

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในบรรดาการบาดเจ็บทั้งหมดที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี จากการสำรวจอุบัติการณ์ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะของศูนย์ควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1999 พบว่ามีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะประมาณ 5,300,000 ราย โดยมากกว่า 250,000 ราย มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 50,000 ราย เสียชีวิตจากการบาดเจ็บศีรษะ มากกว่าร้อยละ 2 ของผู้บาดเจ็บศีรษะต้องเกิดความพิการตลอดชีวิต และคาดว่าในแต่ละปีจะมีผู้ที่เกิดความพิการอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บศีรษะเพิ่มขึ้นถึงปีละประมาณ 80,000 ราย (The National Center for Injury Prevention and Control, 1999) ส่วนในประเทศไทยจากการสำรวจสถิติจากโรงพยาบาลในโครงการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับจังหวัด พ.ศ. 2541 พบว่าบาดเจ็บศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่พบมากเป็นอันดับ 3 ของการบาดเจ็บทั้งหมด (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543)

การบาดเจ็บศีรษะก่อให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อภายใน ได้แก่ สมอง รวมถึงระบบประสาทที่ควบคุมการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของระบบความจำ ความรู้สึก และปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติต่างๆ ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ แผลกดทับ และข้อยึดติด โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง (Hickey, 2003) ผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดความบกพร่องของระบบประสาทมาก ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือเกิดอัมพาตครึ่งซีก และเกิดการสูญเสียความรู้สึกตัวเป็นเวลานาน (Porth, 2002) การลดความสามารถในการเคลื่อนไหวถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผิวหนังบริเวณนั้นได้รับแรงกดเป็นเวลานาน (Lindgren, Unosson, Fredrikson, & Ek, 2004) แรงกดที่เกิดขึ้นจะทำให้เลือดไหลเวียนมาสู่เนื้อเยื่อของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดลดลง เกิดการพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และสารอาหารที่จำเป็นส่งผลให้เนื้อเยื่อของผิวหนังตายและเกิดแผลกดทับได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Weaver & Marek,

1999) อีกทั้งระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงยังทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายลดลง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้ (Hickey, 2003) ความเป็ยงขึ้นที่เกิดจากปัสสาวะและอุจจาระนี้จะส่งเสริมให้ผิวหนังเกิดความอ่อนแอและทำให้เกิดแผลได้ง่าย (จิตตากรณ์ จิตริเชื้อ และ มาลินี วัฒนากุล, 2547; Braden & Bergstrom, 2000) และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน ยังทำให้กล้ามเนื้อหรือข้อต่อต่างๆ ไม่ได้ออกกำลังกาย เกิดการหดรั้งและการเคลื่อนไหวของข้อโดยรอบไม่เต็มที่ ในที่สุดจึงเกิดข้อยึดติดตามมา (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544; ภาริส วงศ์แพทย์, 2543; Buschbacher & Porter, 2000; Halar & Bell, 1990)

จากการศึกษาของ รัมภ์รดา อินทร (2539) ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง มีระดับคะแนนของกลาสโกว์ โคม่า สเกล (Glasgow coma scale [GCS]) 6 ถึง 10 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่าเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 40.00 และข้อยึดติด ร้อยละ 12.00 และจากการสำรวจข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง มีระดับคะแนนของกลาสโกว์ โคม่า สเกล (GCS) 3 ถึง 12 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแพร์ ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2547 จำนวน 16 ราย พบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ จำนวน 8 ราย และข้อยึดติด จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.62 และ 13.5 ตามลำดับ ซึ่งถือเป็นอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สูง และแม้ว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงเช่นกัน ดังการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ (2537) ที่ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน โดยร้อยละ 63.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง จากการศึกษานพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านส่วนใหญ่แล้วจะเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 68.4 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ กล่าวคือ ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดแผลกดทับ ในกรณีที่เกิดแผลกดทับใหญ่และหายช้าจะเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและอาจลุกลามถึงกระดูก ทำให้เพิ่มความพิการและอัตราการเสียชีวิต (จิตตากรณ์ จิตริเชื้อ และ มาลินี วัฒนากุล, 2547; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การเกิดข้อยึดติดจะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ตามปกติ และเกิดความพิการขึ้นอย่างถาวรได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง หมดความภาคภูมิใจ และความมีคุณค่าในตนเองลดลง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544; Culley, 1998) ด้านเศรษฐกิจ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 48,746.70 บาทต่อราย (นลินทิพย์ ด่านานทอง และ วีระชัย โควสุวรรณ, 2540) และทำให้เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่าปกติถึง 2 เท่า (Lindgren et al., 2004) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และวิถีการดำเนิน

