



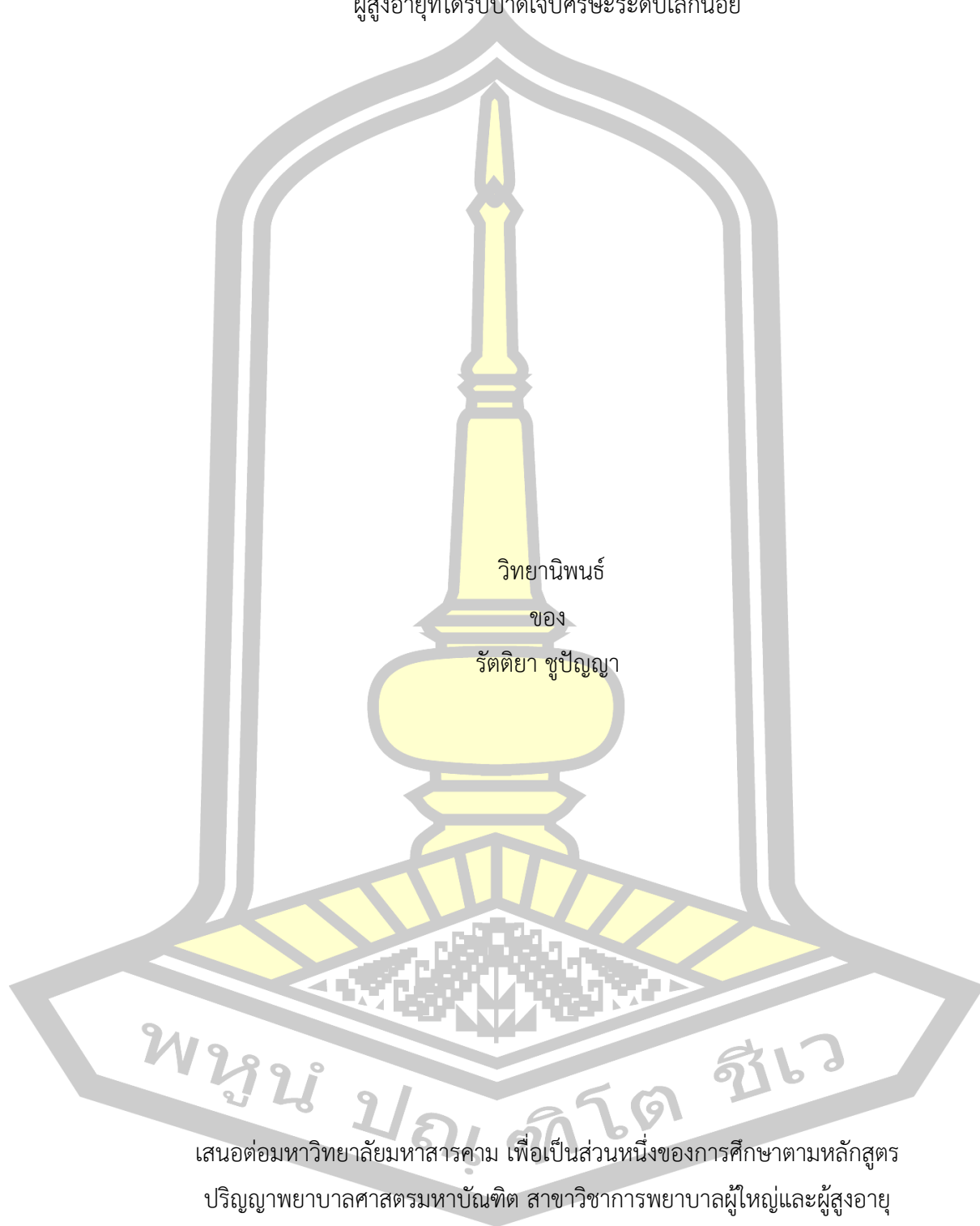
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล  
ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

วิทยานิพนธ์  
ของ  
รัตติยา ชูปัญญา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
เมษายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล  
ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

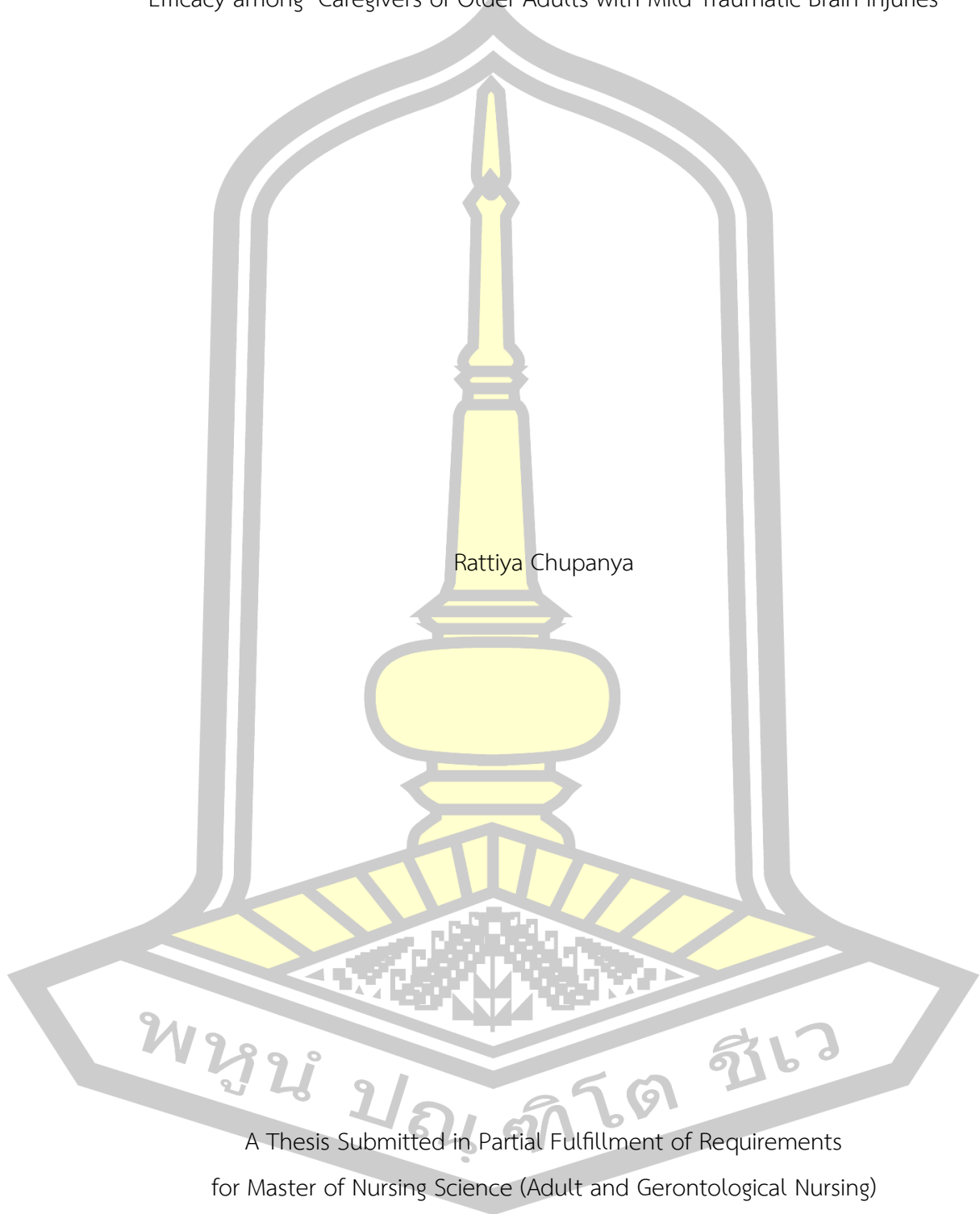


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

เมษายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effects of An Enhancing Self-Efficacy Program for Caregivers on Perceived Self-Efficacy among Caregivers of Older Adults with Mild Traumatic Brain Injuries



Rattiya Chupanya

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)

April 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวรัตติยา ชูปัญญา แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. อาริยา สอนบุญ )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. สุรชาติ สิทธิปกรณ์ )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา )

กรรมการ

(ผศ. ดร. สุพัตรา บัวठी )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. นิชาภัทร พุฒิกามิน )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล )

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ศ. ดร. อนงค์ฤทธิ์ แข็งแรง )

ผู้อำนวยการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย		
<b>ผู้วิจัย</b>	รัตติยา ชูปัญญา		
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	อาจารย์ ดร. สุรชาติ สิทธิปกรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา		
<b>ปริญญา</b>	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	<b>สาขาวิชา</b>	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
<b>มหาวิทยาลัย</b>	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<b>ปีที่พิมพ์</b>	2568

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย จำนวน 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test, Independent t-test, และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

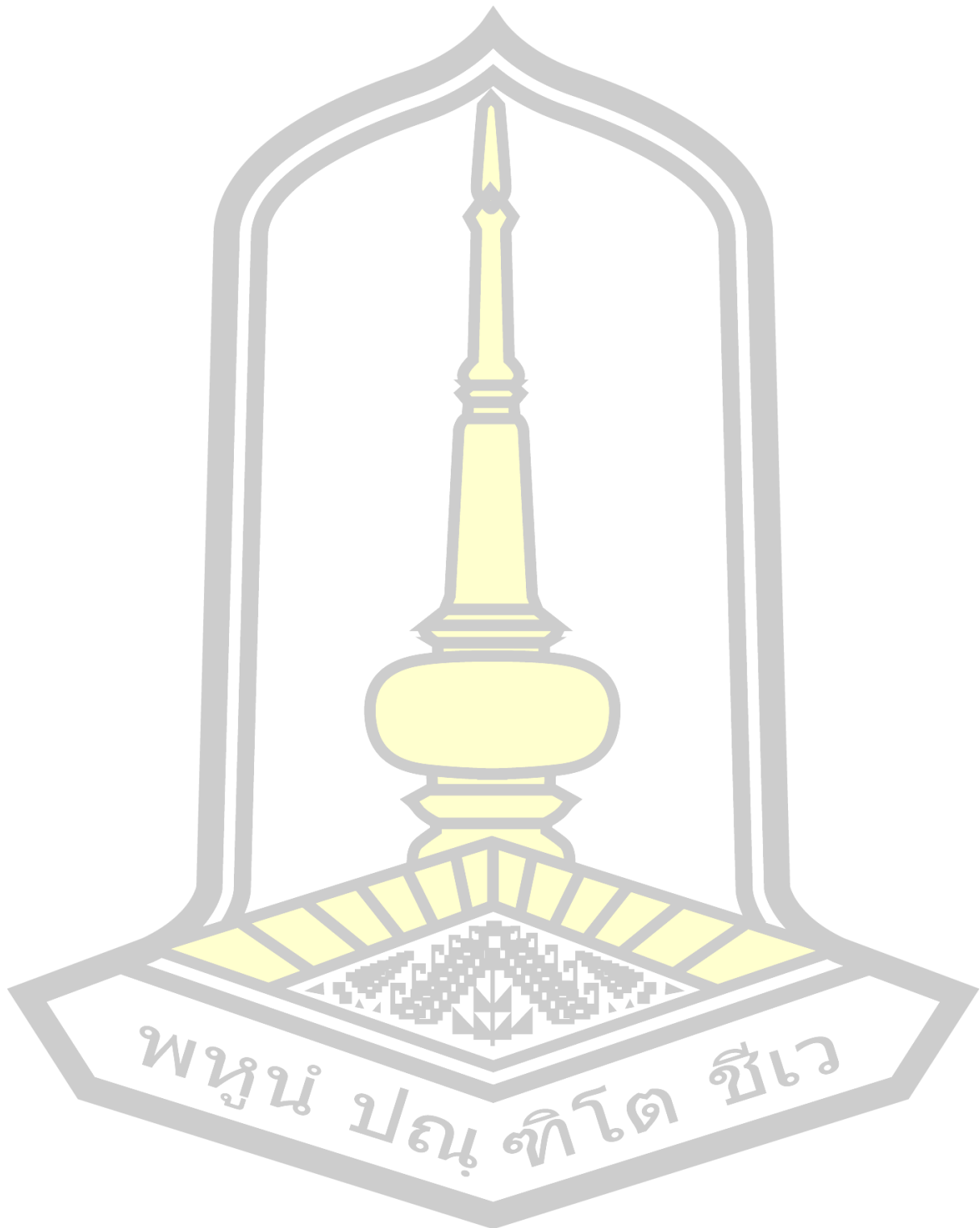
1. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

จากผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนควรนำไปใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและลดความเสี่ยงจากอาการที่อาจเกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บ

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน, ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย, การ

คู่มือ



<b>TITLE</b>	The Effects of An Enhancing Self-Efficacy Program for Caregivers on Perceived Self-Efficacy among Caregivers of Older Adults with Mild Traumatic Brain Injuries		
<b>AUTHOR</b>	Rattiya Chupanya		
<b>ADVISORS</b>	Surachat Sittipakorn , Ph.D. Assistant Professor Apinya Wongpiriyayothar , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Nursing Science	<b>MAJOR</b>	Adult and Gerontological Nursing
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2025

#### ABSTRACT

This quasi-experimental research aims to investigate the effects of a self-efficacy promotion program for caregivers on self-efficacy perception in the care of older adults with mild traumatic Brain injuries. The sample consists of 46 caregivers of older adults with mild traumatic Brain injuries, divided into an experimental group and a control group, each comprising 23 participants. The control group received standard nursing care, while the experimental group underwent the self-efficacy promotion program for a duration of two weeks. The research instrument utilized was a self-efficacy perception assessment tool for caregivers, and the data were analyzed using Wilcoxon Signed Ranks Test, Independent t-test, and Mann-Whitney U test.

The findings of the study can be summarized as follows:

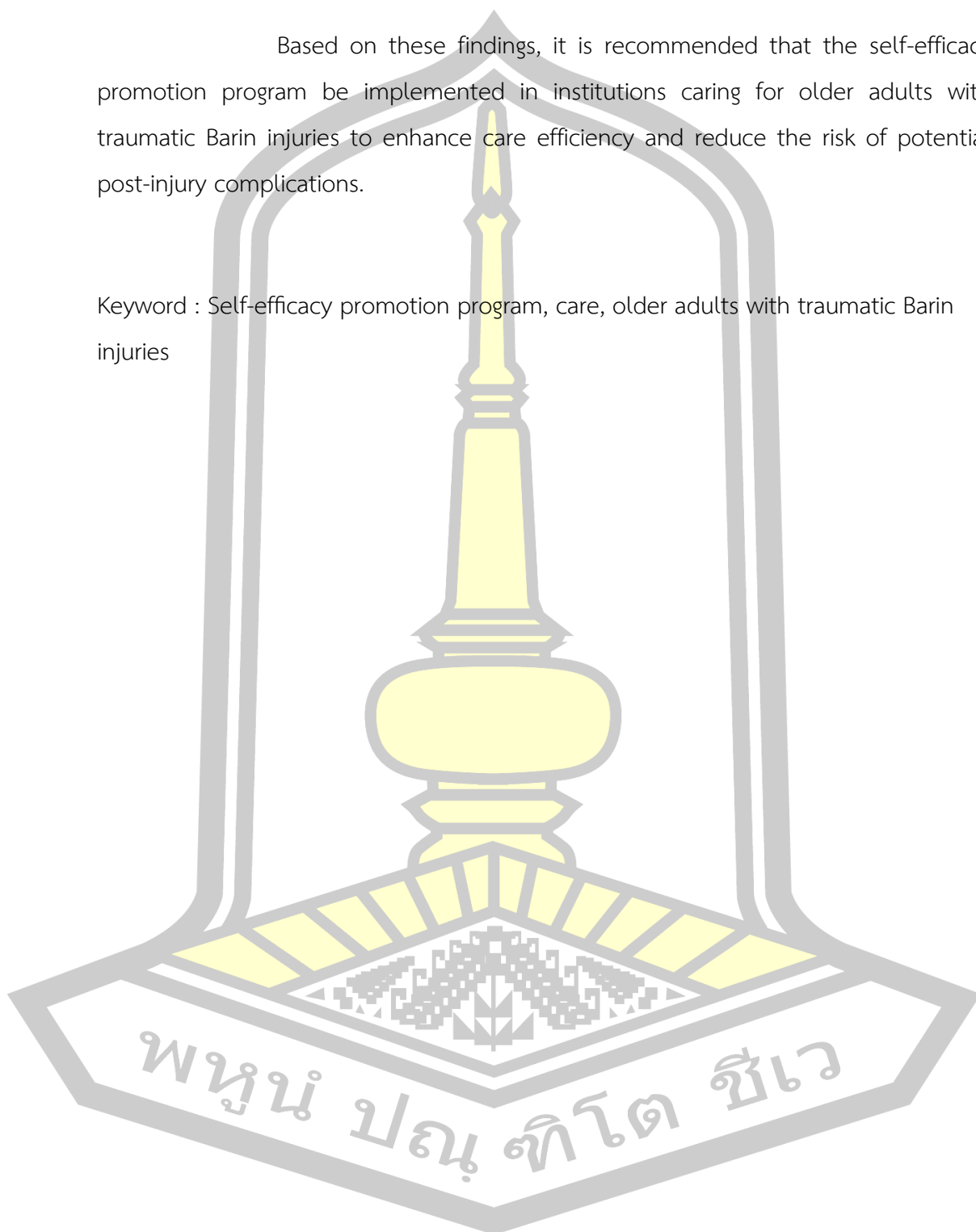
1. Caregivers in the experimental group who received the self-efficacy promotion program had a statistically significant higher mean score for self-efficacy perception after the intervention compared to before the intervention ( $p < .05$ ).

2. The mean score for self-efficacy perception in caregiving among caregivers in the experimental group was also significantly higher than that of the

control group who received standard nursing care ( $p < .001$ ).

Based on these findings, it is recommended that the self-efficacy promotion program be implemented in institutions caring for older adults with traumatic Barin injuries to enhance care efficiency and reduce the risk of potential post-injury complications.

Keyword : Self-efficacy promotion program, care, older adults with traumatic Barin injuries



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผศ.ดร.อภิญา วังศ์พิริโยธา ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำชี้แนะ และให้ความช่วยเหลือในการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.อาริยา สอนบุญ ประธานกรรมการ ผศ.ดร.สุพัตรา บัวที กรรมการสอบ และ ผศ.ดร.ณิชาภัทร พุฒิกามิน กรรมการสอบ(ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะ ทำให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ อุจฉิน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

กราบขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

รัตติยา ชูปัญญา



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย.....	6
1.4 สมมติฐานในการวิจัย.....	6
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
1.6 ขอบเขตการวิจัย.....	8
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย.....	10
2.2 ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย.....	14
2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย.....	18
2.4 โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย.....	20

2.4.1 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา.....	20
2.4.2 การประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ ศึระระดับเล็กน้อย.....	22
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัย.....	27
3.1 การออกแบบการวิจัย.....	27
3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	28
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	28
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	31
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	39
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
4.2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยรวม และรายด้าน ระหว่างก่อน..... และหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	41
4.3 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศึระระดับเล็กน้อย.....	42
4.4 อภิปรายผลการวิจัย.....	45
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	47
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	47
5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้.....	48
บรรณานุกรม.....	38
ประวัติผู้เขียน.....	40

## สารบัญตาราง

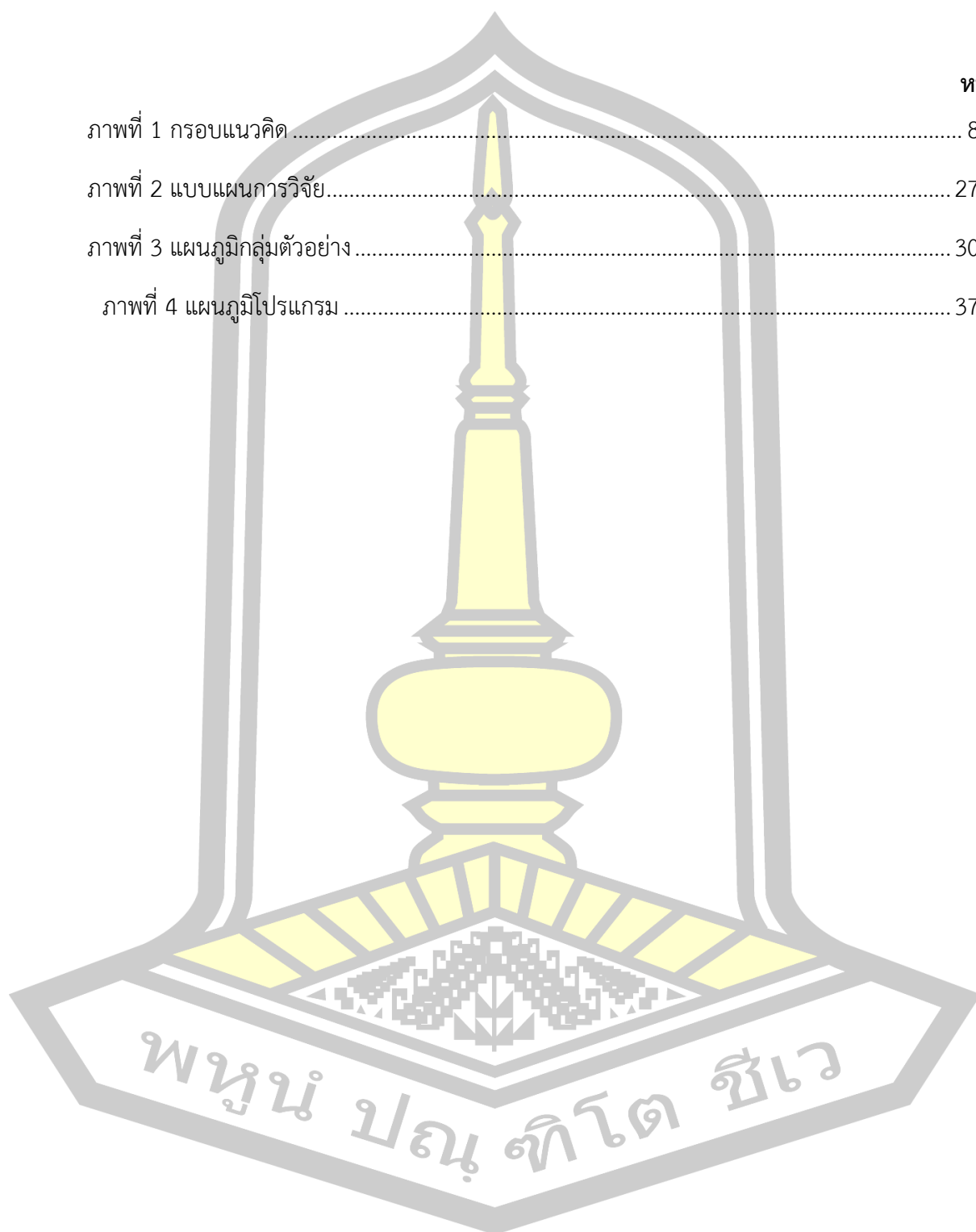
หน้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของ ผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=46) .....	40
ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน (n = 46 ).....	42
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อน และหลังการทดลอง (n =23 ).....	43
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ (n =46 ).....	44



