อสารเข้าใจได้ง่าย เนื้อหาในวีดิทัศน์ มีความเหมาะสม สั้นกระชับ เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนและสามารถเข้าดูสื่อวีดิทัศน์ได้ง่าย ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านกระบวนการ/ขั้นตอน ส่วนใหญ่

เห็นว่า สามารถทำให้ผู้ดูแลเข้าใจขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุขณะที่นอนโรงพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน รวมถึงขั้นตอนการใช้มีความชัดเจน กระชับและเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และด้านผลลัพธ์การใช้สื่อส่วนใหญ่เห็นว่า สื่อคู่มือและวีดิทัศน์มีประโยชน์ สามารถนำความรู้ไปใช้ในดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงได้และมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือและวิดีทัศน์ในระดับมากที่สุด

เช่นเดียวกับผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย 5 ราย ด้านสื่อให้ความรู้ พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่า สื่อมีความเหมาะสม ออกแบบสวยงาม สื่อสารเข้าใจได้ง่าย เนื้อหาในวีดิทัศน์ มีความเหมาะสม สั้นกระชับเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถเข้าดูสื่อวีดิทัศน์ได้ง่าย ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านกระบวนการ/ขั้นตอน ส่วนใหญ่เห็นว่า สามารถทำให้ผู้ดูแลเข้าใจขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุขณะที่นอนโรงพยาบาลและดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับบ้าน รวมถึงขั้นตอนการใช้มีความชัดเจน กระชับและเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านผลลัพธ์การใช้สื่อ ส่วนใหญ่เห็นว่า สื่อคู่มือและวีดิทัศน์มีประโยชน์ สามารถนำความรู้ไปใช้ในดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงได้และมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อคู่มือและวิดีทัศน์ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกับอาสาสมัครผู้ดูแล

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

จากการพัฒนาโปรแกรมโดยการใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า การพัฒนาความเชื่อมั่นในการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยผ่านแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในการกระทำด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด 4) สภาพร่างกายและอารมณ์ หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาของโปรแกรมแล้ว ได้มีการให้ข้อเสนอแนะในการปรับแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎี ระบุรายละเอียดระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม ทำให้การพัฒนาโปรแกรมมีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น เมื่อนำไปทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมพบว่า ผลลัพธ์ด้านความตรงของเนื้อหาของคู่มือและวีดิทัศน์อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (Firmawati et al., 2014) หากนำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง อาจส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่สมองบาดเจ็บไม่รุนแรงวัยผู้ใหญ่ (พนิตนาฎ และคณะ 2562; เสาวนุช และคณะ, 2560)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรมีการศึกษาประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ขอขอบคุณสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโครงการสนับสนุนการผลิตนวัตกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนในการพัฒนานวัตกรรม

เอกสารอ้างอิง

กรองได อุณหสูต. อุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2560. หน้า 80-86.

ขนิษฐา อรัญดร, ประณีต ส่งวัฒนา, นฤมล อนุมาศ, ชมนภัส รัตติโชติ, สุมามิตา สวัสดินฤนาท, อัฐพล ชีวรุ่งโรจน์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2559; 8(3): 1-13.

ขวัญใจ ลือเมือง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 2561. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2561.

ธาวินี ไตรณรงค์สกุล. การบาดเจ็บบริเวณศีรษะ. ใน: ธาวินี ไตรณรงค์สกุล, ไชยพร ยุกเซ็น และรพีพร โรจน์แสงเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. กรุงเทพฯ: ช่อระกาการพิมพ์; 2556. หน้า 114-126.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. อ้างจาก Davis L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research 1992; 5(4): 194-197.

ปณิตา ลิมปะวัฒนะ, บรรณาธิการ. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2561

พนิตนาฏ ลัม, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, ดิลก ตันทองทิพย์. ผลของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562; 25(1): 58-73.

ไพรัตน์ รอดมี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองและการจัดการอาการผิดปกติของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.

รพีพร โรจน์แสงเรือง. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ. ใน: ธาวินี ไตรณรงค์สกุล, ไชยพร ยุกเซ็น และรพีพร โรจน์แสงเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ. กรุงเทพฯ: ช่อระกาการพิมพ์; 2556. หน้า 169-178.

รพีพร โรจน์แสงเรือง. การรักษาผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2560. หน้า 31-42.

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. บาดเจ็บที่ศีรษะ [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 1 พฤษภาคม 2562]. จาก http://www.rcst.or.th/view.php?group=4&id=208

ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. ใน: นครชัย เผื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: พรอสเพอรัสพลัส; 2562.

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, ศรีสุดา งามขำ, มาฆะ กิตติธรกุล. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรงโรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารกระทรวงสาธารณสุข 2556; 23(1): 15-29.

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ. ผลกระทบภายหลังการเจ็บที่สมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2559; 27(1): 103-111.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2560.

เสาวนุช สมศรี, อัจฉรา สุคนธสรรพ์, สุภารัตน์ วังศรีคูณ. ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยจากแผนกฉุกเฉินต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล. พยาบาลสาร 2560; 44(1): 86–98.

Bandura A. Self – efficacy the exercise of control. 11th ed. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.

Bergman K, Louis S. Discharge Instructions for Concussion: Are We Meeting the Patient Needs?. Journal of Trauma Nursing 2016; 23(6): 327–333.

Cheng PL, Lin HY, Lee YK, Hsu CY, Lee CC, Su YC. Higher mortality rates among the elderly with mild traumatic brain injury: a nationwide cohort study. Scandinavian journal of trauma resuscitation and emergency medicine 2014; 22: 1-7.

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. Journal of Head Trauma Rehabilitation 2015; 30(2): 122–135.

Firmawati E, Songwathana P, Kitrungrote 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 Medical Journal of Nursing 2014; 4(2): 767-783.

Gardner RC, Dams-O'Connor K, Morrissey MR, Manley G. Geriatric Traumatic Brain Injury: Epidemiology, Outcomes, Knowledge Gaps, and Future Directions. Journal of Neurotrauma 2018; 35: 889-906.

Harvey LA, Close JCT. Traumatic brain injury in older adults: characteristics, causes and consequences. Injury 2012; 43(11): 1821-1826.

Hassan STS, Khaw WF, Rosna AR, Husna J. Traumatic brain injury: caregivers' problems and needs. JNMA; Journal of the Nepal Medical Association 2011; 51(181): 53-55.

Hickey JV, March KS. Craniocerebral injuries. In Hickey JV, editor. The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. 7th ed. Philadelphia: William & Wilkins; 2014. p. 343-381.

Mcintyre A, Janzen S, Teasell R. Traumatic brain injury in older adults: A review. Topics in Geriatric Rehabilitation 2014; 30(3): 230-236.

Schackow L, Lape JE. Mild brain injury education: preparing the caregiver. International Journal of Therapy and Rehabilitation 2019; 26(3): 1-11.

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. Journal of Trauma and Acute Care Surgery 2018; 85(4): 788-798.

Taylor AC, Bell JM, Breiding MJ, Xu L. Traumatic Brain Injury-Related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths-United States, 2007 and 2013. Summ 2017; 66: 1-16.

Var FA, Rajeswaran J. Perception of illness in patients with traumatic brain injury. Indian Journal of Psychological Medicine 2012; 34(3): 223-226.

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 Neurosurgery 2019; 130: e26-e46.