ชีวิต โดยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่แล้วจะเกิดความวิตกกังวล รongลงมา ได้แก่ การไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย มีความเบื่อหน่าย เกิดความเจ็บป่วย ท้อแท้หมดกำลังใจ และนอนหลับไม่สนิท ตามลำดับ (ชนิตา มณีวรรณ, 2537)

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ไม่สามารถให้การดูแลตนเองได้จึงมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดเป็นอย่างมาก โดยต้องการความช่วยเหลือในการดูแลพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าทางทุก 2 ชั่วโมง การจัดหาอุปกรณ์เพื่อช่วยลดแรงกดตามปุ่มกระดูกต่างๆ การทำความสะอาดผิวหนังโดยเฉพาะหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ การได้รับอาหารอย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย การเคลื่อนย้ายร่างกายอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และต้องการการดูแลบริบาลข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย รวมถึงการจัดทำนอนที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดข้อยึดติด การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่น บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้และต้องอยู่ภายใต้การพึ่งพาผู้อื่น ตามแนวคิดในทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1995) หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องในกระบวนการคิด การประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจ ตลอดจนบกพร่องในความสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง โอเร็มมองว่าบุคคลเหล่านี้เป็นผู้รับบริการของพยาบาลที่ต้องให้ความช่วยเหลือให้เหมาะสมกับระดับความพร่องในการดูแลตนเอง นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองที่เรียกว่า การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (dependent care [DC]) ดังนั้นจึงถือได้ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นบุคคลที่อยู่ภาวะพึ่งพาตามแนวคิดของโอเร็มดังกล่าวแล้ว

การดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา นอกจากจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ทางวิชาชีพโดยตรงแล้ว ยังถือเป็นหน้าที่ของบุคคลที่รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว (Orem, 1995) จากแนวคิดดังกล่าวนี้ เทเลอร์, เรนเพนนิ่ง, เกเดน, นิวแมน, และ ฮาร์ท (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 2001) ได้นำมาขยายและพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (Theory of dependent care) โดยเชื่อว่าการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น เป็นการกระทำของบุคคลที่มีวุฒิภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) โดยผ่านการหาความรู้และข้อมูล การสะท้อนคิด พินิจพิจารณาจากนั้นนำไปสู่การตัดสินใจและการกระทำ การดูแลเป็นสถานการณ์ของการช่วยเหลือบุคคลที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและใช้ระบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่

ในภาวะพึ่งพานั้นต้องอาศัยการเรียนรู้และเทคโนโลยี โดยการเรียนรู้จะช่วยพัฒนาความสามารถบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาให้ดีขึ้น ส่วนเทคโนโลยีเป็นการประยุกต์ความรู้โดยยึดหลักทางวิทยาศาสตร์นำลงสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุถึงผลสำเร็จแก่บุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาตามที่เสนอโดย เทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2001) ประกอบด้วย 1) ประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (therapeutic self care demand) 2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (self care agency) 3) ประเมินความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (dependent care agency) 4) ลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา 5) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และ 6) พัฒนาความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยถือเป็นการนำแหล่งประโยชน์จากครอบครัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540) ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและเป็นแหล่งประโยชน์ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ ครอบครัวจะเป็นหน่วยที่ให้การดูแล (Orem, 1995) การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ครอบครัวได้ร่วมรับรู้ข้อมูลและแผนการรักษา ได้เรียนรู้และรับทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ ตลอดจนได้ฝึกทดลองหรือลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ครอบครัวเกิดการพัฒนาความสามารถ มีความมั่นใจ และมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ที่ผ่านมาได้มีรายงานการศึกษาที่ทดสอบความเป็นไปได้ของการนำทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาไปใช้กับสถานการณ์จริง กล่าวคือได้มีการทดสอบทฤษฎีนี้กับการส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการดูแลเด็กวัยหัดเดินซึ่งถือเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยทำการศึกษา 28 เมือง ในมลรัฐมิชิแกนของประเทศสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กวัยหัดเดินได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมตามความต้องการของร่างกายและมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ซึ่งกิจกรรมการดูแลจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกเป็นการให้ความรู้ในเรื่องพัฒนาการและหลักโภชนาการที่ถูกต้องในเด็กวัยหัดเดินแก่บิดา มารดา