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด.....	8
ภาพที่ 2 แบบแผนการวิจัย.....	27
ภาพที่ 3 แผนภูมิกลุ่มตัวอย่าง.....	30
ภาพที่ 4 แผนภูมิโปรแกรม.....	37



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยมากขึ้น โดยเพิ่มจากปี 2564 ผู้สูงอายุทั่วประเทศจำนวน 12,126,016 ราย เป็น 12,698,362 ราย ในปี 2565 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) โดยมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) สถานการณ์จังหวัดกาฬสินธุ์มีประชากรทั้งสิ้น 975,229 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 199,835 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2554 ร้อยละ 14.2 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต คาดการณ์ว่าในปี 2573 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (สัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 30) ในปี 2583 ทั้งนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุมีช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 53) ตามมาด้วยช่วงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 35) และ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 12) ตามลำดับ (สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์, 2564) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลให้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก่อนที่คาดการณ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาว

ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพยาธิสภาพตามวัย ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำงานในอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวและความรู้สึกนึกคิด เช่น ระบบประสาท ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ รวมถึงระบบหัวใจและหลอดเลือด (Hwang et al., 2020) ความเสื่อมของระบบประสาทเป็นกระบวนการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยมักมีการสูญเสียเซลล์สมองจำนวนมาก โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) และไฮโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของความจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจ (Murman, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าการลดลงของสารสื่อประสาท เช่น อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) และโดปามีน (Dopamine) ซึ่งมีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (Li & Lindenberger, 2020) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในด้านการรับรู้ ความสนใจ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า และการประมวลผลข้อมูล จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้ม (Ambrose et

al., 2019) ความเสื่อมของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อถือเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะสูญเสียมวลกระดูก (Bone mass) อย่างมาก โดยเฉพาะในเพศหญิง ทำให้กระดูกบางและเปราะ ซึ่งเสี่ยงต่อการหักได้ง่าย ขณะเดียวกันก็เกิดภาวะสูญเสียมวลและกำลังของกล้ามเนื้อ (sarcopenia) ซึ่งส่งผลต่อความแข็งแรง ความอดทน และการทรงตัว (Cruz-Jentoft et al., 2019) การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่พุงหลัง ต้นขา และข้อเท้า ทำให้ผู้สูงอายุเดินเซ ทรงตัวไม่ดี และหกล้มได้ง่าย (Enderlin et al., 2021) การศึกษาของ Bohannon, R. W. (2019) พบว่า ความแข็งแรงของมือและขามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยผู้ที่มีกำลังบีบมือและความแข็งแรงของขาต่ำกว่าจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.5 ถึง 2 เท่า เห็นได้ว่า ความเสื่อมเหล่านี้นำไปสู่ภาวะเปราะบางและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้สูงอายุ อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น สมองบวม เลือดออกในสมอง หรือความบกพร่องทางการรู้คิด ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีความทำหายนกับทิมสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากระบบความชรา เมื่ออายุเพิ่มขึ้นเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานลดลง รวมถึงการหดเล็กลงของสมอง ทำให้แม้ว่ากลไกการบาดเจ็บจะคล้ายกับกลุ่มที่อายุน้อย แต่อัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงเพิ่มขึ้น (ภรณ์ทิพย์ สุญาสิทธิ์ และคณะ, 2564) ลักษณะอาการและอาการแสดงที่ไม่สัมพันธ์ต่อการบาดเจ็บที่ได้รับ อาการจำเพาะต่อโรคเหมือนผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งโรคประจำตัวเกิดพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้การวินิจฉัยและร่างกายตอบสนองต่อการรักษาของร่างกายที่ลดลง ทำให้มีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น (วิไล คุปตนิรติศัยกุล, 2561) ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะทำให้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำและมีภาวะเลือดออกในสมองมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป (กุสุมา พรหมวิศาาสตร์ และคณะ, 2564)

การบาดเจ็บศีรษะในปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วจากภาวะสมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก(World Health Organization [WHO], 2564) พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุประมาณ 1.35 ล้านคนต่อปี และมีผู้ได้รับบาดเจ็บที่ไม่เสียชีวิตประมาณ 20 ถึง 50 ล้านคน มากกว่าครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตและบาดเจ็บเกิดจากสาเหตุการจราจรบนถนน โดยเฉพาะ “กลุ่มผู้เปราะบางบนถนน” (Vulnerable Road Users: VRUs) ซึ่งหมายถึง กลุ่มคนที่ขาดเครื่องป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร หรือมีศักยภาพในการปกป้องตนเองน้อย เช่น คนเดินเท้า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ผู้ใช้รถจักรยาน เด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้สูงอายุสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองรองลงจากการจราจรบนท้องถนนเกิดจากหกล้ม โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้มประมาณ 684,000 ครั้ง และพบอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2564) การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบอัตราผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะจากการหกล้มในประเทศไทย ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2564 จำนวน 47,382 ราย,

104,236 ราย, 123,765 ราย, และ 230,552 ราย ตามลำดับ (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) รายงานสถิติการบาดเจ็บจากกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2564) ระบุว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากสาเหตุต่างๆ เฉลี่ย 450 รายต่อปี โดยอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 42) ซึ่งเกิดจากการพลัดตกหกล้มเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) รองลงมาคืออุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 20) และถูกทำร้ายร่างกาย (ร้อยละ 5) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 60) ตามด้วยระดับปานกลาง (ร้อยละ 30) และระดับรุนแรง (ร้อยละ 10) มีสถิติการนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่ พ.ศ.2561 – 2564 จำนวน 403 (ร้อยละ 12.43), 363 (ร้อยละ 12.73), 390 (ร้อยละ 15.19), และ 433 (ร้อยละ 16.73) ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2564) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีอายุมากและมีโรคร่วม ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตสูง

ผู้สูงอายุที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว ไม่เพียงแต่ในด้านร่างกาย แต่ยังครอบคลุมถึงจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Gan et al., 2020) การบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้สูงอายุมักนำไปสู่ความบกพร่องทางร่างกายในระดับที่รุนแรงกว่าวัยอื่น เนื่องจากความเสื่อมตามวัยและโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะสมองบวม เลือดออกในสมอง และการบาดเจ็บที่สมองทุติยภูมิ (Secondary brain injury) (Thompson et al., 2021) ซึ่งอาจนำไปสู่อาการชัก การสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว ความผิดปกติของการมองเห็นและการได้ยิน รวมถึงความบกพร่องของการทำงานสมองด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตมักต้องเผชิญกับปัญหาการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาต อ่อนแรง เดินเซ และหกล้มซ้ำ ซึ่งทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Dijkers, 2020) นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ข้อยึดติด และภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในระยะยาว (Khan et al., 2022) นอกเหนือจากความบกพร่องทางร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมักประสบปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และการปรับตัวต่อการสูญเสีย พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการซึมเศร้าหลังการบาดเจ็บ ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการถึง 5 เท่า (Menzel, 2021) ผู้สูงอายุมักสูญเสียบทบาทและสถานะทางสังคมที่เคยมี ขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อน เนื่องจากความบกพร่องในการสื่อสาร ความจำ และการควบคุมอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คุณค่า และสิ้นหวังในชีวิต (Lichtenberg et al., 2022) การถูกจำกัดกิจกรรมและขอบเขตชีวิตยังนำไปสู่ความเบื่อหน่าย เฉื่อยชา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องการความช่วยเหลือด้านการปรับตัวและการจัดการอารมณ์จากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

(Hwang et al., 2023) การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล ทั้งในด้านคุณภาพชีวิต ภาระ ความเครียด และความกดดันทางการเงิน การที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลนั้นทำให้เกิดความสับสน วิตกกังวล และหมดไฟได้ง่าย ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีอาการนอนไม่หลับ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และความดันโลหิตสูง อันเนื่องมาจากความเครียดเรื้อรัง (Kreutzer et al., 2020) ภาระงานที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถแบ่งเวลาให้กับชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และการทำงานได้ดังเดิม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมักตึงเครียดจากความขัดแย้งในการตัดสินใจเรื่องการรักษา การแบ่งภาระ และอนาคตที่ไม่แน่นอน (Arango-Lasprilla et al., 2020) ในด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาพยาบาล การปรับปรุงที่อยู่อาศัย อุปกรณ์ช่วยเหลือ ตลอดจนการสูญเสียรายได้จากการต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล ความยากลำบากทางการเงินนี้เป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดและความขัดแย้งของผู้ดูแล (Lefebvre et al., 2021) หากไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีพอ ผู้ดูแลเองก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า หมดกำลังใจ และเจ็บป่วยทางกายและใจ ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่อีกต่อไป ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงไม่เพียงแต่ต่อตัวผู้ป่วยเอง แต่ยังขยายไปถึงครอบครัว ผู้ดูแลด้วย ผู้สูงอายุและครอบครัวมักเผชิญความท้าทายมากมายในการปรับตัว จัดการอารมณ์ และรับมือกับการเปลี่ยนแปลง

ผู้ดูแลมีหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ และเป็นบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Nicharee et al., 2020) ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ เช่น กิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ รวมถึงการดูแลเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป (Phanitnat et al., 2021) ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นจะมีความมั่นใจในการดูแล และสามารถจัดการกับกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suthipong et al., 2022) ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีที่สุด การดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องหลังการบาดเจ็บนั้นมีความท้าทายและต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และความอดทนสูง ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่พึงกระทำ ตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Vangel et al., 2019) ผู้ดูแลจึงควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการมีจิตใจที่เข้มแข็ง รวมถึงการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และสังคม บทบาทของบุคลากรสุขภาพจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องครอบคลุมถึงการพัฒนาศักยภาพและการดูแลสุขภาพกายใจของผู้ดูแลด้วย ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของการฟื้นฟูและความยั่งยืนของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

จากการศึกษาปรากฏการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ของคุณพนิตนาฏ ลัม (2562) พบว่าผู้ดูแลทั้งหมด 10 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีระดับความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยที่แตกต่างกัน โดยมากกว่าครึ่ง มีความมั่นใจในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 59.6 ขณะที่เพียงร้อยละ 9.5 ที่มีความมั่นใจในระดับสูง และร้อยละ 2.4 ที่ไม่มั่นใจเลยในการดูแล มีผู้ดูแลบางส่วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่พร้อมและความกังวลของผู้ดูแลในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับเพียงแผ่นพับคำแนะนำเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งไม่เพียงพอต่อการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่การดูแล ผู้ดูแลจึงมีความต้องการช่องทางเพิ่มเติมในการขอคำปรึกษา โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุเกิดการผิดปกติ ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญในการเตรียมความพร้อมและการสนับสนุนผู้ดูแลของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ได้ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายที่ผู้ดูแลเผชิญและช่องว่างในระบบสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลของผู้ดูแล การพัฒนาระบบสนับสนุนที่มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อม การให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการผลักดันนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการต่อไป เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพและสังคมสูงวัยต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาจำนวน 2 เรื่องที่ศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ดังนี้ การศึกษาของ พนิตนาฏ ลัม และคณะ (2562) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นวัยผู้ใหญ่ คือมีอายุตั้งแต่ 18 – 59 ปี พบว่า โปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลและลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บได้ และการศึกษาของ สุภาภรณ์ รูปหล่อ และมยุรี ลีทองอิน (2563) เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงหลังจำหน่ายกลับบ้านและกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ คะแนนพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยในต่างประเทศที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมสนับสนุนความสำคัญของการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ เช่น การศึกษาของ Niemeier et al. (2019) ที่พบว่า การเข้าร่วมกลุ่มให้การปรึกษาและฝึกทักษะอย่างเข้มข้นเป็นเวลา 6 สัปดาห์ สามารถลดความเครียด เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และเพิ่มคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ Brown et al. (2019) พบว่า การใช้สื่อมัลติมีเดียในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

ไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ซึ่งเพิ่มความสะดวกและการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพดีขึ้นในระยะยาว เห็นได้ว่าการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลโดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่มีประสิทธิผล ควรประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานกับกิจกรรมที่ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ดูแล

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เพื่อให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ โดยทำการศึกษาติดตามสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย หลังการบาดเจ็บ 2 สัปดาห์ โดยอ้างอิงจากแนวคิดของแบนดูราที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน บุคคลจะทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ดี ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ จะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมีทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น เกิดความเชื่อมั่นตามแนวคิดทฤษฎี เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยเมื่ออยู่ที่บ้านได้

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

## 1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1.3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

1.3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

## 1.4 สมมติฐานในการวิจัย

1.4.1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

1.4.2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

### 1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ระบุว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการเรียนรู้ผ่านการสังเกตต้นแบบ โดยเมื่อบุคคลสังเกตเห็นต้นแบบแสดงออกถึงการกระทำต่าง ๆ จะสามารถนำมาพิจารณาและแสดงพฤติกรรมตามได้ โดยมีแหล่งสนับสนุนหลัก 4 แหล่ง ที่ช่วยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน คือ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ หมายถึง การให้บุคคลได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างประสบการณ์ที่นำไปสู่ความสำเร็จ (2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น หมายถึง การให้ข้อมูลหรือยกตัวอย่างจากผู้ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นแรงบันดาลใจ (3) การใช้คำพูดชักจูง หมายถึง การสอนหรือให้คำแนะนำที่สามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ หมายถึง การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการทำกิจกรรม

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย โดยเชื่อว่า ผู้ดูแลจะแสดงพฤติกรรมการดูแลและการประเมินกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บหลังผู้สูงอายุจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความเชื่อ หรือความหวังเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเอง โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนตามทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา(Bandura, 1997) ดังนี้ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่นำไปสู่ความสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผ่านต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จเกี่ยวกับการดูแลภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผ่านคู่มือ และสื่อวีดิทัศน์ (3) การใช้คำพูดชักจูง หมายถึง การสอนหรือให้คำแนะนำผู้ดูแลรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่วันแรกที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ มีสมรรถนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินระดับความมั่นใจผ่านช่องทาง line application อย่างต่อเนื่อง 2 สัปดาห์หลังการบาดเจ็บ (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ คือ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง จัดสถานที่ให้อ้อยอำนวยความสะดวกการเรียนรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยเป็นระยะ ให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมให้ผู้ดูแล

ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยได้รับแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งนี้ จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมีรูปแบบกิจกรรม ดังนี้

**1. กิจกรรมให้ความรู้และลดการกระตุ้นทางอารมณ์(45นาที)**

- แนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ

**2. กิจกรรมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น(30นาที)**

- โดยผ่านต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จด้วย สื่อวีดิทัศน์ประกอบด้วยการสาธิตวิธีการประเมินอาการของผู้สูงอายุภายหลังบาดเจ็บศีรษะ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการประเมินกลุ่มอาการภายหลังบาดเจ็บศีรษะในผู้สูงอายุ

**3. กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (30นาที) ฝึก**

ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลและการประเมินกลุ่มอาการภายหลังผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล

**4. กิจกรรมไต่มน้ำด้วยวาจา (20 นาที) การติดตามกระตุ้น**

เตือนผู้ดูแล กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

## 1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 46 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 23 ราย ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และกลุ่มควบคุม 23 ราย ที่ได้รับคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยตามปกติระยะเวลาในช่วงระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

## 1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

### 1.7.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

**คำนิยามเชิงทฤษฎี:** บุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมักเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือหลาน ซึ่งกลุ่มเหล่านี้เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver)" โดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้สูงอายุ และยังเป็นที่พักทางจิตใจในเวลาที่จำเป็น (นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ, และชญาภา บุญลือ, 2564) ญาติผู้ดูแลมีความสำคัญไม่เพียงแต่ในการช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ยังรวมถึงการประสานงานกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การรับผิดชอบด้านอารมณ์ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการฟื้นฟูสุขภาพ การสนับสนุนจากญาติผู้ดูแล (พิสมัย สุระกาญจน์, และดารุณี จงอุดมการณ์, 2562) การสนับสนุนจากผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในความต้องการและการดูแลที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว

**คำนิยามเชิงปฏิบัติ:** บุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมักเป็นสมาชิกที่ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บุตร หรือหลาน โดยผู้สูงอายุนั้นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ซึ่งมีลักษณะของความผิดปกติของสมองชั่วคราว เช่น ประวัติการสลบหรือล้มสติเป็นเวลาน้อยกว่า 30 นาที การจำเหตุการณ์ไม่ได้ในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง มีการบาดเจ็บของเนื้อสมองที่ไม่ต้องผ่าตัด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากอวัยวะส่วนอื่น (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ในระหว่างที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### 1.7.2 โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

**คำนิยามเชิงทฤษฎี:** โปรแกรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura) เป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาทักษะการดูแลผ่านการเรียนรู้จากตัวต้นแบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมและการกระทำของผู้อื่น ในทฤษฎีนี้ แบนดูราได้เสนอว่า พฤติกรรมของบุคคลสามารถพัฒนาได้จากการสังเกตและเลียนแบบการกระทำที่แสดงออกมาโดยต้นแบบ การเรียนรู้ในรูปแบบนี้สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่งสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการแสดงออกพฤติกรรมที่ต้องการ โดยแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทั้ง 4 ได้แก่

#### 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

การให้บุคคลได้ลงมือปฏิบัติจริง เป็นสิ่งที่ช่วยสร้างประสบการณ์ที่สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ เมื่อบุคคลสามารถทำสำเร็จจากการกระทำของตนเอง จะทำให้มีความ

มั่นใจและพัฒนาทักษะได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยเสริมสร้างการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และสร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

### 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น

การได้เห็นตัวอย่างจากผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเรียนรู้ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความพยายามและการเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีจากต้นแบบ การเห็นตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในสภาพแวดล้อมเดียวกันสามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และให้ความรู้สึกรู้สึกว่าเราก็สามารถทำได้เช่นเดียวกับผู้อื่น

### 3) การใช้คำพูดชักจูง

การใช้คำแนะนำและการสอนจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยชี้แนะทางเลือกในการปฏิบัติ การให้คำแนะนำที่ถูกต้องและสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจถึงขั้นตอนหรือวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการชักจูงด้วยคำพูดช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 4) การกระตุ้นทางอารมณ์

การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลให้กับผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญในการกระตุ้นการเรียนรู้ โดยการมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เครียดและปลอดภัยช่วยให้ผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่างมั่นใจ ไม่ว่าจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วย หรือการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ

**คำนิยามเชิงปฏิบัติ:** ชุดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ตามทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ดังนี้

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ คือ ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลภายหลังศิระะได้รับบาดเจ็บ

2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น คือ ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านตัวต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จ ด้วยสื่อวีดิทัศน์

3) การใช้คำพูดชักจูง คือ ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลในผู้สูงอายุ ภายหลังบาดเจ็บศิระะ

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ คือ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล เพื่อลดความวิตกกังวล รวมถึงได้รับคำชื่นชม และให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

### 1.7.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

**คำนิยามเชิงทฤษฎี:** ความมั่นใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตรวจสอบอาการและให้การดูแลที่เหมาะสม ตามทฤษฎีส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มีแหล่งสนับสนุนหลัก 4 ประการที่สามารถช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการดำเนินการนี้

- 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
 

การมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในอดีตที่ประสบความสำเร็จสามารถสร้างความมั่นใจได้มากขึ้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสได้ดูแลและเห็นผลลัพธ์ที่ดี เช่น ผู้สูงอายุฟื้นตัวเร็วและไม่มีอาการแทรกซ้อน พวกเขาจะมีความมั่นใจมากขึ้นในการดำเนินการในอนาคต
- 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น
 

การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น สามารถช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การเห็นตัวอย่างที่ดีจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
- 3) การใช้คำพูดชักจูง
 

คำพูดชักจูงจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์หรือพยาบาล สามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลได้ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและคำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับการตรวจสอบอาการของผู้สูงอายุ
- 4) การกระตุ้นทางอารมณ์
 

การสร้างบรรยากาศที่เต็มไปด้วยการสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญ การมีความรู้สึกปลอดภัยและการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

**คำนิยามเชิงปฏิบัติ:** ความมั่นใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตรวจสอบอาการ ดังต่อไปนี้

- 1) อาการด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า, เวียนศีรษะหรือมึนงง, คลื่นไส้และ/หรืออาเจียน
- 2) อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน, หงุดหงิดหรือโกรธง่าย, รู้สึกคับข้องใจ, รู้สึกซึมเศร้า, กระสับกระส่าย/กระวนกระวาย, และไวต่อเสียงรบกวน/หูแว่ว
- 3) อาการด้านการรู้คิด ได้แก่ หลงลืมง่าย, ความคิดช้า, สมาธิสั้นลง

4) อาการด้านการมองเห็น ได้แก่ มองเห็นภาพไม่ชัด, รู้สึกสู้แสงไม่ได้, มองเห็นภาพซ้อน โดยผู้ดูแลได้รับการฝึกสาธิตโดยผู้วิจัย เป็นการฝึกรายบุคคลเพื่อให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตัวเอง ประเมินความมั่นใจโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ ศีรษะระดับเล็กน้อย ดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย พนิตนาฏ ลัม (2562) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนเชิงเส้น จาก 0-10 คะแนน คือ รู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเลย ได้คะแนน 0 คะแนน จนถึงรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ได้คะแนน 10 คะแนน หากด้วยจำนวนข้อจะได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน แปลผลดังนี้

คะแนน 0-50	แปลผล	สมรรถนะระดับต่ำ
คะแนน 51-100	แปลผล	สมรรถนะระดับปานกลาง
คะแนน 101-150	แปลผล	สมรรถนะระดับสูง

### 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

พยาบาลมีโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ช่วยในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาพฤติกรรมที่ดี ผ่านการเรียนรู้จากต้นแบบและการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

พูน ปณ ทิโต ชีเว

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 2.1 บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

2.1.1 ความหมายของการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

2.1.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ

2.1.3 พยาธิสภาพการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

#### 2.2 ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

#### 2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

2.4 โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

2.4.1 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา

2.4.2 การประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

#### 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

##### 2.1.1 ความหมายของการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild TBI) หมายถึง การบาดเจ็บที่สมองจากพลังงานกลที่กระทำต่อศีรษะจากแรงภายนอกโดยมีข้อกำหนด ดังต่อไปนี้คือ Confusion หรือ disorientation สูญเสียความรู้สึกตัวเป็นเวลา 30 นาทีหรือน้อยกว่า Post-traumatic amnesia น้อยกว่า 24 ชั่วโมง อาการผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆที่เป็นอยู่ชั่วคราวเช่น focal signs, อาการชักรอยโรคภายใน

กะโหลกที่ไม่ต้องการการผ่าตัด ทั้งนี้ต้องไม่มีผลจากยา แอลกอฮอล์การบาดเจ็บที่ระบบอื่น โรคที่เป็นอยู่ก่อนการบาดเจ็บ หรือการบาดเจ็บแบบ penetrating (แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ, 2562)

การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury: mTBI) หมายถึง ภาวะที่เกิดจากแรงกระแทกต่อศีรษะ ทำให้สมองได้รับการกระทบกระเทือนโดยไม่มีภาวะผิดปกติรุนแรงหรือการบาดเจ็บที่เห็นได้ชัดจากภาพถ่ายทางรังสี (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021)

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ หรือสมอง การบาดเจ็บเหล่านี้อาจมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ตั้งแต่การกระทบและฟกช้ำเล็กน้อยไปจนถึงความเสียหายที่สมองอย่างรุนแรง ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดขึ้นทันทีหรืออาจเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น อาการปวดศีรษะ สับสน เวียนศีรษะ และหมดสติ

### 2.1.2 การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การแบ่งตามกลไกการบาดเจ็บ การแบ่งตามผลของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การแบ่งตามการพยากรณ์โรค และการแบ่งตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งวิธีหลังนี้เป็นที่นิยมมากที่สุด โดยใช้คะแนน GCS (Glasgow Coma Scale) เป็นเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การแบ่งความรุนแรงตามคะแนน GCS (Glasgow Coma Scale) โดยการใช้การตอบสนองของอาการที่ดีที่สุด 3 ด้าน คือ การลืมตาที่ดีที่สุด การพูดที่ดีที่สุด และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การลืมตา (Eye Opening :E) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของศูนย์ควบคุมระดับความรู้สึกรู้ตัว มี 4 คะแนน ดังนี้

4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถลืมตาได้เอง

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเรียก

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยลืมตาเมื่อเจ็บ

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่ลืมตา/ลืมตาไม่ได้

2) การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response: V) เพื่อประเมินความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มี 5 คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดี ไม่มีอาการสับสน วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (Oriented and appropriate)

4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ แต่ตอบไม่ตรงคำถาม มีอาการสับสนวันเวลา สถานที่ และบุคคล (Confused conversation)

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถพูดสื่อสารได้เป็นคำสั้นๆ ไม่สามารถพูดสื่อสารเป็นประโยคได้ (Inappropriate words)

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยส่งเสียงไม่เป็นคำพูด เช่น อือ-อา

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่ออกเสียง

3) การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response :M) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของสมองในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย มี 6 คะแนน ดังนี้

6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำตามสั่งได้อย่างถูกต้อง

5 คะแนน หมายถึง เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยสามารถเอามือปิดบริเวณที่ถูกกระตุ้นได้

4 คะแนน หมายถึง เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยมีการชักแขน-ขาหนีเนื่องจากไม่ทราบตำแหน่งที่ถูกกระตุ้น

3 คะแนน หมายถึง เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยมีการเกร็งงอแขนเข้าชิดอก ขามีการเหยียดตรง

2 คะแนน หมายถึง เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะเกร็งแขนแนบเข้าหาลำตัว ขามีการเหยียดตรง

1 คะแนน หมายถึง เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวตอบสนองต่อความเจ็บปวดเลย (แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ, 2562)

สามารถสรุปได้ว่า การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การแบ่งตามกลไกการบาดเจ็บ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การพยากรณ์โรค และการใช้คะแนน GCS (Glasgow Coma Scale) ซึ่งเป็นที่นิยมมากที่สุด (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การแบ่งระดับความรุนแรงตามระดับคะแนน GCS ของ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2562) ประเมินตามการตอบสนองของผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ การลืมตา (Eye Opening: E) (คะแนน 1-4) การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response: V) (คะแนน 1-5) และ การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response: M) (คะแนน 1-6) การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยใช้คะแนน GCS ช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

### 2.1.3 พยาธิสภาพการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

พยาธิสภาพการบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury: mTBI) เป็นภาวะที่เกิดจากแรงกระแทกต่อศีรษะ ทำให้สมองได้รับการกระทบกระเทือนโดยไม่มีภาวะผิดปกติรุนแรงหรือการบาดเจ็บที่เห็นได้ชัดจากภาพถ่ายทางรังสี (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ความจำบกพร่อง หรือมีภาวะสับสนชั่วคราว ซึ่งมักจะหายไปภายในไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์ (Smith et al., 2022) การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยเป็นผลมาจากแรงกระแทกต่อศีรษะทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองเกิดการกระทบกระเทือนกับกะโหลกศีรษะ แรงที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดการบิดเกลียวหรือฉีกขาดของแอกซอนและหลอดเลือดขนาดเล็ก ส่งผลให้เกิดเลือดออกในสมอง ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะของการบาดเจ็บได้ 5 ประเภท (Johnson & Lee, 2023) ได้แก่

- 1) การบาดเจ็บจากแรงกระชากไปด้านหลัง: เกิดจากวัตถุที่มีความเร็วพุ่งเข้าชนศีรษะที่อยู่หนึ่ง ทำให้เกิดบาดแผล เช่น แผลฉีกขาดหรือหนังศีรษะบวมซ้ำ
- 2) การบาดเจ็บจากแรงกระชากที่เกิดจากการลดความเร็วกะทันหัน: เมื่อกะโหลกศีรษะหยุดเคลื่อนที่ทันทีแต่เนื้อสมองยังคงเคลื่อนต่อ ทำให้เกิดแรงกระแทกภายในสมอง
- 3) การบาดเจ็บจากแรงกระแทกและด้านตรงข้ามกับแรงกระแทก: เกิดจากแรงเหวี่ยงของสมองภายในกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดพยาธิสภาพทั้งที่บริเวณถูกกระแทกและบริเวณตรงข้าม
- 4) การบาดเจ็บจากแรงบิดหมุน: ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของสมองในหลายรูปแบบ รวมถึงการฉีกขาดของหลอดเลือดและเซลล์ประสาท
- 5) การบาดเจ็บจากแรงที่ก่อให้เกิดแผลทะลุ: มักเกิดจากวัตถุมีคมหรือกระสุนปืน ทำให้เกิดความเสียหายโดยตรงต่อเนื้อสมอง (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

#### ระยะของการบาดเจ็บศีรษะ (Phases of Traumatic Brain Injury)

การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือ Traumatic Brain Injury (TBI) สามารถแบ่งออกเป็นสามระยะหลัก ตามพยาธิสภาพของการบาดเจ็บและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมอง ดังนี้

##### ระยะที่ 1: การบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary Injury)

เป็นระยะที่เกิดขึ้นทันทีจากแรงกระแทกหรือแรงหมุนที่ทำให้สมองได้รับความเสียหายโดยตรง เช่น การชน การล้ม หรือการถูกกระแทก การบาดเจ็บอาจเป็นแบบ Focal Injury (เกิดที่ตำแหน่งเฉพาะ เช่น กะโหลกร้าวหรือสมองซ้ำ) หรือ Diffuse Injury (เกิดทั่วสมอง เช่น การบาดเจ็บแบบ Diffuse Axonal Injury) (Oppenheimer et al., 2020)

## ระยะที่ 2: การบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary Injury)

ระยะนี้เกิดหลังจากการบาดเจ็บปฐมภูมิ โดยเป็นกระบวนการทางพยาธิสภาพที่ทำให้สมองเสียหายมากขึ้น เช่น ภาวะบวมของสมอง (Cerebral Edema), ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (Increased Intracranial Pressure: ICP), และภาวะขาดออกซิเจนของสมอง (Ischemia) ซึ่งอาจเกิดขึ้นในชั่วโมงหรือวันหลังการบาดเจ็บ (Smith & Jones, 2021).

## ระยะที่ 3: ระยะฟื้นตัว (Recovery Phase)

เป็นระยะที่สมองเริ่มฟื้นตัว ซึ่งอาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ เดือน หรือเป็นปี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ในกรณีที่เป็นการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (mTBI) อาการมักหายไปภายในไม่กี่วันหรือสัปดาห์ แต่ในกรณีที่รุนแรง อาจเกิดภาวะทุพพลภาพหรือผลกระทบบาวร เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพฤติกรรม (Brown et al., 2022).

ดังนั้น สรุปได้ว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือ Traumatic Brain Injury (TBI) มีผลกระทบต่อระบบประสาททั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยกระบวนการบาดเจ็บแบ่งเป็น 3 ระยะตั้งแต่การบาดเจ็บเริ่มต้นหรือการบาดเจ็บปฐมภูมิ กระบวนการทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายหลังหรือการบาดเจ็บทุติยภูมิ และกระบวนการฟื้นตัวหรือระยะฟื้นตัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการพิจารณาแนวทางการรักษาและฟื้นฟูสมองของผู้ป่วยแต่ละราย

## 2.2 ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

การวินิจฉัย mTBI ในผู้สูงอายุอาจเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากอาการบางอย่างอาจคล้ายคลึงกับภาวะทางการแพทย์อื่น ๆ และเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากความเปราะบางทางร่างกายและความเสื่อมสภาพของระบบประสาทในวัยสูงอายุ ทำให้ความเสี่ยงในการเกิด mTBI สูงขึ้น ผู้สูงอายุมักมีความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บจากการล้ม เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อและกระดูก ความสมดุลที่ลดลง และปัญหาทางการมองเห็น (Cameron et al., 2021) ส่งผลให้ความรุนแรงของการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (วิลเลียมส์, 2561) ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบาดเจ็บศีรษะในผู้สูงอายุ ได้แก่

### 2.2.1 พลังงานสำรองในร่างกายลดลง (Reduced Body Reserve - R): หมายถึง

ปริมาณพลังงานที่ร่างกายสามารถใช้ได้ในช่วงเวลาที่มีความต้องการเพิ่มขึ้น เมื่อพลังงานสำรองลดลง ผู้สูงอายุมักมีการตอบสนองที่ช้าลง ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการฟื้นตัว (Kumar & Prasad, 2022) และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ (Huang et al., 2022). ดังนั้น

1) การฟื้นตัวที่ช้า เมื่อพลังงานสำรองในร่างกายลดลง การฟื้นตัวจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจะใช้เวลาเพิ่มขึ้น เนื่องจากร่างกายไม่มีพลังงานเพียงพอในการซ่อมแซมและฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่เสียหาย (Brown et al., 2022).

2) ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุที่มีพลังงานสำรองต่ำมักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การล้ม ซึ่งอาจนำไปสู่การบาดเจ็บที่ศีรษะ การขาดพลังงานอาจทำให้การตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมลดลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวและการควบคุมร่างกายไม่ดี (Cameron et al., 2021)

3) การบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้น ในผู้สูงอายุที่มีพลังงานสำรองลดลง การบาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีอาการรุนแรงกว่า เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวและการฟื้นตัวลดลง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น เช่น อาการบาดเจ็บทางสมองที่ถาวร (Fisher et al., 2023)

**2.2.2 อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน (Atypical Presentation - A):** อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนในผู้สูงอายุสามารถส่งผลกระทบต่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว ซึ่งอาจทำให้การรักษาล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น (Lindsay et al., 2020) การไม่สามารถระบุอาการที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจนำไปสู่การรักษาที่ไม่เหมาะสมและผลลัพธ์ที่ไม่ดีในที่สุด ผู้สูงอายุที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีอาการที่แตกต่างจากผู้ป่วยอายุน้อย ดังนี้

1) อาการปวดศีรษะที่ไม่รุนแรง ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถบรรยายลักษณะของอาการได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยเป็นไปได้ยาก (Huang et al., 2022) อาการนี้อาจถูกมองข้ามหรือไม่ถูกพิจารณาว่าเป็นอาการที่สำคัญ

2) การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมหรืออารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด, ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล ซึ่งอาจถูกตีความว่าเป็นภาวะทางจิตใจอื่น ๆ แทนที่จะเป็นผลจากการบาดเจ็บ (Brown et al., 2022)

3) อาการทางกายที่ไม่ชัดเจน เช่น เวียนศีรษะ, เหนื่อยล้า, หรือความไม่สมดุล ซึ่งอาจถูกเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพพื้นฐานมากกว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Kumar & Prasad, 2022) การไม่สามารถเชื่อมโยงอาการเหล่านี้กับการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจทำให้การรักษาที่ถูกต้องถูกล่าช้า

4) การลดลงของความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน หมายถึง ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถอธิบายเหตุผลได้ชัดเจน อาจถูกมองว่าเป็นผลจากการสูงวัยมากกว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Stiell et al., 2020)

**2.2.3 พยาธิสภาพหลายอย่างในระบบอวัยวะ (Multiple Pathology - M):** การมีพยาธิสภาพหลายอย่างในระบบอวัยวะสามารถทำให้การวินิจฉัยและการรักษา TBI ในผู้สูงอายุมีความ

ซับซ้อนมากขึ้น อาการที่เกิดขึ้นอาจไม่ชัดเจนและถูกตีความว่าเป็นผลจากภาวะสุขภาพพื้นฐานมากกว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Lindsay et al., 2020) การวินิจฉัยที่ล่าช้าหรือไม่ถูกต้องอาจนำไปสู่การรักษาที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น ภาวะสุขภาพพื้นฐานที่สามารถส่งผลกระทบต่ออาการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

1) โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุที่มีประวัติของโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองหรือการขาดเลือดอาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนได้ (Huang et al., 2022) การบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถทำให้ภาวะนี้รุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อการทำงาน

2) โรคเบาหวาน โรคเบาหวานสามารถส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดและความสามารถในการฟื้นฟูของเนื้อเยื่อ การบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอาจทำให้การรักษาเป็นไปได้ยากขึ้น เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Kumar & Prasad, 2022)

3) ความผิดปกติทางจิตใจ ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือโรคจิตเภท อาจมีอาการที่ไม่ชัดเจนหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษาเป็นไปได้ยาก (Brown et al., 2022) พยาธิสภาพเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อตอบสนองต่อการบาดเจ็บและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการแทรกซ้อน

4) โรคข้อและกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อและกล้ามเนื้อ เช่น โรคข้ออักเสบ มีความเสี่ยงสูงต่อการล้มและบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอาจทำให้การฟื้นตัวจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นไปได้ยากเนื่องจากความเจ็บปวดและการเคลื่อนไหวที่จำกัด (Cameron et al., 2021)

5) ความเสื่อมสภาพของสมอง การเสื่อมสภาพของสมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์หรือโรคพาร์กินสัน สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสามารถในการรับรู้และการตัดสินใจ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Stiell et al., 2020)

**2.2.4 การใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy - P):** เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากพวกเขามักมีภาวะสุขภาพหลายอย่างที่ต้องการการรักษา ซึ่งการใช้ยาหลายชนิดสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงและการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Fisher et al., 2023) เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นอาจถูกตีความว่าเป็นผลข้างเคียงจากยา แทนที่จะเป็นผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ การใช้ยาหลายชนิดในผู้สูงอายุมักเกิดจากเหตุผลหลายประการ เช่น การรักษาโรคประจำตัว (Kumar & Prasad, 2022) อย่างไรก็ตาม การใช้ยาหลายชนิดอาจนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

1) ผลข้างเคียงจากยา หมายถึง ยาหลายชนิดอาจมีผลข้างเคียงที่ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและการควบคุมร่างกาย เช่น อาการเวียนศีรษะ, ง่วงซึม, และความไม่สมดุล ซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มและบาดเจ็บที่ศีรษะ (Huang et al., 2022) และยาบางชนิดอาจมีผลต่อการทำงานของสมอง ส่งผลให้การรับรู้และการตัดสินใจของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้องในการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมประจำวัน (Stiell et al., 2020) การลดความสามารถนี้สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะได้

2) ปฏิกริยาระหว่างยา หมายถึง การใช้ยาหลายชนิดสามารถทำให้เกิดปฏิกริยาระหว่างยา ซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพของยาแต่ละชนิดลดลงหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อผลข้างเคียง การเกิดปฏิกริยานี้ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ไม่ชัดเจนหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Brown et al., 2022)

**2.2.5 ปัญหาสังคม (Social Adversity - S):** สามารถส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะและการฟื้นตัวจากอาการบาดเจ็บ (Fisher et al., 2023) เช่น ความยากจน, การแยกตัวจากสังคม, การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว, และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด มีผลกระทบต่ออาการบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนี้

1) ความยากจน ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำมักมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ส่งผลให้ไม่สามารถรับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมได้ (Huang et al., 2022) นอกจากนี้ความยากจนยังสามารถทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลซึ่งสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะได้

2) การแยกตัวจากสังคม ผู้สูงอายุที่มีการแยกตัวจากสังคมมีแนวโน้มที่จะประสบกับความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า ซึ่งสามารถลดความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การล้มและบาดเจ็บที่ศีรษะ (Kumar & Prasad, 2022)

3) การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคมสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากไม่มีใครคอยช่วยเหลือหรือดูแลเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด (Brown et al., 2022)

4) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพอาจไม่สามารถรับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมได้ ซึ่งอาจส่งผลให้การบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ได้รับการจัดการอย่างทันที่ (Stiell et al., 2020)

การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (mTBI) ในผู้สูงอายุเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากอาการบางอย่างอาจคล้ายคลึงกับภาวะทางการแพทย์อื่น ๆ และความเสื่อมสภาพทางร่างกาย (McCulloch et al., 2020) ทำให้ความเสี่ยงในการเกิด mTBI สูงขึ้น โดยเฉพาะจากการล้ม ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัย

ต่าง ๆ เช่น การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อและกระดูก รวมถึงความสมดุลที่ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (Savioli et al., 2020; วรรณทิพย์ สุญาสิทธิ์ และคณะ, 2564)

## 2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

ผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (mild Traumatic Brain Injury: mTBI) เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregivers) ผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนและช่วยให้ผู้บาดเจ็บฟื้นตัวอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.3.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระดับเล็กน้อย ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู โดยมากมักเป็นญาติหรือคนใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร หรือพี่น้อง ซึ่งอาจได้รับมอบหมายจากบุคลากรทางการแพทย์ หรืออาสาเข้ามาทำหน้าที่ดูแลด้วยตนเอง (อารีวรรณ กลั่นกลิน และคณะ, 2561)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลและสนับสนุนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจรวมถึงการดูแลด้านกายภาพ อารมณ์ และจิตใจ (World Health Organization, 2015)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่ญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากความเจ็บป่วย ความพิการ หรือความชราภาพ (Family Caregiver Alliance, 2016)

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการดูแลด้านสุขภาพ ดังนั้น การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนความรู้และส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลจะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกวิธี

### 2.3.2 ความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

ผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนและช่วยให้ผู้บาดเจ็บฟื้นตัว แม้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยจะมีความรุนแรงไม่มากและมักไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง หรือมีอาการบาดเจ็บกระทบกระเทือนซ้ำซ้อน ดังนั้นการมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง (เพชรรัตน์ เจริญสุข, 2561) ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยสังเกตอาการ

ผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น จัดการปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้อง และตัดสินใจนำส่งผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์เมื่อจำเป็น ผู้ดูแลยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ การสื่อสาร และการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการให้กำลังใจทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งล้วนมีผลต่อการฟื้นตัวและการกลับสู่ชีวิตปกติของผู้ป่วยอย่างยิ่ง (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, 2563) การศึกษาของ Ren และคณะ (2019) พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมให้ความรู้มาเป็นอย่างดี มีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นเร็วกว่า สามารถกลับไปทำงานและดำรงชีวิตประจำวันได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแล หรือมีผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของผู้ดูแลต่อการส่งเสริมการฟื้นตัวและลดความพิการของผู้ป่วยในระยะยาว

### 2.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม ดังนี้

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ โดยพบว่าผู้หญิงมักมีแนวโน้มที่จะให้การสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่าผู้ชาย ซึ่งอาจส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (Huang et al., 2022) อายุ พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าอาจมีประสบการณ์ในการดูแลที่มากขึ้น แต่ก็อาจมีข้อจำกัดทางกายภาพที่ส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย (Kumar & Prasad, 2022) ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Lindsay et al., 2020) รายได้ของผู้ดูแล ซึ่งมีผลต่อความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแล รวมถึงความสามารถในการปรับตัวและจัดการความเครียด ผู้ดูแลที่มีอายุมาก มีการศึกษาน้อย และมีรายได้ต่ำ มักมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพในการดูแล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2563) และ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลต่อความมั่นใจและความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด (Brown et al., 2022)
- 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น ผู้ที่มีประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะมาก่อนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการที่รุนแรงขึ้นและภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้นเมื่อเกิดการบาดเจ็บใหม่ (Lindsay et al., 2020) สภาพสุขภาพพื้นฐาน เช่น โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, และความผิดปกติทางจิตใจ สามารถส่งผลต่อการฟื้นตัวจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ (Brown et al., 2022) และ อารมณ์และสภาพจิตใจของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการฟื้นตัวจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Fisher et al., 2023)

3) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และมีแรงจูงใจในการฟื้นตัว (Brown et al., 2022) การที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำให้การฟื้นตัวเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว และการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัวช่วยให้สมาชิกสามารถหรือเกี่ยวกับความต้องการและปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญ

4) ปัจจัยด้านสังคม เช่น การได้รับข้อมูลและการเตรียมความพร้อมจากบุคลากรสุขภาพ การมีแนวทางการดูแลและการนัดหมายติดตามอาการที่ชัดเจน การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น อุปรกรณ์ เวชภัณฑ์ และสวัสดิการคำปรึกษาพยาบาล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (กัลยา ปวีณวิญญกุล และ สุนีย์ ละกำป็น, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย การส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ต้ออการพัฒนาระบบองค์รวม พิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล การจัดการปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์นำไปสู่คุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

## 2.4 โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

### 2.4.1 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Social Learning Theory) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) มีความเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อหรือความหวังของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง โดยคน 2 คนจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน หรือแม้แต่ในคนเดียวตนเอง การรับรู้ความสามารถในแต่ละสถานการณ์จะแตกต่างกัน พฤติกรรมที่แสดงออกก็จะแตกต่างกันตามสถานการณ์นั้นๆ โดย Bandura เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดจากปัจจัย 3 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor = P) ปัจจัยส่วนพฤติกรรม (Behavior Factor = B) และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment Factor = E) โดยปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กันแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และเกิดเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมที่แสดงออกขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ประสิทธิภาพจะขึ้นอยู่กับความรู้และความสามารถของบุคคล คือ บุคคลเชื่อว่ามีความสามารถแบบไหน จะแสดงความสามารถนั้นออกมา

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มี 2 อย่าง คือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลว่าสามารถทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากพฤติกรรมที่จะกระทำของบุคคล

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) แบบดูราได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่า สามารถทำงานในระดับใด หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จ มีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งแบบดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคล ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจึงเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้

2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น คือต้นแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง ต้นแบบที่เป็นสัญลักษณ์ หรือเป็นตัวแทนที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย เป็นต้น

3) การกระตุ้นทางอารมณ์ คือการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การตัดสินใจในภาวะวิตกกังวล และความเครียด หากการกระทำไม่คอยได้ผลดี ไม่พึงพอใจ จะกระตุ้นให้เกิดความกลัว บุคคลก็จะเกิดความล้มเหลว

4) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ คือความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านกายภาพ หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นแล้วจะส่งผลต่อร่างกายทางบวกคือ ทำให้สุขสบายทางกาย ส่วนทางลบคือ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย

4.2 ด้านสังคม หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้น จะส่งผลต่อสังคมทางบวก เช่น การได้รับความสนใจจากสังคม การได้รับสิ่งตอบแทนเป็นรางวัล เกียรติยศ ชื่อเสียง เป็นต้น ทางลบ เช่น ถูกสังคมต่อต้าน การถูกเพิกถอนอภิสิทธิ์ต่างๆ เป็นต้น

4.3 ด้านประเมินด้วยตนเอง หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังการปฏิบัติหรือการกระทำสิ่งนั้นจะส่งผลต่อตนเองทางบวก เช่น ความพึงพอใจตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทางลบ เช่น การตำหนิตนเอง ความรู้สึกไม่พอใจตนเอง เป็นต้น

## 2.4.2 การประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self- Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะสามารถให้การดูแลและการประเมินกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บในผู้สูงอายุ ให้บรรลุเป้าหมายได้ ผู้ดูแลจะต้องรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถ มีความคาดหวังในการกระทำพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บได้ ผู้ดูแลจึงจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆด้วยความอดุสาหะ ไม่ย่อท้อ และประสบความสำเร็จในที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีความซับซ้อน ผู้ดูแลจะต้องมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมาใช้พัฒนาโปรแกรม เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ดังนี้

- 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งแบนดูรา เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด มีอิทธิพลมากที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกี่ยวกับการดูแลในขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลได้รับการสาธิตการดูแลจากสื่อวิดีโอทัศน์และการฝึกโดยผู้วิจัย เป็นการฝึกทักษะรายบุคคลให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองร่วมกับผู้วิจัยทำให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
- 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น คือ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านตัวต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จเกี่ยวกับการดูแลการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านต้นแบบที่ประสบความสำเร็จผ่านทางสื่อวิดีโอทัศน์และคู่มือ เกี่ยวกับการสาธิตวิธีการดูแลผู้สูงอายุภายหลังบาดเจ็บศีรษะ ผู้ดูแลจะเกิดกระบวนการจดจำเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น
- 3) การใช้คำพูดชักจูง คือ กิจกรรมที่ผู้วิจัยกระทำร่วมกับผู้ดูแลตั้งแต่วันแรกที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาคือ เป็นการให้คำแนะนำรายบุคคลเพื่อกระตุ้นผู้ดูแลในการเฝ้าระวังติดตามอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ รวมถึงการติดตามเกี่ยวกับการดูแลการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ผ่านช่องทาง line application เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และมีสมรรถนะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยอย่างต่อเนื่องหลังการจำหน่าย
- 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ คือ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยเพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง จัดสถานที่ที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และการฝึกทักษะการดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัยเป็นระยะ ให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมให้ผู้ดูแล

เกิดความมั่นใจ ผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ผู้เกิดความมั่นใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย

จากข้างต้นแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มีผลในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุกับการบาดเจ็บ

Gabriele Savioli, et.al (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอุบัติการณ์การเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย รวมถึงอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ, ความจำเป็นในการผ่าตัด และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยการบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้สูงอายุ โดยศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยทุกรายที่มาแผนกฉุกเฉินระหว่างปี 2560 ถึง 2561 โดยผู้ป่วยทุกคนได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และประชากรถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามอายุ คือ “ประชากรสูงอายุ” (75 ปีขึ้นไป) และผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 75 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีอัตราการเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองสูงกว่า (12.1% เทียบกับ 5.1%) และมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น (11.7% เทียบกับ 5.5%) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมียังมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาใหม่ภายใน 30 วันสูงกว่า (6.8% เทียบกับ 3.2%) และมีเวลารอเข้ารับรักษานานขึ้น (8 ชั่วโมง 25 นาที เทียบกับ 4 ชั่วโมง 09 นาที) รวมถึงระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานกว่า (9 ชั่วโมง 41 นาที เทียบกับ 5 ชั่วโมง 29 นาที) ในขณะที่ 92% ของผู้ป่วยอายุน้อยไม่ได้ใช้ยาใดๆ (เทียบกับ 41% ของประชากรสูงอายุ), 6% ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด (เทียบกับ 39%), 1% ใช้ยาต้านวิตามินเค (เทียบกับ 7%), และ 1% ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ออกฤทธิ์โดยตรงในช่องปากและอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกเฉลี่ยถึง 2% สรุปได้ว่า อัตราการเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากอายุ 75 ปี โดยมีความเสี่ยงเลือดออกเพิ่มขึ้นถึง 180%

ภัทรพล บุญยวง, จินตนา กีเกียง, และณัฐดนัย ทบตัน (2024) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอหน้าหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมดังกล่าวในอำเภอหน้าหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ทำการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 435 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับดีถึงร้อยละ 65.75 และส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับดี (ORadj=0.25, 95%CI=0.16 to 0.41) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สำคัญ ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษา, การมองเห็น, ประวัติการหกล้ม และสภาพแวดล้อมบ้าน โดยพบว่าเพศหญิงมีโอกาสปฏิบัติตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ดีกว่าเพศชาย (ORadj=0.63, 95%CI=0.41 to 0.98)

ขวัญชนก คันธชาติ (2567) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะของผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้บาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง ซึ่งเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 โดยใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังและเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 435 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้บาดเจ็บสมองมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะร้อยละ 27.7 โดยภาวะ Subdural hemorrhage พบได้บ่อยที่สุด (ร้อยละ 9.2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ กลไกการบาดเจ็บ, อาการอาเจียน, อาการปวดศีรษะ, อาการชักหลังเกิดเหตุ, ระดับคะแนนความรู้สึกตัว, ระดับความดันซิสโตลิก, และอาการแสดงถึงฐานกะโหลกศีรษะแตก

ดังนั้น การบาดเจ็บในผู้สูงอายุถือเป็นความท้าทายสำหรับทีมสุขภาพ เนื่องจากอัตราการเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองในผู้สูงอายุมีสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดภาวะนี้รวมถึงเพศ, ระดับการศึกษา, การมองเห็น, ประวัติการหกล้ม, และความดันโลหิต นอกจากนี้ กลไกการบาดเจ็บและอาการต่าง ๆ เช่น อาเจียนและปวดศีรษะ ยังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งอาจนำไปสู่อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นและการกลับเข้ารับรักษาใหม่อีกด้วย

### 2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะ

Azlanda Azman et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาท ความท้าทาย และความต้องการของครอบครัวในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองจากอุบัติเหตุ (TBI): โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย TBI ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งด้านอารมณ์และทางกายภาพ เช่น ความเครียดจากการดูแล, ปัญหาทางการเงิน, และการ

ขาดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่เหมาะสม เกี่ยวกับการรักษา วิธีการดูแล และการสนับสนุนทางการเงิน การศึกษา ยังพบว่าผู้ดูแลมักจะละเลย ความต้องการส่วนตัวของตนเองเนื่องจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย TBI ซึ่งอาจนำไปสู่อาการ ซึมเศร้าและความเครียดในระยะยาว

Hillestad et al. (2020) ได้ประเมินผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บสมองเรื้อรัง โดยอาศัยแนวคิดทางทฤษฎี เรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura's Self-efficacy Theory) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลมีความ เชื่อมั่นในการลงมือกระทำพฤติกรรม และผลักดันให้เกิดการปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย โปรแกรมนี้ มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้ข้อมูลและกำลังใจแก่ผู้ดูแลผ่านสื่อออนไลน์และการโทรศัพท์ในด้านการ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การเป็นตัวแทนในการเข้าถึงระบบบริการ และ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลเพิ่มขึ้น มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่ดีขึ้น และมีความเครียดลดลงกว่าก่อนเข้า โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้

Kerr et al. (2021) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เป็นผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่ ทำนายสมรรถนะของผู้ดูแลที่ดีที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ตามด้วย การ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลก่อนหน้า ทั้งนี้เพราะ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสะท้อนถึงความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติภารกิจการดูแลได้สำเร็จ ซึ่งจะนำไปสู่ความพยายามและความอดทนเมื่อเผชิญความยากลำบากมากขึ้น รวมถึงการแสวงหา ความรู้และปรับปรุงทักษะการดูแลอย่างต่อเนื่อง

พนิตนาฏ ลัม, ธีรนุช ห่านิรัตติชัย, ดิลก ต้นทองทิพย์ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแล อย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บ ศีรษะระดับเล็กน้อย โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่ ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง ผู้ดูแลสามารถ ตัดสินใจได้ว่าตนมีความสามารถในการทำกิจกรรมมากกว่าน้อยเพียงใด มีแนวโน้มที่จะตั้งใจปฏิบัติ พฤติกรรม โดยไม่เกิดความย่อท้อ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

สุภาภรณ์ รูปหล่อ, มยุรี ลีทองอิน (2563) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะ แห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา

ผลการวิจัยพบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรงในช่วง 48 ชั่วโมง หลังสมองบาดเจ็บ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ด้านการสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และด้านการดูแลเพื่อความปลอดภัยและป้องกันอุบัติเหตุในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับความท้าทายทางอารมณ์และกายภาพ เช่น ความเครียดและปัญหาทางการเงิน ซึ่งอาจนำไปสู่การละเลยความต้องการส่วนตัวและอาการซึมเศร้า ในระยะยาว การใช้แนวคิดของ Bandura ช่วยให้ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมรู้สึกเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนมากขึ้น ทำให้พวกเขามีการเตรียมความพร้อมในการดูแลและลดความเครียด ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายสมรรถนะของผู้ดูแลคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งนำไปสู่ความพยายามและความอดทนในการดูแล ขณะเดียวกัน โปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องยังช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และช่วยปรับปรุงพฤติกรรมดูแล โดยเฉพาะในด้านการเฝ้าระวังอาการผิดปกติและการดูแลเพื่อความปลอดภัย โดยรวมแล้ว การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงพฤติกรรมดูแลและลดอาการภายหลังจากสมองบาดเจ็บในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีงานวิจัยที่ศึกษาในเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง ดังนี้ ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยจากแผนกฉุกเฉินต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล โดยศึกษาผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง พบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลโดยใช้วีดิทัศน์ ภาพสไลด์การดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย และคู่มือการดูแลผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยได้ผลดี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนให้ข้อมูล ยังมีประเด็นสำคัญอีกหลายด้านที่จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บสมอง อาทิ ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัว ที่อาจส่งผลต่อความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันไป รวมถึงการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว ทั้งด้านสมรรถภาพของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เพื่อประเมินผลสำเร็จที่แท้จริงของการพัฒนาระบบการดูแล ดังนั้น การศึกษาในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ความต้องการ และความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บ

สมองจากมุมมองของผู้ดูแลให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและตบโจทย์ของผู้ใช้บริการมากที่สุด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย โดยออกแบบโปรแกรมให้มีระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อให้มีเวลาเพียงพอในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นของผู้ดูแลอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมั่นใจ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลกล้าตัดสินใจลงมือปฏิบัติ แม้จะเผชิญอุปสรรคในการดูแล ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าโปรแกรมการวิจัยนี้จะช่วยส่งเสริมทั้งความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลในการปฏิบัติหน้าที่การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำมาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บสมองให้มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับบริบทมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเร่งการฟื้นตัวให้เร็วขึ้น



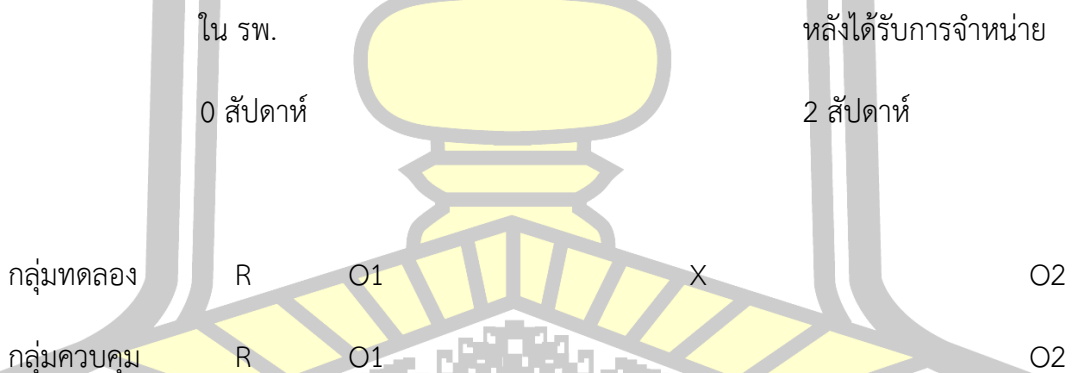
### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 3.1 การออกแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (The Pretest-posttest experimental design) (Polit and Beck, 2019) กลุ่มทดลอง (Experimental group) เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุม (Control group) เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแผนการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 2 แบบแผนการวิจัย

R = การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X = โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล

O1 = การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

O2 = การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล หลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### 3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

### 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย รหัส ICD 10 คือ S00-S09 ผู้ป่วยบาดเจ็บจะต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ตามลักษณะที่กำหนด ดังนี้

#### 3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.3.2.1 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยบาดเจ็บจะต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (รหัส ICD 10 คือ S00-S09) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

#### 3.3.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.2.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าผู้ดูแล ( Inclusion Criteria ) คือ

- 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ กรณีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุต้องมีคะแนนการประเมิน Mini-Cog > 3 คะแนน
- 2) สามารถสื่อสารโดยการอ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้
- 3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้
- 4) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาและหลังจำหน่ายที่บ้านอย่างน้อย 2 สัปดาห์
- 5) ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมวิจัย

#### 3.3.2.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม
- 2) ไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ทางโทรศัพท์
- 3) ผู้สูงอายุมีอาการทรุดลง
- 4) ผู้สูงอายุย้ายหอผู้ป่วย

#### 3.3.3 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากงานวิจัยของพนิตนาฎ ลัม (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ต้นของผู้ดูแลและกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มาคำนวณหาขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size: ES) โดยใช้สูตรของ Cohen (1988) ได้ค่า ES เท่ากับ .8 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) .05 ใช้การทดสอบทางเดียว (One-tailed-test) อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .8 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 ราย เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงขอเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Polit & Beck, 2019) ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 23 ราย รวม 46 ราย

### 3.3.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

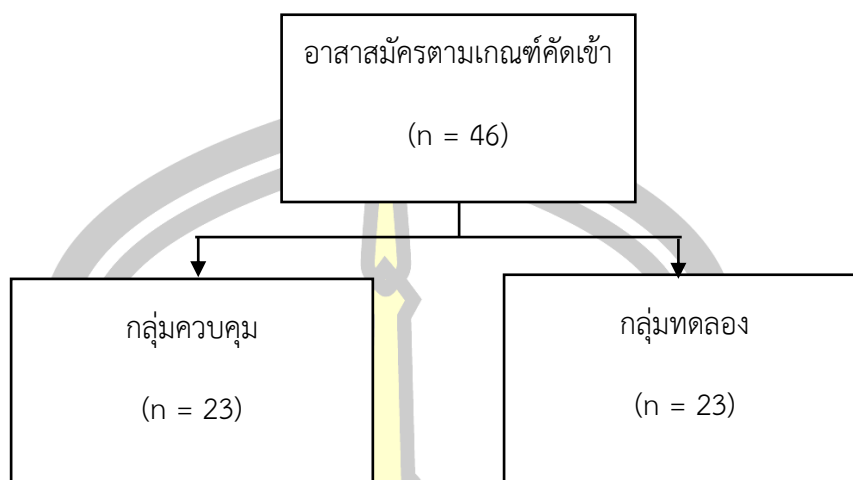
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้กรอบของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในเวลา 2 เดือน มีจำนวนทั้งหมด 66 คน ดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Random number table) ดังนี้

3.3.4.1 เริ่มต้นการสุ่มด้วยการสุ่มตัวเลขในตารางเลขสุ่ม 2 หลักเพื่อเป็นแถวและสดมภ์เริ่มต้น เมื่อได้ตัวเลขเริ่มต้นแล้ว อ่านเลขจากซ้ายไปขวา เมื่อจบแถวให้ขึ้นแถวใหม่ต่อไปตามลำดับ อ่านตัวเลขจากตำแหน่งเริ่มต้นที่สุ่มได้ให้มีจำนวนหลักเท่ากับ 2 หลักที่ไม่เกินเลข 32 จะคัดมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง 23 คนแรก