รวมถึงส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดากับเด็กในขณะป้อนอาหาร ซึ่งจะช่วยให้เด็กเกิดความอบอุ่น กุ้้นเคย และให้การยอมรับบิดา มารดา และสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการด้านอารมณ์ในทางที่ดีเมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต จากนั้นพยาบาลเปิดโอกาสให้บิดา มารดา ทำการดูแลเด็กวัยหัดเดินโดยส่งเสริมให้ดูแลตามขั้นตอนดังนี้ 1) ให้บิดา มารดาได้เรียนรู้ถึงความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กวัยหัดเดิน และทำการประเมินถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในด้านอาหารสำหรับเด็กวัยหัดเดิน 2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยหัดเดินในการจัดหาอาหารสำหรับเด็กวัยหัดเดิน 3) ประเมินความสามารถของบิดา มารดาในการจัดหาอาหารสำหรับเด็กวัยหัดเดินอย่างเพียงพอและเหมาะสม 4) การลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กวัยหัดเดิน 5) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยหัดเดิน 6) พัฒนาความสามารถของบิดา มารดาในการดูแลเด็กวัยหัดเดินในการจัดหาอาหารสำหรับเด็กวัยหัดเดินอย่างเพียงพอและเหมาะสม และระยะที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน ระยะเวลาพยาบาลทำการเสริมแรงให้แก่ผู้ปกครอง การเสริมแรงจะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ปกครอง และสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กวัยหัดเดินได้อย่างครบถ้วน (Arndt & Horodyski, 2004) ซึ่งแนวทางและกระบวนการดังกล่าวจะสามารถประยุกต์ได้กับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นด้วย

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในประเทศไทยโดย การเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลพบว่า รัมภ์รดา อินทร (2539) ศึกษาการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 1995) เป็นแนวทางในการศึกษา และทำการพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยวิธีการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถโดยพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริม แต่สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโสพรรณ โพทะยะ (2544) ทำการพัฒนาแบบการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยอาศัยงานวิจัยเชิงปฏิบัติการและใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1995) เป็นแนวทางในการศึกษา ทำการพัฒนาความสามารถและการเรียนรู้ของครอบครัวจนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และอำนวยความสะดวกในระยะปรับผ่านหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จนถึง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มระดับการฟื้นฟูสภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้ มีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับในขณะที่อยู่

โรงพยาบาลจำนวน 1 ราย ใน 20 ราย และเกิดข้อผิดพลาดในขณะที่อยู่โรงพยาบาลจำนวน 1 ราย ใน 20 ราย

จากรายงานการศึกษาดังกล่าวสามารถยืนยันได้ระดับหนึ่งว่าการพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพานั้น สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ แต่การศึกษาดังกล่าวข้างต้นเป็นการวัดผลในระยะสั้นจึงอาจมีข้อสงสัยในแง่ของการยืนยันถึงความยั่งยืนของความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 6 ขั้นตอนตามทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาของ เทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2001) และทำการศึกษาต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อพิสูจน์ถึงความสามารถของครอบครัวในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาอย่างยั่งยืน ความรู้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและยังเป็นการส่งเสริมการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลได้อีกประการหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
2. ศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลจะเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลจะเกิดข้อผิดพลาดน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ การทดลอง (two group post-test only design) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัว ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 30 ราย และครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 30 ราย ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ.2548 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์