3.3.4.1.1 ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมตามลำดับที่ จำนวน 23 คน ดังนี้ 01, 03, 05, 06, 07, 08, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 26, 27, 28, 29, 30, 31

3.3.4.1.2 ผู้วิจัยเริ่มทำการสุ่มกลุ่มทดลองได้ตามวิธีการเดิมได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้ตามลำดับที่ จำนวน 23 คน ดังนี้ 01, 02, 03, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 29, 30, 32

3.3.4.2 การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกและช่วงหลัง โดยช่วงแรกเป็นการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมจำนวน 23 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากตัวแปรแทรกซ้อน หากมีการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลองก่อนกลุ่มควบคุม หลักจากดำเนินการเก็บข้อมูลจำนวน 23 คนแล้ว ในระหว่างการดำเนินวิจัยไม่มีอาสาสมัครถอนตัวออกจากการวิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในกลุ่มทดลองต่อไปจนครบจำนวน 23 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน ดังแผนภูมิ



ภาพที่ 3 แผนภูมิกลุ่มตัวอย่าง

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ในโปรแกรมประกอบด้วย

3.4.1.1 คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ประกอบด้วยแผนการดำเนินงานและกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูง

3.4.1.2 คู่มือสำหรับผู้ดูแล: “ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ” สำหรับผู้ดูแลผู้สูง โดยประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ของแบนดูรา(Bandura, 1997) ดังนี้

- 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
- 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น
- 3) การใช้คำพูดชักจูง
- 4) การกระตุ้นทางอารมณ์

3.4.1.3 วัตทัศน์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เนื้อหาประกอบด้วย การบาดเจ็บศีรษะ และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่

3.4.2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

3.4.2.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย พินิตนาถ ลัม (2561) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนเชิงเส้น จาก 0-10 คะแนน คือ รู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเลย ได้คะแนน 0 คะแนน จนถึงรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ได้คะแนน 10 คะแนน ทารด้วยจำนวนข้อจะได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน แปลผลดังนี้

คะแนน 0-50	แปลผล	สมรรถนะระดับต่ำ
คะแนน 51-100	แปลผล	สมรรถนะระดับปานกลาง
คะแนน 101-150	แปลผล	สมรรถนะระดับสูง

### 3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในโปรแกรมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์เชี่ยวชาญด้านการบาดเจ็บศีรษะ 1 ท่าน
4. พยาบาลผู้ชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2 ท่าน

#### 3.5.1 การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

3.5.1.1 ความตรงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย คู่มือสำหรับพยาบาล คู่มือสำหรับผู้ดูแล และวิถีทัศน์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับ

เล็กน้อย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3.5.1.2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index หรือ CVI) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย คู่มือสำหรับพยาบาล คู่มือสำหรับผู้ดูแล และวิดีโอทัศน์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ซึ่งผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบ เพื่อตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยให้คะแนนดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องน้อย

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องน้อย

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องมาก

จากนั้นจึงนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่ามากกว่า .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2019) โดยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย คู่มือสำหรับพยาบาล คู่มือสำหรับผู้ดูแล และวิดีโอทัศน์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86, .87, 1 และ 1 ตามลำดับ

### 3.5.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ค่ามากกว่า .80 ขึ้นไป งานวิจัยฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .86 ซึ่งเป็น

พหุ ประสิทธิภาพ

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการนำเสนอเค้าโครงงานวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง : 273 158/2567 และกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการวิจัย : 0๑3/2024R ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึง 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

#### 3.6.1 หลักความเคารพในความเป็นมนุษย์

ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตัวเองชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบกับการรักษาหรือหากในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างต้องการขอยกเลิกหรือถอนตัวจากงานวิจัยก็สามารถขอยกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

#### 3.6.2 หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย

ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการวิจัยอย่างชัดเจน ให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับผลกระทบ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย จำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลต้องหยุดงาน หรือหยุดจากกิจกรรมที่ทำมาดูแลผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดโทษมากกว่าประโยชน์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องอธิบายกลับกลุ่มตัวอย่างให้ชัดเจนเกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านให้เข้าใจ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำการสังเกตอาการในผู้สูงอายุ การจัดการอาการเบื้องต้นเมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติ และให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าระหว่างทำการวิจัยผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามสิ่งที่พึงได้โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุ

#### 3.6.3 หลักแห่งความยุติธรรม

ผู้วิจัยไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงเมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม รวมถึงนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

### 3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.7.1 ระยะเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง : 273 158/2567
- 2) ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่โครงการวิจัย : 0๑3/2024R
- 3) ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ หัวหน้างานบริการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยงานศัลยกรรมอุบัติเหตุ- อุจฉเนิ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ในการทดลองใช้เครื่องมือดำเนินการวิจัย หลังได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลต่อไป
- 4) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยงานศัลยกรรมอุบัติเหตุ- อุจฉเนิ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย โดยการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากการให้โปรแกรม จึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมก่อนหลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

#### 3.7.2 ระยะดำเนินการวิจัยในแต่ละกลุ่ม

3.7.2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล ดังนี้

- 1) วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลกลุ่มควบคุม สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง พูดคุยซักถามอาการทั่วไป ชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการ ระยะเวลา และขั้นตอนดำเนินการวิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเข้าใจ เมื่อชี้แจงรายละเอียดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (20 นาที) ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการพยาบาลตามปกติที่หน่วยงานจัดให้ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและนัดหมาย วันเวลากับกลุ่มควบคุมครั้งต่อไป
- 2) วันที่ 14 หลังได้รับบาดเจ็บ เมื่อถึงวันนัดผู้วิจัยประเมินผลโดยผ่านทางโปรแกรม line application
- 3) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย จากนั้นผู้วิจัยส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแล 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและแจ้งสิ้นสุดการวิจัย
- 4) หลังจากเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มเสร็จแล้ว เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการมอบ คู่มือสำหรับผู้ดูแล: “ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ ” คนละ 1 เล่ม และให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ

3.7.2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ผ่านช่องทางในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยระบบ Line application และโทรศัพท์มือถือ ดังนี้

1) Line application เป็นแอปพลิเคชันส่วนตัวของผู้วิจัยกับผู้ดูแล ใช้สำหรับส่งรูปภาพ วีดีโอ ข้อความแจ้งเตือน ข้อความให้ความรู้ต่าง ๆ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบปัญหา ก่อนถึงวันนัดหมายการเยี่ยม สามารถปรึกษาผ่านทางระบบไลน์ได้

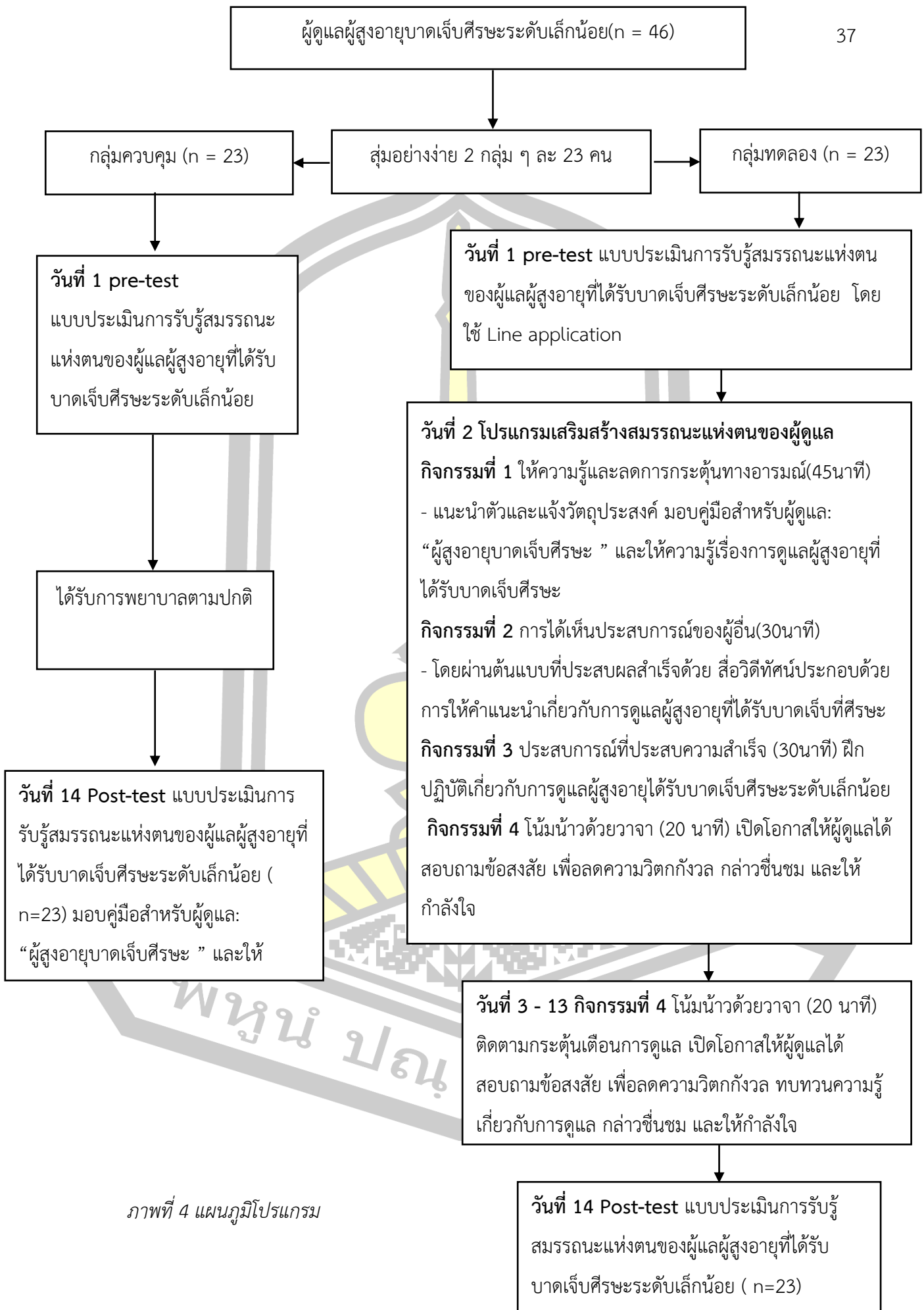
2) โทรศัพท์มือถือ เป็นการโทรศัพท์มือถือติดตามอาการ หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบปัญหา ก่อนถึงวันนัดหมายการเยี่ยม สามารถปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์มือถือได้หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลพบปัญหา ก่อนถึงวันนัดหมายการเยี่ยม

รายละเอียดของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ดังนี้

กิจกรรม/วันที่	โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย
ครั้งที่ 1 /วันที่ 1	ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย โดยใช้ Line application
ครั้งที่ 2/ วันที่ 2	<p>โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย</p> <p><b>กิจกรรมที่ 1</b> ให้ความรู้และลดการกระตุ้นทางอารมณ์(45นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ มอบคู่มือสำหรับผู้ดูแล: “ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ ” และให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ</li> </ul> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b> การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น(30นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โดยผ่านต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จด้วย สื่อวีดิทัศน์ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ</li> </ul> <p><b>กิจกรรมที่ 3</b> ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (30นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย</li> </ul>

กิจกรรม/วันที่	โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย
	<p><b>กิจกรรมที่ 4 โนม์นำด้วยวาจา (20 นาที)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ</li> </ul>
ครั้งที่ 3/วันที่ 3-11	<p><b>กิจกรรมที่ 4 โนม์นำด้วยวาจา (20 นาที)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามกระตุ้นเตือนการดูแล ผ่านช่องทาง line application เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแล กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ</li> </ul>
ครั้งที่ 4/วันที่ 14	<p><b>กิจกรรมที่ 4 โนม์นำด้วยวาจา (20 นาที)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามกระตุ้นเตือนการดูแล ผ่านช่องทาง line application เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแล กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ</li> <li>- Post-test แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ( n=23)</li> </ul>





ภาพที่ 4 แผนภูมิโปรแกรม

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package of Social Science/Windows) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้การหาร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลเรื่องการรับรู้สมรรถนะการดูแลใช้การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
- 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการวิเคราะห์
- 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับดังนี้

- 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
- 4.3 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย
- 4.4 อภิปรายผล

#### 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

##### 4.1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.90 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.41 ปี (SD=12.69) สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.30 ระดับการศึกษาอนุปริญญา ร้อยละ 47.80 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 39.10 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 27,152.17 (SD = 29024.10) บาท ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.00 และไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ร้อยละ 87.00 ผลการศึกษาสามารถจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวเป็นกลุ่มได้ ดังนี้

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.60 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.00 ปี (SD=14.86) สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.90 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา และอนุปริญญาเท่ากัน ร้อยละ 43.50 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 39.10 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 35,956.50 (SD = 33010.29) บาท ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.60 และไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ร้อยละ 87.00

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.20 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.82 ปี (SD=10.39) สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.60 ระดับการศึกษาได้แก่อนุปริญญา ร้อยละ 52.20 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.50 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 18,347.82 บาท (SD=21710.09) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.30 และไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ร้อยละ 87.00 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=46)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=23)	กลุ่มทดลอง (n=23)	รวม (n=46)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>				1.804 <sup>b</sup>	.179
ชาย	4(17.40)	8(34.80)	12(26.10)		
หญิง	19(82.60)	15(65.20)	34(73.90)		
<b>อายุ(ปี) (<math>\bar{X}</math>=45.41, SD=12.69, Range 18-76 ปี)</b>				4.801 <sup>a</sup>	.034
18-34	7(30.40)	4(17.40)	11(23.90)		
35-59	13(56.50)	19(82.60)	32(69.60)		
60 ปีขึ้นไป	3(13.00)	0(0.00)	3(6.50)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				2.111 <sup>b</sup>	.348
โสด	6(26.10)	3(13.00)	9(19.60)		
สมรส	17(73.90)	19(82.60)	36(78.30)		
หม้าย / หย่า / แยกกัน	0(0.00)	1(4.30)	1(2.20)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				2.848 <sup>b</sup>	.241
ประถมศึกษา	3(13.00)	6(26.10)	9(19.60)		
มัธยมศึกษา	10(43.50)	5(21.70)	15(32.60)		
อนุปริญญา	10(43.50)	12(52.20)	22(47.80)		
<b>อาชีพ</b>				9.570 <sup>b</sup>	.023
นักเรียน/นักศึกษา	4(17.40)	0(0.00)	4(8.70)		
รับจ้างทั่วไป	5(21.70)	13(56.50)	18(39.10)		
รับราชการ	5(21.70)	4(26.10)	11(23.90)		
พนักงานบริษัท	9(39.10)	6(17.40)	13(28.30)		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>				7.262 <sup>c</sup>	.026
<15,000	10(43.50)	15(65.20)	25(54.30)		
15,001 – 30,000	3(13.00)	6(26.10)	9(19.60)		

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=23)	กลุ่มทดลอง (n=23)	รวม (n=46)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
> 30,001	10(43.50)	2(8.70)	12(26.10)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $\bar{X}$ ) = 27152.17, SD = 29024.10, Range 3,000-100,000					
<b>โรคประจำตัว</b>				.767 <sup>b</sup>	.381
ไม่มีโรคประจำตัว	19(82.60)	21(91.30)	40(87.00)		
มีโรคประจำตัว	4(17.40)	2(8.70)	6(13.00)		
<b>ประสบการณ์การดูแล</b>				.000 <sup>b</sup>	1.000
ไม่มีประสบการณ์	20(87.00)	20(87.00)	40(87.00)		
มีประสบการณ์	3(13.00)	3(13.00)	6(13.00)		

หมายเหตุ <sup>a</sup> = Independent t-test, <sup>b</sup> = Pearson Chi-Square, <sup>c</sup> = Fisher's Exact test

#### 4.2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลโดยรวม และรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อนและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเท่ากับ 49.56 และ 132.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน  
(n = 46 )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแล(คะแนนเต็ม)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
<b>กลุ่มควบคุม (n=23)</b>				
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	56.82	48.99	98.91	29.29
ด้านเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	25.52	26.54	49.21	15.02
ด้านการดูแลเพื่อป้องกันอาการหลังการบาดเจ็บ	22.17	16.32	35.00	11.28
ด้านการให้นำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดความสงสัย	4.39	3.88	7.26	2.22
ด้านการปรึกษาหรือ ขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	4.73	3.64	7.43	2.01
<b>กลุ่มทดลอง (n=23)</b>				
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	49.56	36.70	132.00	33.72
ด้านเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	21.69	20.84	69.17	17.98
ด้านการดูแลเพื่อป้องกันอาการหลังการบาดเจ็บ	19.08	12.39	44.73	11.50
ด้านการให้นำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดความสงสัย	4.34	2.90	9.04	2.30
ด้านการปรึกษาหรือ ขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	4.43	2.88	9.04	2.30

#### 4.3 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

##### 4.3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อนและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเท่ากับ 49.56 และ 132.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n =23 )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ของผู้ดูแล(คะแนนเต็ม)	ก่อนการ ทดลอง		หลังการทดลอง		ค่าสถิติ	p- value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
<b>กลุ่มทดลอง(n=23)</b>						
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	49.56	36.70	132.00	33.72	5.913	<.001**
ด้านเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	21.69	20.84	69.17	17.98		
ด้านการดูแลเพื่อป้องกันอาการหลังการ บาดเจ็บ	19.08	12.39	44.73	11.50		
ด้านการให้นำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดความ สงสัย	4.34	2.90	9.04	2.30		
ด้านการปรึกษาหรือ ขอคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์	4.43	2.88	9.04	2.30		

Wilcoxon Signed Ranks Test

#### 4.3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ค่ามัธยฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง (Median =142.00, IQR = 16.00) มากกว่า กลุ่มควบคุม (Median =89.00, IQR = 49.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U =103.00, p <.001) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านเฝ้าระวังอาการผิดปกติ กลุ่มทดลอง (Median =72.00, IQR = 16.00) มากกว่า กลุ่มควบคุม (Median =40.00, IQR = 16.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U = 93.50, p <.001) การดูแลเพื่อป้องกันอาการหลังการบาดเจ็บ กลุ่มทดลอง (Median =50.00, IQR = 5.00) มากกว่า กลุ่มควบคุม (Median =30.00, IQR = 25.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U = 142.50, p = .005) การให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดความสงสัย กลุ่มทดลอง (Median =10.00,

IQR = 1.00) มากกว่า กลุ่มควบคุม (Median = 7.00, IQR = 4.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U = 142.50, p = .005) การปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มทดลอง (Median = 10.00, IQR = 1.00) มากกว่า กลุ่มควบคุม (Median = 7.00, IQR = 4.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mann-Whitney U = 150.50, p = .007) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ (n = 46 )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mann-Whitney U	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
<b>ก่อนทดลอง</b>	45.00	78.00	45.00	50.00	255.00	.834
ด้านเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	24.00	40.00	24.00	40.00	250.50	.752
การดูแลเพื่อป้องกันอาการหลังการ บาดเจ็บ	15.00	23.00	15.00	10.00	261.50	.946
การให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดความ สงสัย	3.00	9.00	3.00	2.00	256.50	.857
การปรึกษาหรือขอคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์	5.00	6.00	4.00	2.00	258.00	.883
<b>หลังการทดลอง</b>	89.00	49.00	142.00	16.00	103.00	<.001**
ด้านเฝ้าระวังอาการผิดปกติ	40.00	16.00	72.00	16.00	93.50	<.001**
การดูแลเพื่อป้องกันอาการหลังการ บาดเจ็บ	30.00	25.00	50.00	5.00	142.50	.005
การให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยเกิดความ สงสัย	7.00	4.00	10.00	1.00	149.00	.006
การปรึกษาหรือขอคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์	7.00	4.00	10.00	1.00	150.50	.007

Mann-Whitney U test

#### 4.4 อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามการทดสอบทางสถิติและสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คະแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อนและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานที่ 2 คະแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะกระทำพฤติกรรมในการดูแล ให้บรรลุเป้าหมายได้ ผู้ดูแลจะต้องรู้ว่าตนเองมีความสามารถ มีความคาดหวังในการกระทำพฤติกรรมในการดูแลได้ ผู้ดูแลจึงจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆด้วยความอดสาหัส ไม่ย่อท้อ และประสบความสำเร็จในที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีความซับซ้อน ผู้ดูแลจะต้องมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมาใช้พัฒนาโปรแกรม เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากข้างต้นแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มีผลในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้ทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีผลในการสังเกตอาการผิดปกติในผู้สูงอายุได้สูงขึ้นด้วย

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ หลัง

การบาดเจ็บ 2 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของพินิตนาฏ ลัม, อีรณูช ห่านิรัตศัย, และติลก ตันทองทิพย์ (2562) ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนได้รับโปรแกรม และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การดูแลอย่างต่อเนื่องมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการเพิ่มขึ้นของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในช่วงสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่ายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และช่วงเวลาระหว่าง สัปดาห์ที่ 1 และ 4 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้สรุปผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย ตามลำดับดังนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ผ่าน line application และโทรศัพท์มือถือ โดยการส่งข้อความเตือน การสอน สอบถามอาการ การให้คำปรึกษา และติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน ใช้เวลาในการทดลอง 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) คู่มือสำหรับพยาบาล: โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย 2) คู่มือสำหรับผู้ดูแล: “ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ ” และ 3) วัตถุประสงค์การดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ส่วนที่ 2 เครื่องมือในสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และ 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )
2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

## 5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อให้มีการนำผลการวิจัยไปใช้ต่อไปในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการบริหาร และด้านทำการวิจัย สรุปได้ดังนี้

### 5.2.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนไปใช้ในหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลตั้งแต่ขณะรับผู้ป่วยเข้าสู่อารมณ์จนถึงระยะหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการบาดเจ็บ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะที่ดีในการดูแล และเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอาการที่ตามมาจากการบาดเจ็บศีรษะในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย

### 5.2.2 ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรมีการจัดหลักสูตรการศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ เพื่อให้พยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ยังควรส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลในสถานพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง

### 5.2.3 ด้านการบริหาร

ควรกำหนดนโยบายในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและลดอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 5.2.4 ด้านทำการวิจัย

ควรศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแล โดยเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการหลังการบาดเจ็บ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย การวิจัยควรครอบคลุมถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างเครื่องมือและทรัพยากรที่สนับสนุนการทำงานของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง และ วิณา จีระแพทย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 138-150.
- กীরติ กิจธีระวุฒิวงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุนานในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15-24.
- กุสุมา พรหมวิศาตร์, จิราภรณ์ สิทธิกันต์, สุภาภรณ์ กิจจานุรักษ์, นันทวรรณ ทิพยเนตร และ เกรียงไกร ประเสริฐ. (2564). ลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมองในผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อยที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม. *เชียงใหม่เวชสาร*, 2564(4), 59-70. ฉบับผัดดัด ทำตัวแดงไว้
- ณชนก เอียดสุข, วริษา กันบัวลา, และ สมจิตต์ จันทร์กุล. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(4), 49- 62.
- ณชนก เอียดสุข, วริษา กันบัวลา และ ชุติมา ฉันทมิตรโอบีภาสุ. (2565). ผลของรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลต่อกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(2), 3 - 12.
- ณิชารีย์ ใจคำวัง, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู, และอินธิรา ตระกูลฤกษ์. (2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุนานในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*, 2562(1). 1-19.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สุนีย์ เกียรติกังวาฬไกล, และอังคินันท์ อินทรกำแหง. (2562). ปัญหาและภาระการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(2), 80-92.
- นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (บ.ก.). (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury)*. กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอรัสพลัส.

นพนันท์ วงศ์ไชย, รสสุคนธ์ วาริทสกุล, และนพมณี ตันติเวทเรืองเดช. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(2), 252-269.

นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรณ, และชญาภา บุญลือ. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 13-24.

นิถาวรณ สามารถกิจ, และอริยวรรณ วรณสีทอง. (2561). การศึกษาติดตามอาการปวดศีรษะอาการอ่อนล้าความแปรปรวนของการนอนหลับและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 2561, 115-130.

*แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12* (พ.ศ.2560 - 2564). สภานิติบัญญัติแห่งชาติ.

2557. ราชกิจจานุเบกษา. ค้นวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <http://www.senate.go>.

พนิตนาฏ ลัม, อีรนุช ห่านิรติศัย, ดิลก ตันทองทิพย์. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 25(4), 58-73.

พิสมัย สุระกาญจน์, ดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 83-92.

ภรณ์ทิพย์ สุญาสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, อรพรรณ โตสิงห์, และจตุพร ศิริกุล. (2021). การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางคลินิกระหว่างผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(1), 110-128.

ภาสิต ศิริเทศ, ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.

เยาวรัตน์ เอ็มโอฐ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2563). ผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้อาการภายหลังสมองกระทบกระเทือน และการฟื้นหายจากสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 207 – 222.

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2564). รายงานสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บ ปี 2559-2563. กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

ราชวัช ทวีคุณ, ชัยจกณณ์ แพรชาว. (2562). ผลการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บนสมาร์ตโฟนก่อนการจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 272 – 279.

วรรณภา อินตะราชา. (2565). ผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงในเขตสุขภาพที่ 10 กรมอนามัย. *บทความวิจัย*, 10(2), 65-83.

ศิริพันธ์ุ สาสดี. (2566). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 264-267.

สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์. (2564). รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2563). สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2563. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์..

สุภาภรณ์ รูปหล่อ, มยุรี ลีทองอิน. (2563). การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองบาดเจ็บไม่รุนแรง. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 21, 203-215.

Advanced Trauma Life Support for Doctors. Student Course Manual 10th Edition. American College of Surgeons Committee on trauma, Chicago, IL, 2018.

Ali, A., Hasan, S. S., & Baig, F. (2019). Neurological and psychiatric diseases as risk factors for falls in older adults: A case-control study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 31(4), 324-330.

<https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18090215>

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

Brown, A., Danaher, P., & Esterhuizen, P. (2019). Exploring the use of multimedia in caregiver education and training for informal caregivers in home-based settings: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15-16), 2713-2726. <https://doi.org/10.1111/jocn.14842>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Traumatic brain injury & concussion. <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/>

Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T. et al., Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

Kanjana Kinklaykan, Chanokporn Jitpanya. (2019) Relationships among pain, anxiety, social support, and post concussive syndromes. *Chula Med Bull*, 1(5), 439 – 449.

Lichtenberg, P. A., Lachmann, B., & McGilloway, K. (2019). Depression and resilience after traumatic brain injury in late life: A narrative review. *Clinical Gerontologist*, 42(1), 3-11. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1493085>

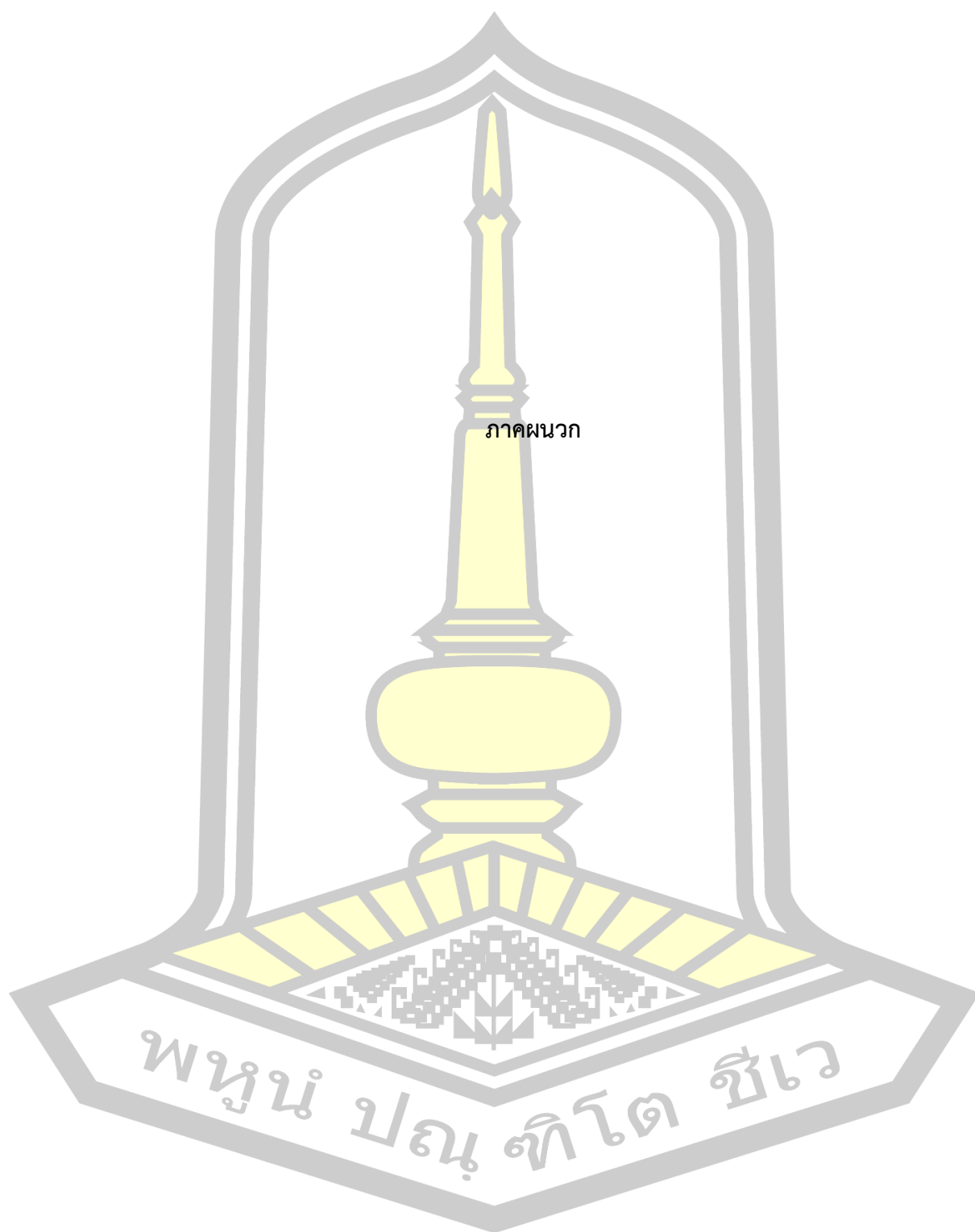
McCulloch, K. L., Osborne, M. B. A., & Ramsey, C. R. (2020). Geriatric Mild Traumatic Brain Injury (mTBI). *Current Geriatrics Reports*, 9(3), 142-153. <https://doi.org/10.1007/s13670-020-00329-3>

Yehene, E., Lichtenstern, G., Harel, Y., Druckman, E., & Sacher, Y. (2019). *Self-efficacy and acceptance of disability following mild traumatic brain injury: A pilot study*. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–10.

doi:10.1080/23279095.2019.1569523 10.1080/23279095.2019.1569523

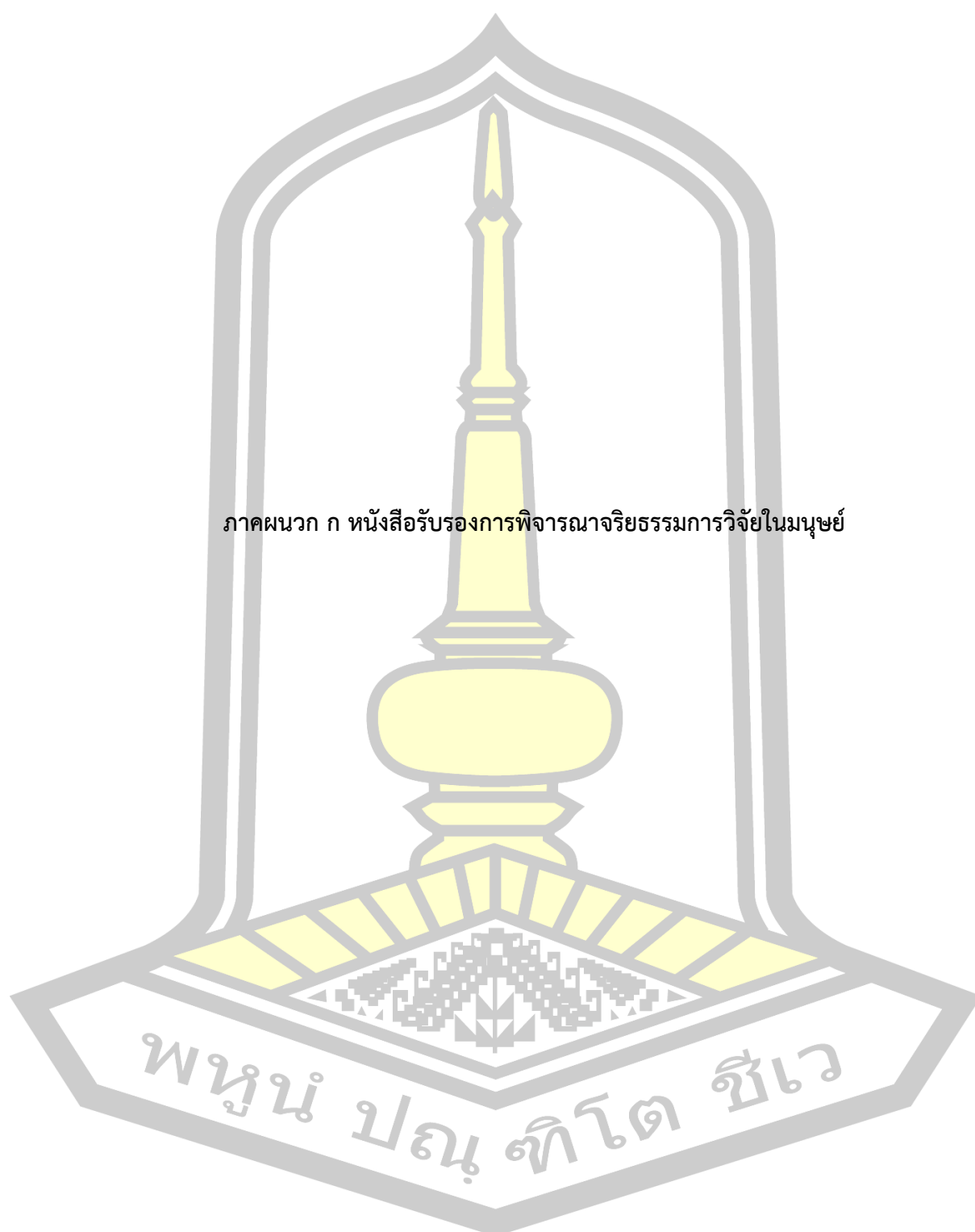
downloaded on 2019-03-04





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว





## คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 273-158/2567

**ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย)** ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย  
**ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ)** Effects of a Self-Efficacy Promotion Program of Caregivers on Self-Efficacy Perception in Caring and Post-Concussion Syndrome of Older Adults with Mild Head Injury.

**ผู้วิจัย :** นางสาวรัตติยา ชูปัญญา

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ :** คณะพยาบาลศาสตร์

**สถานที่ทำการวิจัย :** หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

**ประเภทการพิจารณาแบบ :** แบบเร่งรัด

**วันที่รับรอง :** 25 เมษายน 2567

**วันหมดอายุ :** 24 เมษายน 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

*กตาวี สว่างจิตรา*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตรา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน


มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ภายในระยะเวลา 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 60 วัน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอส่งหน้า)

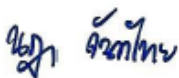
	<b>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์</b> <b>Kalasin Hospital Research Ethics Committee; KLSH REC</b>	KLSH REC AF ๐๙-๓๐/๐๓.๐
	<b>หนังสือรับรอง</b> <b>Certificate of Approval</b>	COA No. ๐๓๖-๒๐๒๙
		KLSH REC No.๐๓๓/๒๐๒๙R

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์  
 โทรศัพท์ ๐-๔๓๘๑-๐๒๑๙๙ ต่อ ๑๑๔๔๗ Email: [recklshospital@gmail.com](mailto:recklshospital@gmail.com)

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

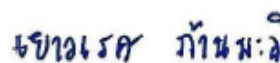
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- โครงการวิจัยเรื่อง** : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย
- เลขที่โครงการวิจัย** : ๐๓๓/๒๐๒๙R
- ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวรัตติยา ชูปัญญา
- สังกัดหน่วยงาน** : ภาควิชาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- วิธีทบทวน** : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
- วันที่ประชุม** : การประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๗ วันพุธ ที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
- รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี
- เอกสารที่ได้รับการรับรอง** : โครงการวิจัย เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร, เอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัย และแบบบันทึกข้อมูล
- วันที่รับรอง** : ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
- วันหมดอายุ** : ๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(แพทย์หญิงจันทไทย)  
ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์




(ดร.พว.เวียรุศ ก้านมะลิ)  
กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

\*\*ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรอง)

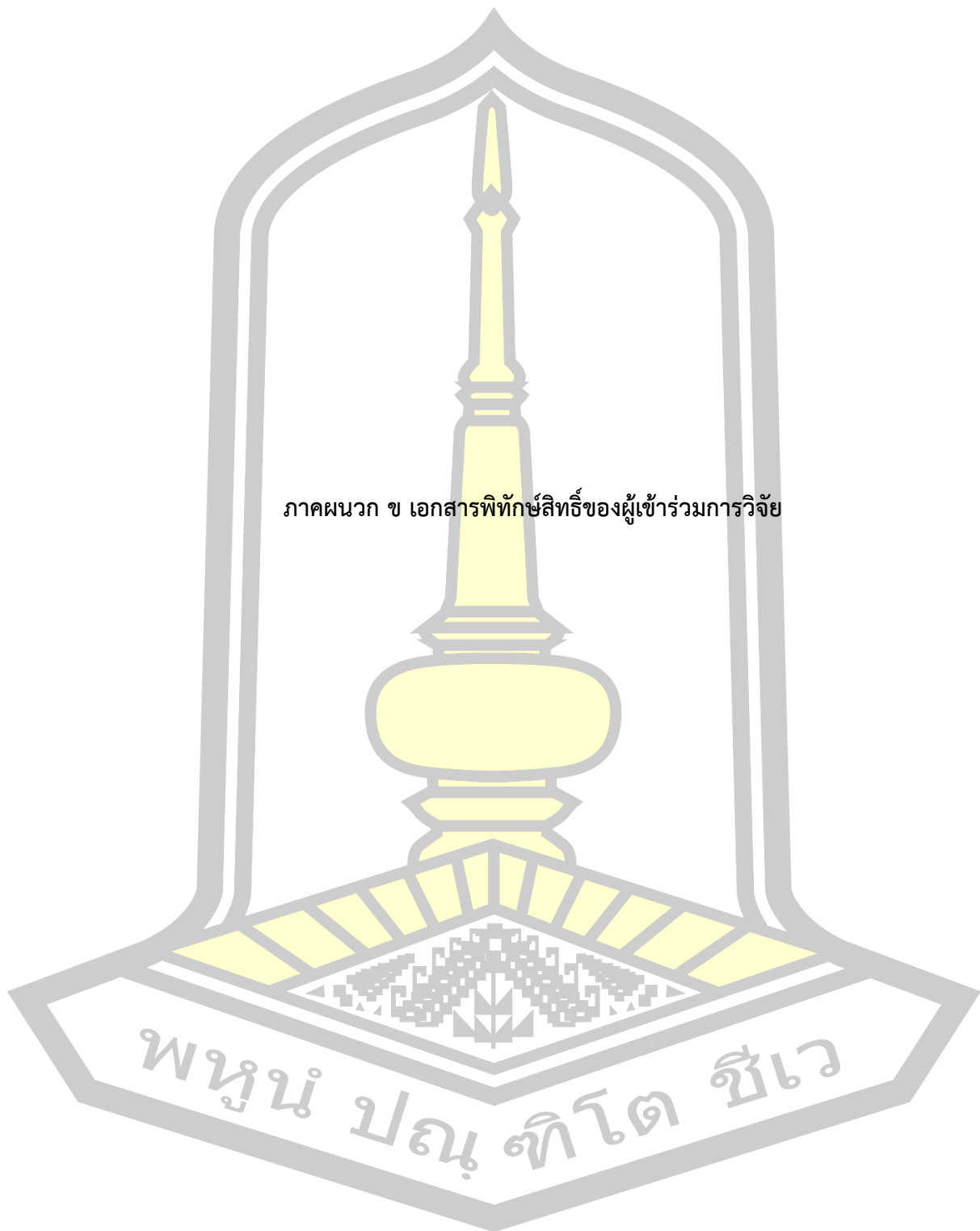
	<b>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์</b> <b>Kalasin Hospital Research Ethics Committee; KLSH REC</b>	KLSH REC AF ๐๙-๑๐/๐๑.๐
	<b>หนังสือรับรอง</b> <b>Certificate of Approval</b>	COA No. ๐๓๖-๒๐๒๔
		KLSH REC No.๐๑๓/๒๐๒๔R

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์  
 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์  
 โทรศัพท์ ๐-๔๓๘๑-๐๒๑๙ ต่อ ๑๙๔๗ Email: [recklshospital@gmail.com](mailto:recklshospital@gmail.com)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

๑. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
๒. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบบินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายการมาที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน (เลขที่โครงการวิจัย : ๐๑๓/๒๐๒๔R)
๓. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ภายใน ๕ วันทำการ
๔. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ตามเวลาที่กำหนด หรือเมื่อได้รับการร้องขอ
๕. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอความเห็นชอบใหม่ก่อนหมดอายุ ๑ เดือน
๖. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

\* รายละเอียดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก



**เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม**  
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

**เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน**

เนื่องด้วยข้าพเจ้านางสาวรัตติยา ชูปัญญา นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Effects of a Self-Efficacy Promotion Program of Caregivers on Self-Efficacy Perception in Caring and Post-Concussion Syndrome of Older Adults with Mild Head Injury)” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะการดูแลและกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อหน่วยงานได้ข้อมูลจากการวิจัยและเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและการประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์”

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย และอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน จำนวน 36 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที จะขอรับแบบสอบถามคืนโดยแจ้งผู้วิจัย ผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวรัตติยา ชูปัญญา สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 0992926466