การส่งเสริมการดูแลของครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากกระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ของเทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2001) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมิน ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (therapeutic self care demand) 2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (self care agency) 3) ประเมินความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (dependent care agency) 4) ลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพา 5) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และ 6) พัฒนา ความสามารถของบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

การเกิดแผลกดทับ หมายถึง การเกิดการทำลายของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่เกิด จากการได้รับแรงกด แรงเสียดทาน หรือ แรงเฉือน เป็นเวลานาน จนทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง โดยมี การเปลี่ยนแปลงในลักษณะเกิดรอยแดง ถลอก บวม เป็นตุ่มหนอง หรือเกิดเนื้อตายเป็น บริเวณเฉพาะที่ ซึ่งอาจเป็นแผลลึกถึงกล้ามเนื้อและ/หรือกระดูก ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบประเมิน ตามเกณฑ์ประเมินลักษณะผิวหนังของ National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP] (1989) ที่ได้รับการแปลโดย มยุรี โรจนอังกูร (2547)

ในการศึกษาครั้งนี้จะนิยามการเกิดแผลกดทับว่า หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของผิวหนัง หรือใต้ผิวหนังถูกทำลายและมีความรุนแรงของการเกิดแผลตั้งแต่แผลกดทับระดับ 2 ถึง 4 และ

การไม่เกิดแผลกดทับ หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของผิวหนังหรือใต้ผิวหนังยังไม่ถูกทำลายและมีความรุนแรงของการเกิดแผลเพียงแค่แผลกดทับระดับ 1 ซึ่งเป็นไปตามคำนิยามของ National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP] (1989)

การเกิดข้อยึดติด หมายถึง การที่ข้อต่อต่างๆ ของร่างกายขาดความยืดหยุ่นทางการเคลื่อนไหวหรือขยับไม่ได้ตามมุมการเคลื่อนไหวปกติของข้อ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการหดรั้งหรือติดยึดของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหรือโครงสร้างรอบข้อต่อ (Buschbacher & Porter, 2000) การเกิดข้อยึดติดประเมินได้จากการวัดมุมการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ของร่างกายโดยใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) ประเมินตามเกณฑ์วัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ของร่างกายของ เคนดอล และแมคกรีเออร์ (Kendall & McCreary as cited in Norkin, 1985) ร่วมกับเมื่อผู้ประเมินใช้แรงขยับข้อต่อเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในขณะที่ผู้ป่วยผ่อนคลาย ผู้ประเมินจะรู้สึกยึดรั้งหรือติดแข็งขณะผู้ประเมินให้แรงกดในช่วงสุดท้ายของการเคลื่อนไหว (Norkin, 1985) ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการวัดมุมการเคลื่อนไหวข้อต่อของนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ไหล่ สะโพก เข่า และเท้า โดยผู้วิจัยจะบันทึกการเกิดข้อยึดติดเมื่อเกิดที่ข้อต่อข้อใดข้อหนึ่งในร่างกายตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไป

ผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะ หมายถึง บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่บริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ หรือสมอง และเกิดความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในระดับปานกลางและรุนแรง โดยมีระดับคะแนนของกลาสโกว์ โคม่า สเกล 3 ถึง 12 ทั้งช่วงขณะและถาวรโดยไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย

ครอบครัวผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะ หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือพี่น้องที่มีความรักใคร่ ผูกพันกับผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะและมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เต็มใจเข้าร่วมการศึกษา และสามารถจัดสรรเวลามาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นประจำ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดูแลที่ผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะและครอบครัวผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะได้รับจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแพร์ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติด ซึ่งส่วนใหญ่มักจะกระทำในวันจำหน่ายผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะออกจากโรงพยาบาล และการส่งเสริมตามความสามารถของครอบครัวของผู้ป่วยขาดเจ็บศีรชะไม่ได้มีรูปแบบและระบบการบริการที่เฉพาะ แต่ขึ้นกับการพิจารณาตามโอกาสที่พยาบาลเห็นสมควรและความถนัดของพยาบาลแต่ละคน