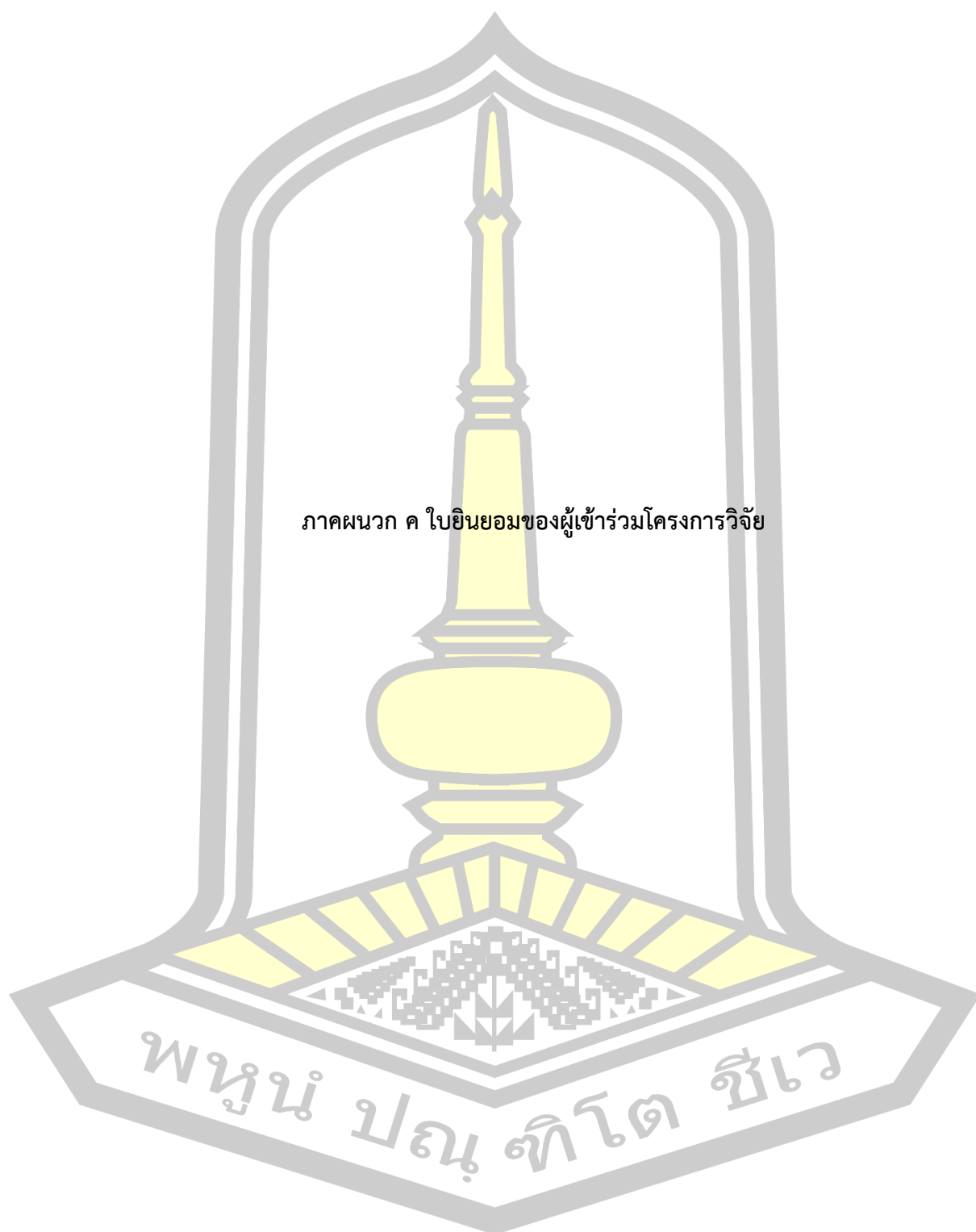
หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....  
(นางสาวรัตติยา ชูปัญญา)

ผู้วิจัย





ภาคผนวก ค ใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

พหุบัณฑิตยาลัย

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร  
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด  
.....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจากนางสาวรัตติยา ชูปัญญาเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่ออาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ดูแลแบบสอนถามโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการกระบวนการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ  
ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(นางสาวรัตติยา ชูปัญญา)

วันที่.....

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ง-1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย



### แบบสอบถามงานวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมายถูก  ลงหน้าคำตอบและกรอกข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับ  
ตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บที่ศีรษะลงในช่องว่างต่อไปนี้

1. เพศ

- 1) ชาย                       2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา.....

4. สถานภาพสมรส

- 1) โสด                       2) สมรส  
 3) หม้าย                       4) หย่าร้าง

5. ระดับการศึกษา

- 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ                       2) ประถมศึกษา  
 3) มัธยมศึกษาตอนต้น                       4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.  
 5) ปวส./ อนุปริญญา                       6)ปริญญาตรี  
 7) สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

- 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ                       2) รับจ้างทั่วไป  
 3) รับราชการ                       4) พนักงานบริษัท  
 5) ประกอบธุรกิจส่วนตัว                       6) นักเรียน นักศึกษา  
 7) อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้.....

8. ประวัติโรคประจำตัว

- 1) ไม่มี                       2) มี ระบุ.....

9. ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ

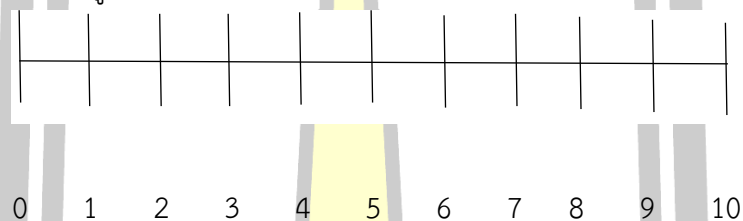
- 1) เคย                       2) ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ  
 ศีรษะระดับเล็กน้อย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวาของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นและเป็นจริง  
 มากที่สุด หลังผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใดในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ ของผู้ป่วยหลัง  
 การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย

1.1 ระดับความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลง

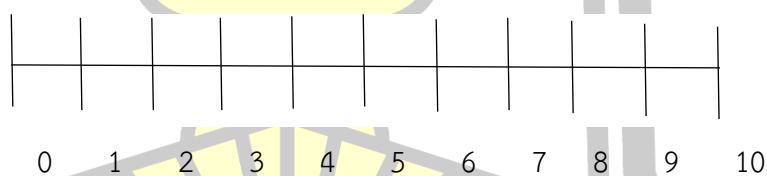


ไม่มั่นใจเลย

มั่นใจ

อย่างยิ่ง

1.2 อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ

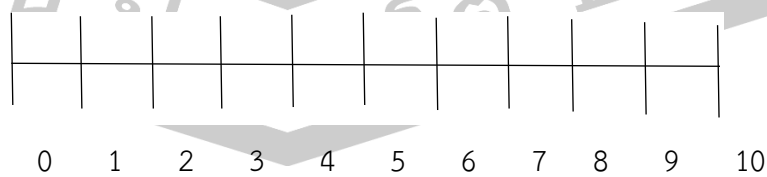


ไม่มั่นใจเลย

มั่นใจ

อย่างยิ่ง

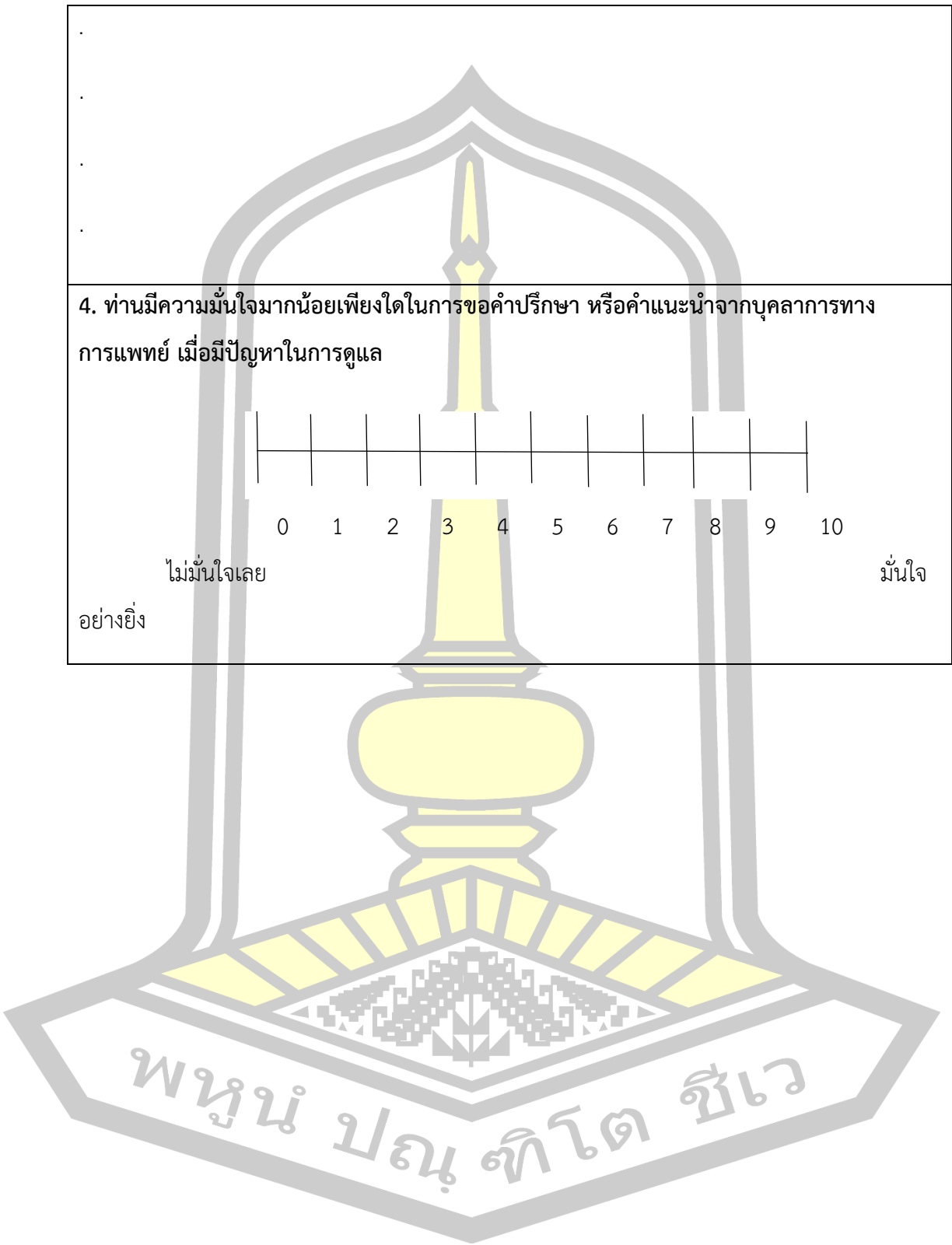
1.3 อาการคลื่นไส้ อาเจียน



ไม่มั่นใจเลย

มั่นใจ

อย่างยิ่ง



4. ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใดในการขอคำปรึกษา หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีปัญหาในการดูแล

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มั่นใจเลย มั่นใจ

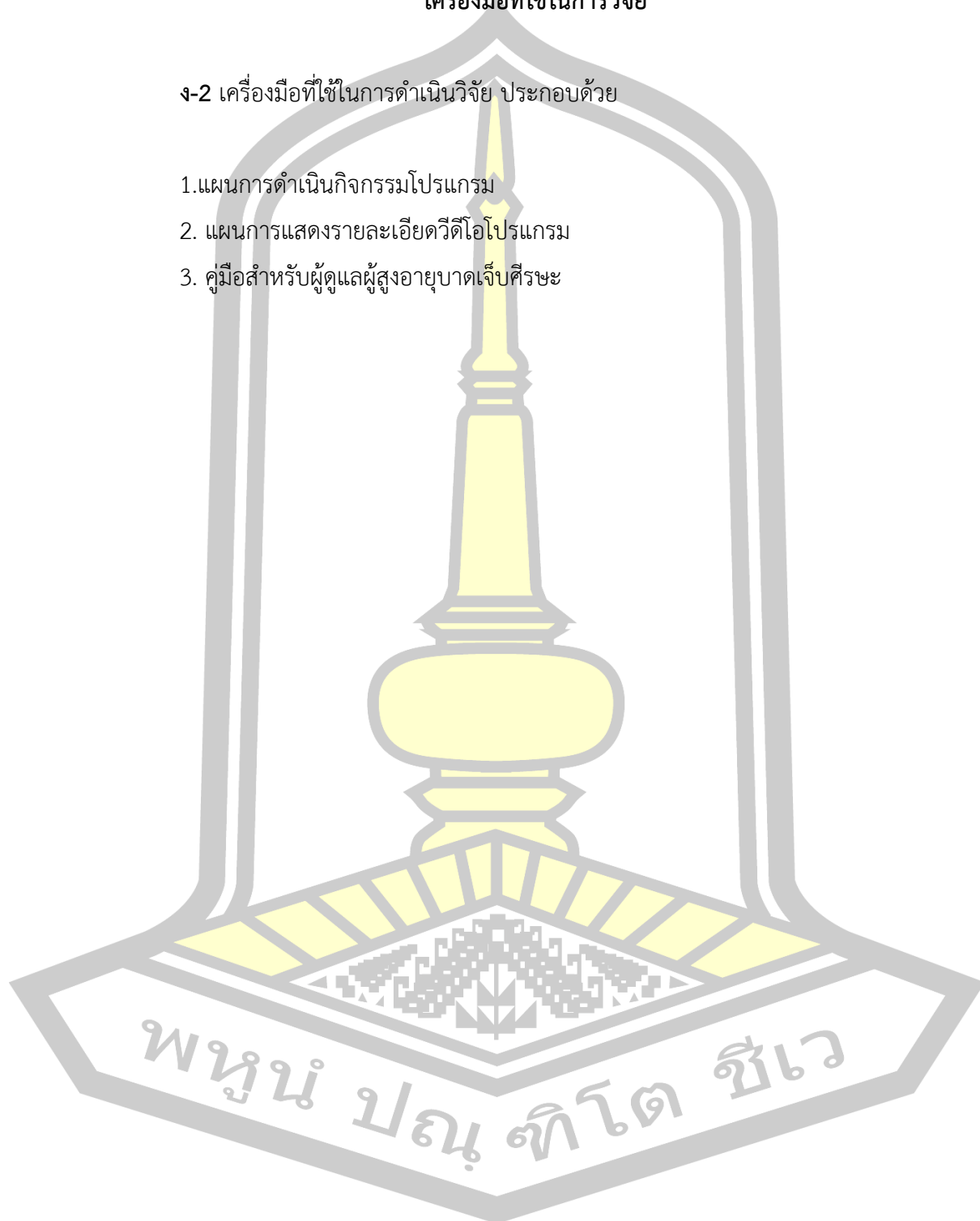
อย่างยิ่ง

พหุ ประถมศึกษา

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ง-2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ประกอบด้วย

- 1.แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรม
2. แผนการแสดงรายละเอียดวิดีโอโปรแกรม
3. คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ



## 1.แผนการดำเนินงานกิจกรรมโปรแกรม

### แผนการดำเนินงานกิจกรรม

เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

1

### คู่มือสำหรับพยาบาล

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

จัดทำโดย

นางสาวรัตติยา ชูปัญญา

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.สุรชาติ ลิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

2

### คำนำ

เอกสารฉบับนี้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาล เพื่อใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย" ในคู่มือประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) กิจกรรมการให้ความรู้และลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ได้แก่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย พร้อมเชิญเข้าร่วม Line official มีการ จัดสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที 2) กิจกรรมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นและลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ได้แก่ เปิดวิดีโอที่นำเสนอหาประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บศีรษะ การประเมินกลุ่มอาการหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน และอาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งให้ทีมบุคลากรรับทราบ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 3) กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ได้แก่ การฝึกทักษะการประเมินอาการ การให้คำแนะนำการประเมินอาการเพื่อเพิ่มความมั่นใจ และให้ผู้ดูแลอธิบายการดูแลและการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 4) กิจกรรมการโน้มน้าวทางวาจาและการกระตุ้นทางอารมณ์ ได้แก่ การติดตามกระตุ้นเตือนผู้ดูแล ครั้งที่ 1 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 48 ชั่วโมงแรก โดยกระตุ้นเตือนผู้ดูแลผ่านช่องทาง Line official มีการสอบถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบ การจัดการปัญหาดังกล่าวและการมาตรวจตามนัดโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ครั้งที่ 2 หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะ 2 สัปดาห์ โดยการติดตามผ่านช่องทาง Line official ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและแจ้งสิ้นสุดการวิจัยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ในกิจกรรมที่ 1, 2 และ 3 จะจัดขึ้นขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 105 นาที และกิจกรรมที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

เอกสารฉบับนี้สำเร็จลงได้จากการให้คำแนะนำเป็นอย่างดีจากแพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ นายแพทย์ศุภชัย ศรีจันทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี ลิทธิปกรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กัญจนนิชา เรืองชัยวิสุตขานังรัตน ยวงคาม่า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางวารุณี เข็มลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้จัดทำจึงขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านในขั้นนี้

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารนี้จะมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย หากมีข้อเสนอแนะอันใดผู้จัดทำยินดีที่จะรับไปปรับปรุง เพื่อให้คู่มือนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

รัตติยา ชูปัญญา

**อาจารย์ที่ปรึกษา** อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริโยธา

**สารบัญ**

**หน้า**

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมการให้ความรู้และลดการกระตุ้นทางอารมณ์

- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวแจ้งวัตถุประสงค์ การฝึกหายใจเข้าออก 10 ครั้ง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย พร้อมเชิญเข้าร่วม Line official มีการ จัดสถานที่ให้อภัยอำนวยความสะดวกการเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2 : กิจกรรมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นและลดการกระตุ้นทางอารมณ์

- การฝึกหายใจเข้าออก 10 ครั้ง เปิดวิทัศน์เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บศีรษะ การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน และอาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งให้ทีมบุคลากรรับทราบ

กิจกรรมที่ 3 : กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและลดการกระตุ้นทางอารมณ์

- การฝึกหายใจเข้าออก 10 ครั้ง การฝึกทักษะการประเมินอาการ การให้คำแนะนำการประเมินอาการเพื่อเพิ่มความมั่นใจ และให้ผู้ดูแลอธิบายการดูแลและการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน

กิจกรรมที่ 4 : กิจกรรมการโน้มน้าวทางวาจาและการกระตุ้นทางอารมณ์

- การติดตามกระตุ้นเตือนผู้ดูแลหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผ่านช่องทาง Line official มีการสอบถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน อาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบ การจัดการปัญหาดังกล่าวและการมาตรวจตามนัด

#### **คู่มือในการดำเนินการโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย**

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับขั้นตอนเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของ Bandura ซึ่งประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้และลดการกระตุ้นทางอารมณ์ 2) กิจกรรมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นและลดการกระตุ้นทางอารมณ์ 3) กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและลดการกระตุ้นทางอารมณ์ และ 4) กิจกรรมการโน้มน้าวทางวาจาและการกระตุ้นทางอารมณ์

โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1) กิจกรรมการให้ความรู้และลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย พร้อมเชิญเข้าร่วม Line official จัดสถานที่ให้อภัยอำนวยความสะดวกการเรียนรู้ และการฝึกหายใจเข้าออก 10 ครั้ง
- 2) กิจกรรมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นและลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ได้แก่ การฝึกหายใจเข้าออก 10 ครั้ง วิทัศน์เนื้อหาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บศีรษะ การสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน และอาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งให้ทีมบุคลากรรับทราบ
- 3) กิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ได้แก่ การฝึกหายใจเข้าออก 10 ครั้ง การฝึกทักษะการประเมินอาการ การให้คำแนะนำการประเมินอาการเพื่อเพิ่มความมั่นใจ และให้ผู้ดูแลอธิบายการดูแลและการประเมินกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน
- 4) กิจกรรมการโน้มน้าวทางวาจาและการกระตุ้นทางอารมณ์ การติดตามกระตุ้นเตือนผู้ดูแลหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผ่านช่องทาง Line official สอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับกระทบกระเทือน อาการผิดปกติ อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบ การจัดการปัญหาดังกล่าวและการมาตรวจตามนัด

แผนการดำเนินงานกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมให้ความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและลดการกระตุ้นทางอารมณ์ (วันแรกที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา)

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ดูแล	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ และแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม	สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวรัตติยา ชูปัญญา เป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ วันนี้ก่อนจะให้การบรรยาย เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ขออนุญาตจัดสถานที่ให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และเชิญเข้าร่วม Line official และฝึกหายใจเข้าออก 10 ครั้ง  วันนี้คุณ.....จะได้รับความรู้เรื่อง ภาวะบาดเจ็บศีรษะในผู้สูงอายุ	- แนะนำตนเอง กล่าวทักทาย       - แจ้ง วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม	- รับฟัง       - รับฟัง วัตถุประสงค์ การทำ กิจกรรม	ผู้วิจัย	7 นาที	- ผู้ดูแลพร้อมสำหรับการเรียนรู้ และเข้าร่วม Line official       - ผู้ดูแลรับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรม

วัตถุประสงค์เฉพาะ	เนื้อหา	กิจกรรมพยาบาล	กิจกรรมผู้ดูแล	สื่อ	ระยะเวลา	การวัดและประเมินผล
2.ผู้ดูแลบอกความหมายของการบาดเจ็บศีรษะได้	<b>ความรู้เรื่องการบาดเจ็บศีรษะ</b> การบาดเจ็บจากแรงที่กระทำต่อสมอง กะโหลก หนังศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของหนังศีรษะ กะโหลก สมอง และเส้นประสาทสมอง โดยผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะจะมีอาการ สับสน สูญเสียระดับความรู้สึกตัวชั่วคราวทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุทั้งจากการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน ..... . . . . .....	- อธิบายให้ความรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย	- รับฟังการบรรยายและซักถามข้อสงสัย	- คู่มือสำหรับผู้ดูแล “การดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ”	5 นาที	- ผู้ดูแลบอกความหมายของบาดเจ็บศีรษะได้ถูกต้อง

## 2. แผนการแสดงรายละเอียดวิดีโอโปรแกรม

ลำดับ	ภาพ	เสียง
1	<p><b>ปกวีดิทัศน์</b>            ระบุชื่อ “ภาวะบาดเจ็บศีรษะในผู้สูงอายุ”</p> <p>จัดทำโดย            นางสาวรัตติยา ชูปัญญา            นิสิตมหาบัณฑิต            สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ            คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย            มหาสารคาม            อาจารย์ที่ปรึกษา            อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์            อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก            ผศ.ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา            อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม</p>	ใส่เสียงเพลงก่อนเปิดต้นคลิป
2	<p><b>บทเกริ่นนำ</b>            รูปภาพผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ            - ข้อความระบุ “ภาวะบาดเจ็บศีรษะในผู้สูงอายุ”</p>	<p>ใส่เสียงเพลงคลอเบาๆระหว่างพูด โดยบทพูดคือ “ผู้สูงอายุ เมื่อได้รับบาดเจ็บที่บริเวณศีรษะ จะทำให้มีอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรง มากกว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ร้อยอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความชรา ที่ทำให้ลักษณะของอาการและอาการแสดงไม่จำเพาะต่อโรคเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะ มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเลือดออกในสมอง”</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## 3. คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ

# คู่มือสำหรับผู้ดูแล “ผู้สูงอายุบาดเจ็บศีรษะ”



จัดทำโดย

นางสาวรัตติยา ชูปัญญา

นิสิตมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.สุระชาติ สิทธิประณี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผศ.ดร. อภิญา วงศ์พิริยโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

## คำนำ

คู่มือเล่มนี้เป็นเอกสารประกอบการสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ที่เข้าร่วมการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัย มีความรู้เรื่องการบาดเจ็บศีรษะ ความหมาย ระดับความรุนแรง การวินิจฉัยการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ระดับความเสี่ยงของการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย และกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ ผู้จัดทำแบ่งเนื้อหาแต่ละเรื่องออกเป็น 5 บท โดยใช้ภาษาที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทำความเข้าใจง่าย แต่ละบทจะมีแบบฝึกทักษะท้ายบทเพื่อทดสอบความรู้ในเรื่องที่อ่าน

เอกสารฉบับนี้สำเร็จลงได้จากการให้คำแนะนำเป็นอย่างดีจาก แพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องการบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ นายแพทย์ศุภชัย ศีร์จันทะ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มยุรี สี่ทองอิน, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กัญจน์ณิชา เรืองชัยวิสุข, นางรัตนา ยวงคำมา และนางวารุณี เข้มลา ผู้จัดทำจึงขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญไว้ในที่นี้ ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยเป็นอย่างมาก หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอน้อมไปปรับปรุงให้คู่มือมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

อาจารย์ที่ปรึกษา

ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา

รัตติยา ชูปัญญา

ผู้จัดทำ

ศูนย์ ปณฺ ทิโต ขบ

## สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 การบาดเจ็บศีรษะ	1
บทที่ 2 การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	6
บทที่ 3 การดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย	13
บทที่ 4 กลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ	24
บทที่ 5 ภาวะบาดเจ็บศีรษะในผู้สูงอายุจากสื่อวิดีโอทัศน์	31
บทที่ 6 การประเมินกลุ่มอาการภายหลังศีรษะได้รับบาดเจ็บ	35
บทที่ 7 กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด	40
บทสรุป	41
บรรณานุกรม	42

มณู ที เก

# บทที่ 1

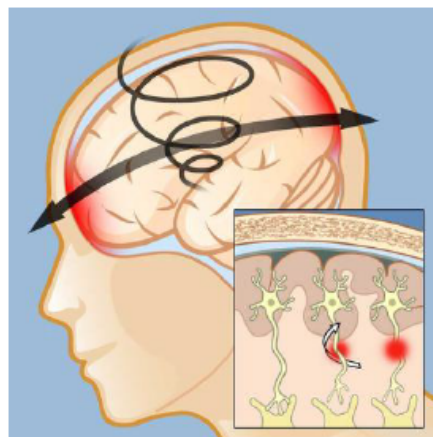
1

## การบาดเจ็บศีรษะ

ในบทที่ 1 นี้จะกล่าวถึงความหมาย การวินิจฉัยบาดเจ็บศีรษะ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ดังนี้

### การบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บจากแรงที่เข้ามากระทำต่อศีรษะ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กระโหลกศีรษะ สมองและเส้นประสาทสมอง ซึ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับตำแหน่งและแรงที่เข้ามากกระทบ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพในสมอง



❖ การบาดเจ็บศีรษะ

## การวินิจฉัยบาดเจ็บศีรษะ

เกณฑ์ในการวินิจฉัยการบาดเจ็บศีรษะ แบ่งเป็น 3 วิธี  
ดังนี้

1. แบ่งจากคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัว เป็นการประเมินที่มีความสะดวกและง่าย มีความน่าเชื่อถือ โดยใช้การประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การลืมตา ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด และด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด ดังนี้

.

.....  
.....  
.....

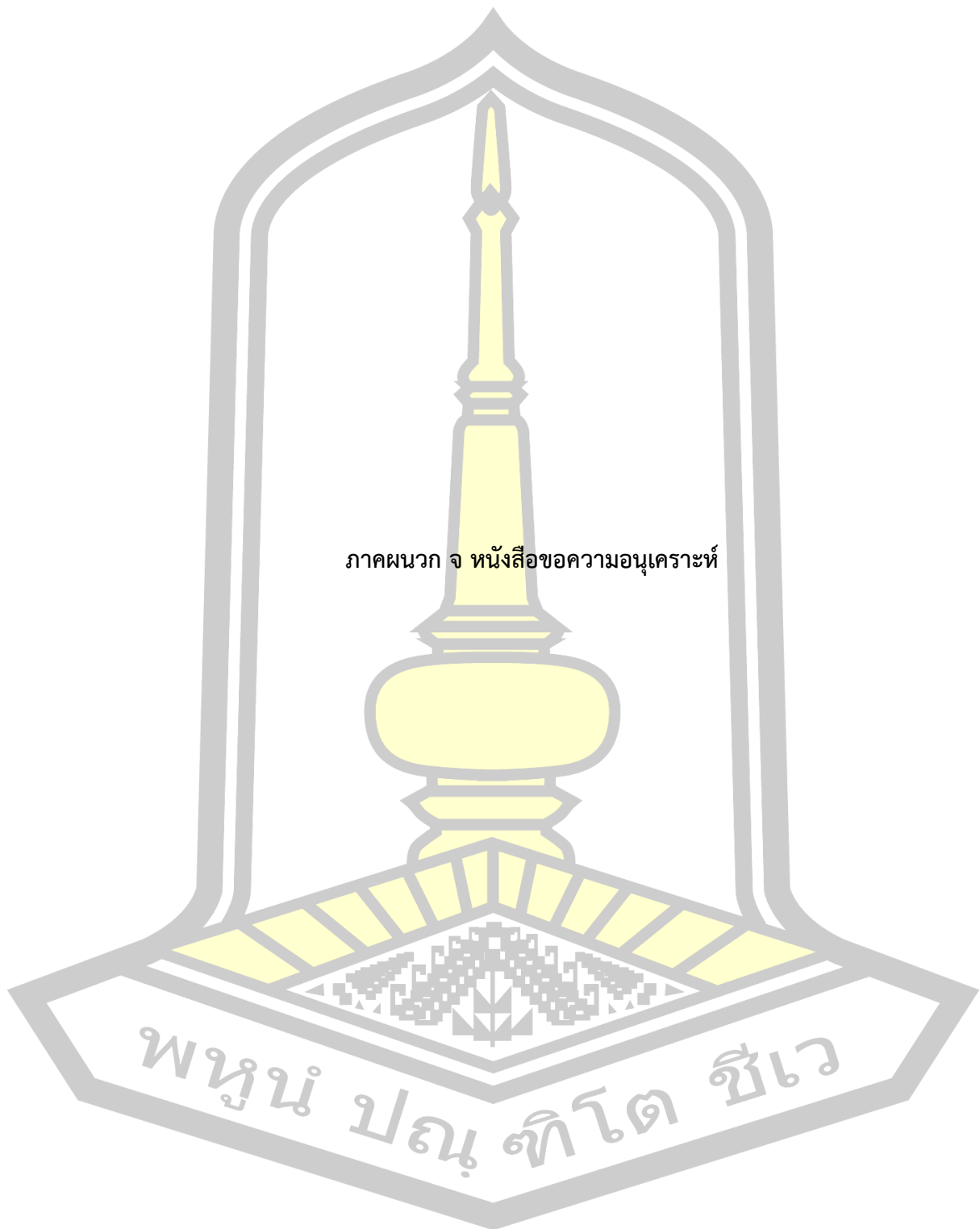
.

.

.



❖ การบาดเจ็บศีรษะ





หนังสือรับหน่วยงานภายนอก	
คณะพยาบาลศาสตร์	
รับที่ 472	วันที่ 25 พ.ค. 2566
เวลา 13:03 น.	

ที่ อว ๖๗.๓๔/ศ. ๕๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๗๖๗  
ลงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีผู้วิจัยหลัก คือ นางสาวรัตติยา ชูปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัย จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของ คุณพนิตนาฎ ลัม นัน

๑. "แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย"

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว ทั้งนี้ โปรดติดต่อโดยตรงกับ คุณพนิตนาฎ ลัม E-mail: nikkielin๘๖@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

๑๕๕๖ อว๖๗.๓๔/ศ.๕๑๑  
๑. นิตยา ปรานนท์ อว. ๖๖๕๑.๑๖๖/๗๖๗ ๒๖ พ.ค. ๖๖  
๒. นิตยา ปรานนท์ อว. ๖๖๕๑.๑๖๖/๗๖๗ ๒๖ พ.ค. ๖๖  
นิตยา ปรานนท์ อว. ๖๖๕๑.๑๖๖/๗๖๗ ๒๖ พ.ค. ๖๖  
Cul Om.  
26 พ.ค. 66

(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์  
โทร. ๐๖-๕๖๕-๔๔๔๐ ต่อ ๗๓๒๐  
โทรสาร. ๐๖-๕๑๖-๕๓๘๑

นางสาวปณิศา เจริญ  
๑๕/๕/๖๖

ที่ อว 0605.11/1890



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

17 ตุลาคม 2566

เรื่อง ขอลงความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ด้วยนางสาวรัตติยา ชูปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและ  
กลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย” โดยมี อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ เป็น  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นายแพทย์ศุภชัย ศิริจันทร์ บุคลากรในสังกัด  
ของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญ ในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากร  
ในสังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการหาค่าตรงตามความตรงตาม  
เนื้อหาเครื่องมือในการทำวิจัยดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย คู่มือสำหรับนักวิจัย  
คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย สื่อวิดีโอทัศน์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย และ แบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการ  
กระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่ง  
ว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ โทร. 094-2603636

ชื่อนิสิต นางสาว รัตติยา ชูปัญญา โทร. 099-2926466 email:64010481004@mso.ac.th



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2388

ที่ อว 0605.11/ 18 97 วันที่ 18 ตุลาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัญจน์นิษา เรืองชัยวิสุข

ด้วย นางสาวรัตติยา ชูปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย” โดยมี อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาคำตรรกษณ์ความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือในการทำวิจัย รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย คู่มือสำหรับนักวิจัย คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย สื่อวิดีโอทัศน์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย และ แบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรธรณ ก้าวหน้าไกล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ อว 0605.11/๒๑๑



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๑๗ ตุลาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ด้วย นางสาวรัตติยา ชูปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย” โดยมี อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นางรัตติยา ยวงคำมา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญ ในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการหาค่าตรงตามเนื้อหาเครื่องมือในการทำวิจัย รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย คู่มือสำหรับนักวิจัย คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย สื่อวิดีโอทัศน์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย และ แบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จาร์วรรณ ก้าวหน้าไกล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ โทร. 094-2603636

ชื่อนิสิต นางสาว รัตติยา ชูปัญญา โทร. 099-2926466 email:64010481004@msu.ac.th



ที่ อว 0605.11/4892

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

17 ตุลาคม 2566

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ด้วย นางสาวรัตติยา ชูปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและ  
กลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย” โดยมี อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ เป็น  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวรุณี เข็มลา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ  
ชำนาญการ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญ ในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากร  
ในสังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการหาค่าตรงตาม  
เนื้อหาของเครื่องมือในการทำวิจัย รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย คู่มือสำหรับนักวิจัย  
คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย สื่อวิดีโอทัศน์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล  
ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย และ แบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการ  
กระทบกระเทือนของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่าง  
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรวรรณ ก้าวหน้าไกล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ โทร. 094-2603636

ชื่อนิสิต นางสาว รัตติยา ชูปัญญา โทร. 099-2926466 email:64010481004@msu.ac.th

ที่ อว 0605.11/1993



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

17 ตุลาคม 2566

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางสาวรัตติยา ชูปัญญา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย” โดยมี อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี ลีทองอิน บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยการหาค่าตรงความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือในการทำวิจัย รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย คู่มือสำหรับนักวิจัย คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย สื่อวีดิทัศน์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย และ แบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จาร์วรรณ ก้าวหน้าไกล)

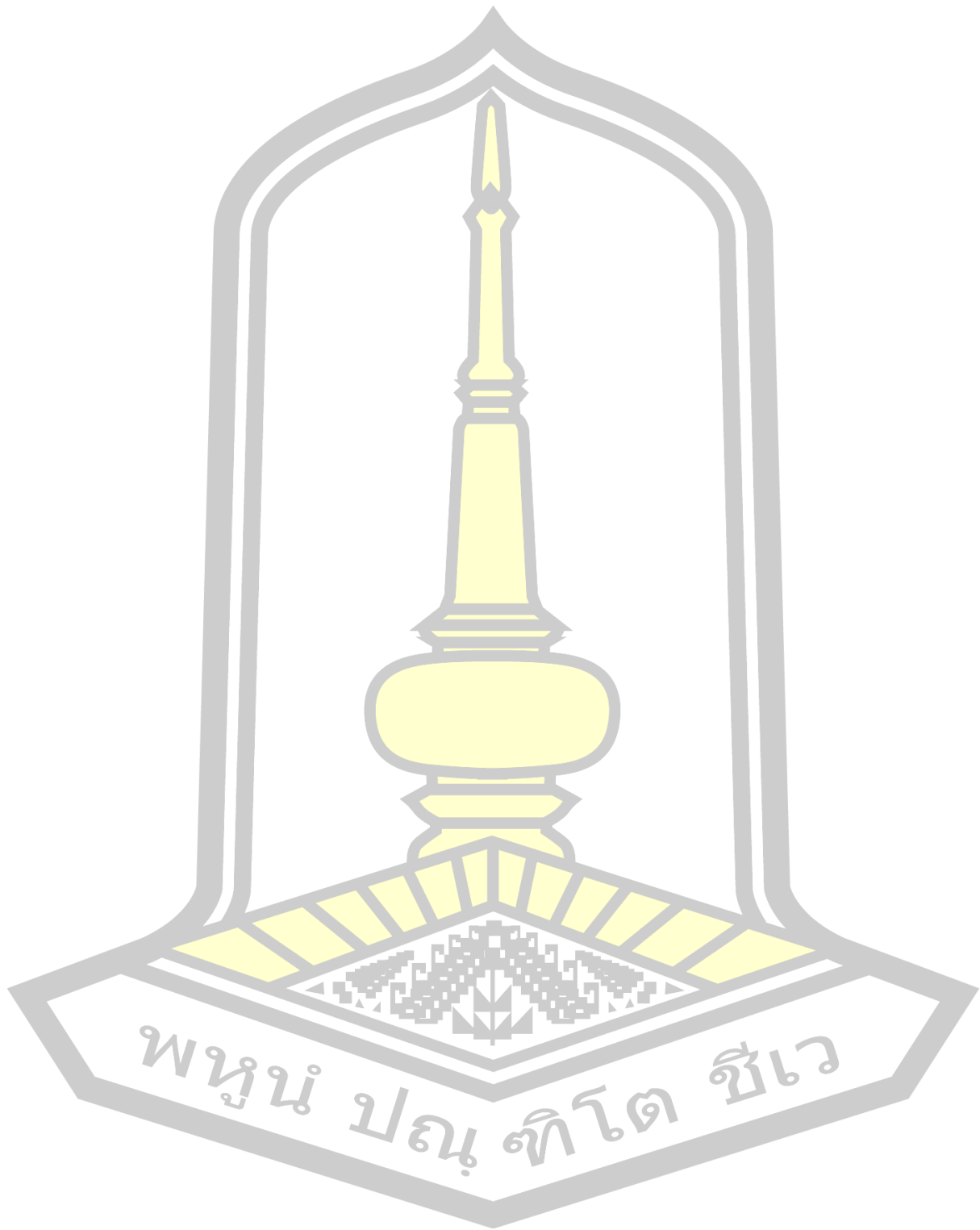
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

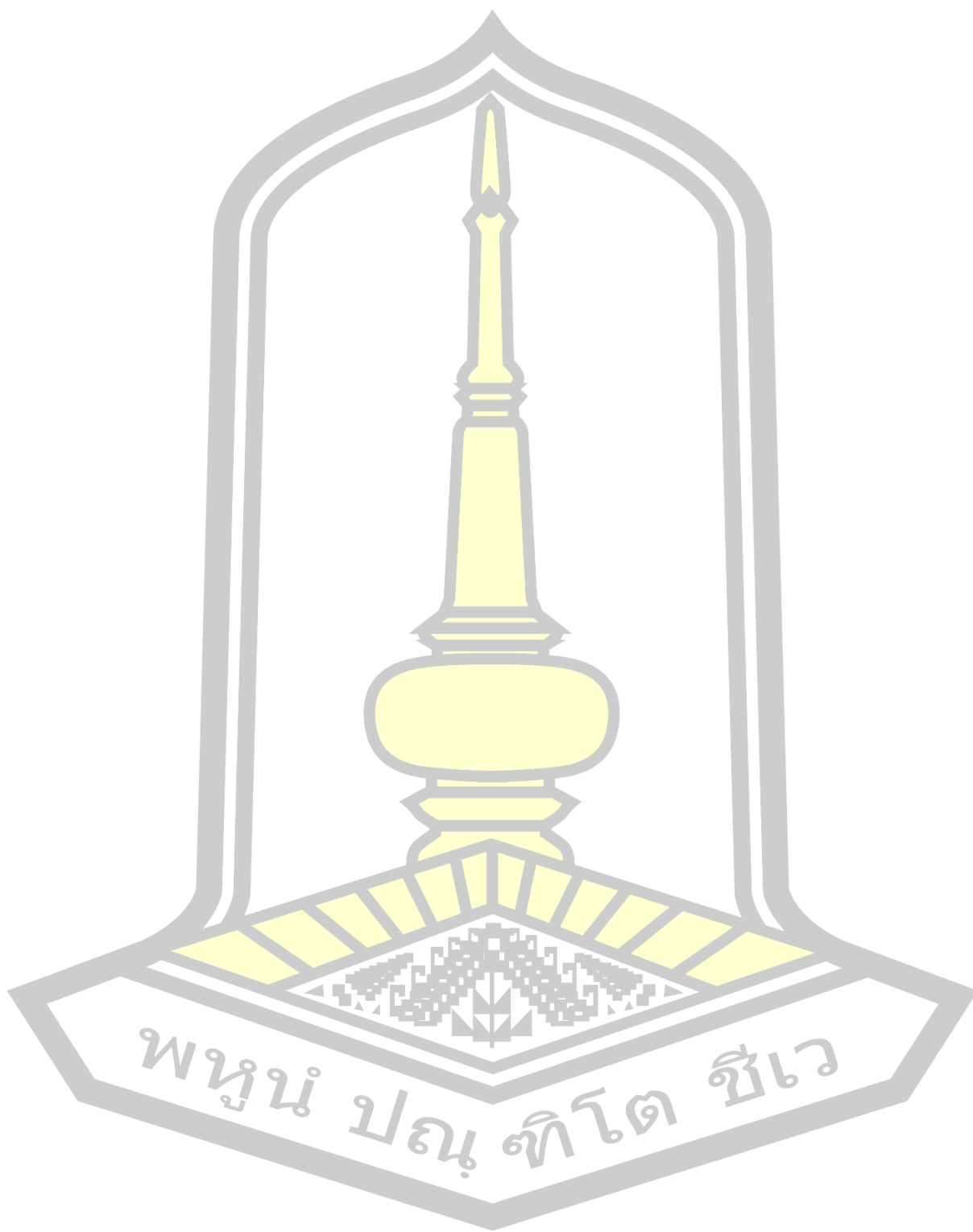
สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ โทร. 094-2603636

ชื่อนิสิต นางสาว รัตติยา ชูปัญญา โทร. 099-2926466 email:64010481004@msu.ac.th

บรรณานุกรม





พหุณฺ์ ปณฺุ ทิตฺ สวี

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวรัตติยา ชูปัญญา
วันเกิด	02 มกราคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัด กาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	138 หมู่บ้าน ดอนอุดม หมู่ที่ 17 ตำบล บัวบาน อำเภอ ยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2549 ประถมศึกษา โรงเรียนบ้านคำแมดพิทยาสรรพ์ พ.ศ. 2551 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ พ.ศ. 2554 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ พ.ศ. 2558 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2568 สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม
ทุนวิจัย	-
ผลงานวิจัย	-

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว