

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาเรื่องผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

### กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 13 ราย ใน 15 ราย เป็นเพศชาย กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จำนวน 9 ราย ใน 15 ราย และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 8 ราย ใน 15 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 15-30 ปี โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 34.00 ปี (S.D. = 19.51, range = 16-72) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 36.40 ปี (S.D. = 16.91, range = 16-65) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 11 ราย ใน 15 ราย มีระดับคะแนนกลาสโกว์ โคม่า สเกล 3-8 โดยกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนกลาสโกว์ โคม่า สเกล เฉลี่ย 7.60 (S.D. = 2.87, range = 3-12) และกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนกลาสโกว์ โคม่า สเกล เฉลี่ย 7.87 (S.D. = 2.64, range = 3-12) ในกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Intracerebral hematoma มากที่สุด จำนวน 4 ราย ใน 15 ราย ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Cerebral contusion มากที่สุด จำนวน 6 ราย ใน 15 ราย กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จำนวน 9 ราย ใน 15 ราย และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 11 ราย ใน 15 ราย ไม่ได้รับการผ่าตัด ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 12 ราย ใน 15 ราย มีคะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน และทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ จำนวน 45-59 วัน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการเยี่ยมในโรงพยาบาลเฉลี่ย 42.33 วัน (S.D. = 14.11, range = 20-67) และกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมในโรงพยาบาลเฉลี่ย 40.67 วัน (S.D. = 11.86, range = 17-62)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในด้านเพศ อายุ ระดับคะแนนกลาสโกว์ โคม่า สเกล การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และคะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ ระดับคะแนนกลาสโกว์ โคม่า สเกล การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด คะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ และจำนวนวันของการเยี่ยม กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง                   | กลุ่มควบคุม (n = 15)                         | กลุ่มทดลอง (n = 15)                          | p-value |
|---------------------------------------|--|--|---------|
|                                       | จำนวน (คน)                                   | จำนวน (คน)                                   |         |
| เพศ                                   |  |  |         |
| ชาย                                   | 13   | 13   | 1.000   |
| หญิง                                  | 2  | 2  |         |
| อายุ (ปี)                             |  |  | .977    |
| 15-30                                 | 9  | 8  |         |
| 31-46                                 | 2  | 2  |         |
| 47-62                                 | 3  | 4  |         |
| 63 ขึ้นไป                             | 1  | 1  |         |
|                                       | $\bar{X}=34.00$ , S.D.=19.51<br>range= 16-72 | $\bar{X}=36.40$ , S.D.=16.91<br>range= 16-65 |         |
| ระดับคะแนนกลาสโกว์ โคม่า สเกล (คะแนน) |  |  | 1.000   |
| 3-8 (ปานกลาง)                         | 11   | 11   |         |
| 9-12 (รุนแรง)                         | 4  | 4  |         |
| การวินิจฉัยโรค                        |  |  | .677    |
| Epidural hematoma                     | 1  | 0  |         |
| Subdural hematoma                     | 2  | 2  |         |
| Subarachnoid hematoma                 | 1  | 0  |         |
| Intracerebral hematoma                | 4  | 4  |         |
| Cerebral contusion                    | 3  | 6  |         |
| Brain swelling                        | 3  | 3  |         |
| Fracture skull                        | 1  | 0  |         |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง               | กลุ่มควบคุม (n = 15)        | กลุ่มทดลอง (n = 15)         | p-value |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|
|                                   | จำนวน (คน)                  | จำนวน (คน)                  |         |
| การผ่าตัด                         |                             |                             | .532    |
| ไม่ทำการผ่าตัด                    | 9                           | 11                          |         |
| Craniotomy                        | 2                           | 2                           |         |
| Craniectomy                       | 2                           | 2                           |         |
| Ventriculo-atrial shunt           | 2                           | 0                           |         |
| คะแนนความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ |                             |                             | 1.000   |
| ≤ 12                              | 12                          | 12                          |         |
| 13-14                             | 1                           | 1                           |         |
| 15-16 (อายุ ≤ 69 ปี) หรือ         | 2                           | 2                           |         |
| 15-18 (อายุ ≥ 70 ปี)              |                             |                             |         |
| จำนวนวันของการเยี่ยมชม            |                             |                             | .878    |
| กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล (วัน)    |                             |                             |         |
| 15-29                             | 4                           | 3                           |         |
| 30-44                             | 4                           | 5                           |         |
| 45-59                             | 5                           | 6                           |         |
| 60-74                             | 2                           | 1                           |         |
|                                   | $\bar{X}=42.33, S.D.=14.11$ | $\bar{X}=40.67, S.D.=11.86$ |         |
|                                   | range= 20-67                | range= 17-62                |         |

### กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วย

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จำนวน 12 ราย ใน 15 ราย และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 11 ราย ใน 15 ราย เป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จำนวน 6 ราย ใน 15 ราย และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 7 ราย ใน 15 ราย มีอายุในช่วง 41-50 ปี โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.87 ปี (S.D. = 8.12, range = 30-58) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.87 ปี (S.D. = 2.89, range = 31-56) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จำนวน 13 ราย ใน 15 ราย และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 11 ราย ใน 15 ราย มีสถานภาพคู่ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จำนวน 13 ราย ใน 15 ราย ในกลุ่มควบคุม และส่วนใหญ่จำนวน 11 ราย ใน 15 ราย ในกลุ่มทดลอง จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ด้านอาชีพพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 8 ราย ใน 15 ราย ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 3000 บาทต่อเดือน (mode = 3000, mean = 4706.67, S.D. = 3439.99, range = 1000-13600) และกลุ่มทดลองมีส่วนใหญ่มีรายได้ 3000 บาทต่อเดือน (mode = 3000, mean = 3600, S.D. = 1183.22, range = 2000-6000) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จำนวน 6 ราย ใน 15 ราย เป็นมารดา และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จำนวน 5 ราย ใน 15 ราย เป็นภรรยา

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 2

## ตาราง 2

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง                 | กลุ่มควบคุม (n = 15) | กลุ่มทดลอง (n = 15) | p-value |
|-------------------------------------|----------------------|---------------------|---------|
|                                     | จำนวน (คน)           | จำนวน (คน)          |         |
| เพศ                                 |                      |                     | 1.000   |
| ชาย                                 | 3                    | 4                   |         |
| หญิง                                | 12                   | 11                  |         |
| อายุ (ปี)                           |                      |                     | .723    |
| 31-40                               | 4                    | 6                   |         |
| 41-50                               | 9                    | 7                   |         |
| 51-60                               | 2                    | 2                   |         |
| สถานภาพสมรส                         |                      |                     | 1.000   |
| คู่                                 | 13                   | 14                  |         |
| หม้าย                               | 2                    | 1                   |         |
| ศาสนา                               |                      |                     | 1.000   |
| พุทธ                                | 15                   | 15                  |         |
| ระดับการศึกษา                       |                      |                     | .174    |
| ประถมศึกษา                          | 13                   | 11                  |         |
| มัธยมศึกษา,<br>ประกาศนียบัตรวิชาชีพ | 0                    | 3                   |         |
| ปริญญาตรี                           | 2                    | 1                   |         |
| อาชีพ                               |                      |                     | .243    |
| แม่บ้าน                             | 0                    | 2                   |         |
| เกษตรกร                             | 2                    | 4                   |         |
| รับจ้าง                             | 8                    | 8                   |         |
| ค้าขาย                              | 4                    | 1                   |         |
| รับราชการ                           | 1                    | 0                   |         |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง             | กลุ่มควบคุม (n = 15) | กลุ่มทดลอง (n = 15) | p-value |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|---------|
|                                 | จำนวน (คน)           | จำนวน (คน)          |         |
| รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน) |                      |                     | .100    |
| 1000-2000                       | 3                    | 2                   |         |
| 2001-4000                       | 7                    | 9                   |         |
| 4001-6000                       | 1                    | 4                   |         |
| > 6000                          | 4                    | 0                   |         |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย          |                      |                     | .322    |
| บิดา                            | 3                    | 1                   |         |
| มารดา                           | 6                    | 4                   |         |
| สามี                            | 0                    | 1                   |         |
| ภรรยา                           | 4                    | 5                   |         |
| บุตร                            | 2                    | 1                   |         |
| น้อง                            | 0                    | 3                   |         |

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัว

### การเกิดแผลกดทับ

ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดแผลกดทับจำนวน 6 ราย ใน 15 ราย ในจำนวนนี้เป็นแผลกดทับระดับ 2 จำนวน 4 ราย และแผลกดทับระดับ 3 จำนวน 2 ราย ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวไม่เกิดแผลกดทับเลย เมื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact prob test) พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลเกิดแผลกดทับมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 3

วันครบ 2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดแผลกดทับจำนวน 6 ราย ใน 15 ราย ในจำนวนนี้เป็นแผลกดทับระดับ 2 จำนวน 3 ราย และแผลกดทับระดับ 3 จำนวน 3 ราย ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวพบว่าไม่เกิดแผลกดทับเลย เมื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact prob test) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 3

วันครบ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดแผลกดทับจำนวน 6 ราย ใน 15 ราย ในจำนวนนี้เป็นแผลกดทับระดับ 2 จำนวน 4 ราย และแผลกดทับระดับ 3 จำนวน 2 ราย ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวไม่เกิดแผลกดทับเลย เมื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact prob test) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 3

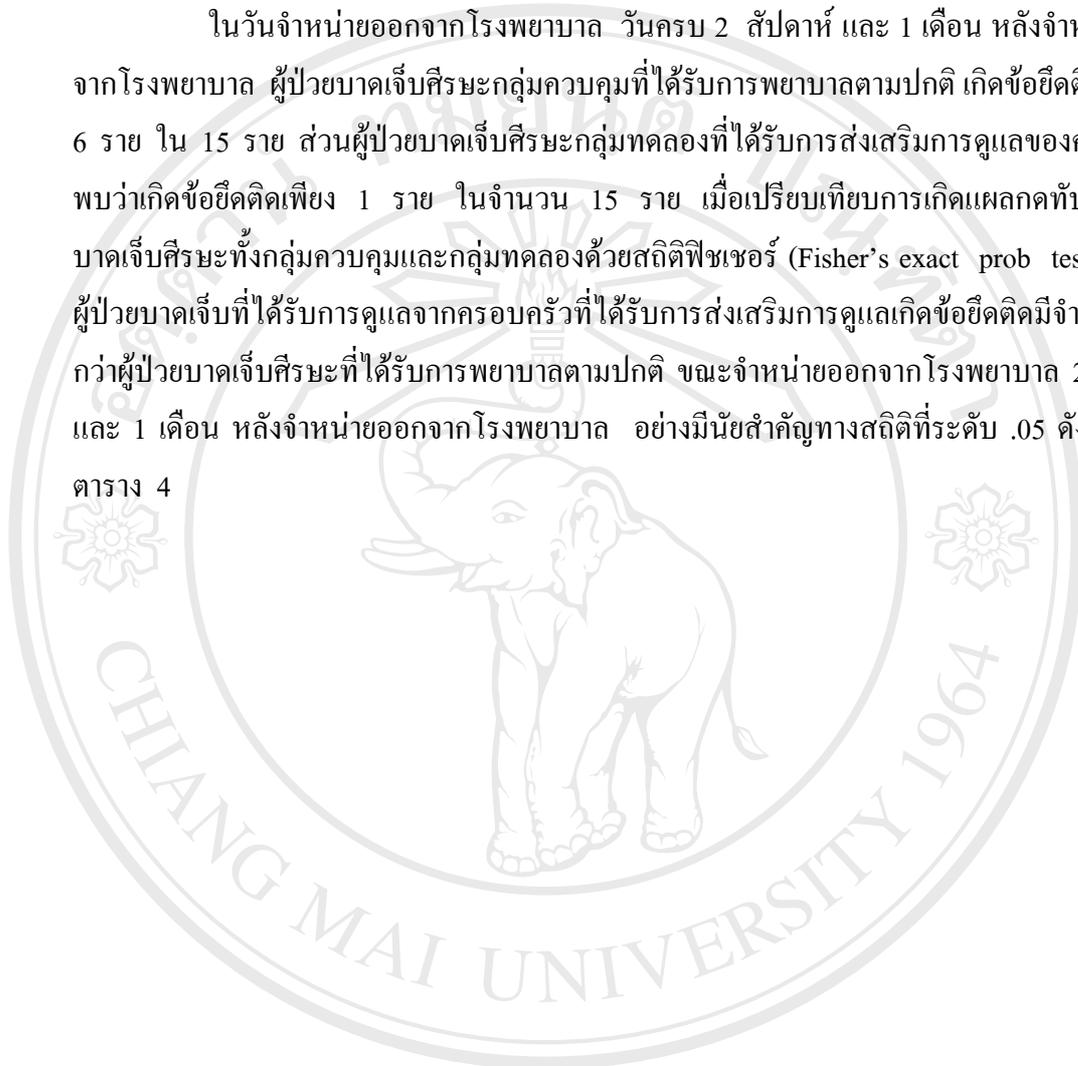
ตาราง 3

เปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| การเกิดแผลกดทับ                                    | กลุ่มควบคุม (n=15) | กลุ่มทดลอง (n=15) | Fisher's exact test<br>p-value |
|--|--------------------|-------------------|--------------------------------|
|  | จำนวน              | จำนวน             |                                |
| ในวันจำหน่ายออกจาก<br>โรงพยาบาล                    |                    |                   | .008                           |
| เกิดแผลกดทับ                                       | 6                  | 0                 |                                |
| ไม่เกิดแผลกดทับ                                    | 9                  | 15                |                                |
| วันครบ 2 สัปดาห์<br>หลังจำหน่ายออกจาก<br>โรงพยาบาล |                    |                   | .008                           |
| เกิดแผลกดทับ                                       | 6                  | 0                 |                                |
| ไม่เกิดแผลกดทับ                                    | 9                  | 15                |                                |
| วันครบ 1 เดือน<br>หลังจำหน่ายออกจาก<br>โรงพยาบาล   |                    |                   | .008                           |
| เกิดแผลกดทับ                                       | 6                  | 0                 |                                |
| ไม่เกิดแผลกดทับ                                    | 9                  | 15                |                                |

### การเกิดข้อยึดติด

ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันครบ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดข้อยึดติดจำนวน 6 ราย ใน 15 ราย ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัว พบว่าเกิดข้อยึดติดเพียง 1 ราย ในจำนวน 15 ราย เมื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact prob test) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลเกิดข้อยึดติดมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 4



ตาราง 4

เปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดข้อยึดติด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| กลุ่มตัวอย่าง                                      | กลุ่มควบคุม (n = 15) | กลุ่มทดลอง (n = 15) | Fisher's exact test<br>p-value |
|--|----------------------|---------------------|--------------------------------|
|  | จำนวน                | จำนวน               |                                |
| ในวันจำหน่ายออกจาก<br>โรงพยาบาล                    |                      |                     | .040                           |
| เกิดข้อยึดติด                                      | 6                    | 1                   |                                |
| ไม่เกิดข้อยึดติด                                   | 9                    | 14                  |                                |
| วันครบ 2 สัปดาห์<br>หลังจำหน่ายออกจาก<br>โรงพยาบาล |                      |                     | .040                           |
| เกิดข้อยึดติด                                      | 6                    | 1                   |                                |
| ไม่เกิดข้อยึดติด                                   | 9                    | 14                  |                                |
| วันครบ 1 เดือน<br>หลังจำหน่ายออกจาก<br>โรงพยาบาล   |                      |                     | .040                           |
| เกิดข้อยึดติด                                      | 6                    | 1                   |                                |
| ไม่เกิดข้อยึดติด                                   | 9                    | 14                  |                                |

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลจะเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลจะเกิดข้อผิดพลาดน้อยกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การอภิปรายผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลในสองประเด็น ได้แก่ ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษานี้สามารถยืนยันได้ถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัว ไม่เกิดแผลกดทับเลยทั้งในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล วันครบ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเกิดข้อผิดพลาดจำนวนเพียง 1 ราย ใน 15 ราย ในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล วันครบ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถือว่าสามารถ ป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพบว่าเกิดแผลกดทับจำนวน 6 ราย ใน 15 ราย ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันครบ 2 อาทิตย์ และ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเกิดข้อผิดพลาดจำนวน 6 ราย ใน 15 รายในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันครบ 2 อาทิตย์ และ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่พบจากการศึกษานี้ สามารถยืนยันความตรงของทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาของ เทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2001) ซึ่งเสนอแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการดูแลไว้ 6 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย 2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 3) ประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 4) การลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย 5) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 6) พัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และมีการผสมผสานกันตลอดใน 6 ขั้นตอน

จากการศึกษานี้สามารถสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา กล่าวคือ การพยาบาลในแต่ละขั้นตอนนี้สามารถเป็นจริงในทางปฏิบัติ การเปิดโอกาสให้

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ถึงความจำเป็นของการดูแลทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้น ผู้วิจัยสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายล้วนให้ความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้เกิดการคิดร่วมกันถึงแผนการดูแลที่จะต้องทำร่วมกัน นำไปสู่การพิจารณาถึงความสามารถในการปฏิบัติตามแผนทั้งของผู้บาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ของการส่งเสริมการดูแลเป็นการร่วมกันประเมินความสามารถของผู้บาดเจ็บศีรษะในการดูแลตนเอง และความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ตามลำดับ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยพบว่าจุดเน้นที่สำคัญและเป็นประโยชน์มาก คือ การร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐาน หรือ Basic Conditioning Factors ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) ซึ่ง เทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2001) ได้ยึดเป็นฐานสำหรับการพัฒนาทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา กล่าวคือเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ตลอดจนผู้วิจัยได้ทราบถึงจุดแข็งและจุดบกพร่องที่จะมีผลต่อความสามารถในการดูแล ซึ่งช่วยให้การวินิจฉัยความสามารถในการดูแลและความพร้อมในการดูแลได้ถูกต้องยิ่งขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลต่อไป

ในขั้นตอนที่ 4 ของการส่งเสริมการดูแล ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้เกิดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งเริ่มตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล เป็นการดูแลภายใต้การสนับสนุนและแนะนำโดยผู้วิจัย นอกเหนือจากการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลตามปกติ โดยพบว่ากิจกรรมการดูแลที่ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะยังมีความพร้อมอยู่ คือ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลความสะอาดของผิวหนังหลังการขยับถ่าย ซึ่งกิจกรรมการดูแลนี้ต้องอาศัยความรู้ที่ถูกต้องและทักษะในการกระทำ ผู้วิจัยจึงกระทำทดแทนให้ก่อน จากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายในวันรุ่งขึ้นเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้มีเวลาพัก และมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543ก) ในขณะที่ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของกลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความร่วมมือและรายงานถึงความเต็มใจและความพึงพอใจ ถือเป็นการฝึกทักษะของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อให้พร้อมสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ข้อดี คือ ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้เกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ดังที่พบในรายงานการศึกษาของ จูไร เกลียงเกลา (2547) ที่พบว่าเตรียมครอบครัวผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลทำให้ได้ผลดีกว่าการสอนในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อร่วมทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้พัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติด รวมทั้งจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะผู้อื่น ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้มีโอกาสได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังการขยับถ่าย การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำนอน การบริหารข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย การรับประทานอาหาร การระบายความรู้สึก เป็นต้น ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมพัฒนาการและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มีเพิ่มขึ้น (Orem, 2001)

การติดตามเยี่ยมทุกวัน และการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหรือครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติด ตาม 6 ขั้นตอนเช่นนี้ทุกวัน ร่วมกับการกระตุ้นและเตือนให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทำกิจกรรมการดูแล เป็นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหรือผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างต่อเนื่อง โดยสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ความจำ พัฒนาทักษะในการดูแลให้ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้มีโอกาสตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม ช่วยทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแล (Orem, 1995)

เมื่อครบ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ วิธีการดำเนินชีวิต ปัญหาและอุปสรรคในการกระทำการดูแลขณะอยู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ร่วมกันวางแผนและดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดอย่างต่อเนื่องและสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องนี้กับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ผ่านมาของ รัมภรรดา อินทร (2539) ซึ่งทำศึกษาการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับกลาสโกว่า โคม่า สเตจ (GCS) 6 ถึง 10 จำนวน 25 ราย และครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 25 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1995) เป็นแนวทางในการศึกษา และทำการพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยวิธีการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถโดยพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับและ

ข้อผิดพลาดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ โสพรรณ โพทะยะ (2544) ที่ทำการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีระดับกลาสโกว่า โคม่า สเกล (GCS) 6 ถึง 15 จำนวน 20 ราย และครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 22 ราย โดยอาศัยงานวิจัยเชิงปฏิบัติการและใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1995) เป็นแนวทางในการศึกษาทำการพัฒนาความสามารถและการเรียนรู้ของครอบครัวจนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และอำนวยความสะดวกในระยะปรับผ่านหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจนถึง 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับในขณะที่อยู่โรงพยาบาลจำนวน 1 ราย ใน 20 ราย และเกิดข้อผิดพลาดในขณะที่อยู่โรงพยาบาลจำนวน 1 ราย ใน 20 ราย

การส่งเสริมการดูแลของครอบครัวที่เสนอโดย เทเลอร์ และคณะ (Taylor et al., 2001) นี้ จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยพบว่า สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและไม่ซับซ้อนเนื่องจากมีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน แต่ในแง่ของการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาอื่นๆ ควรมีการปรับปรุงให้มีกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการทดสอบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวที่สร้างขึ้นจากการศึกษานี้ซ้ำ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงต่อไป

การนำการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวไปเผยแพร่ต่อไปนั้นจึงยังมีข้อจำกัดอยู่เนื่องจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตามปกติไม่ได้ใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวทฤษฎีพยาบาลและการส่งเสริมตามความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่มีรูปแบบและระบบบริการที่เฉพาะ แต่ขึ้นอยู่กับพิจารณาตามโอกาสที่พยาบาลเห็นสมควรและความถนัดของพยาบาลแต่ละคน การปฏิบัติพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ แปลกใหม่ ทำให้รู้สึกว่าการปฏิบัติตามประจำ และเพิ่มภาระงาน โดยเฉพาะการประเมินถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การประเมินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทั้งยังขาดความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับแล้วยังไม่ถูกต้องนัก และขาดความรู้ และทักษะในการประเมินการเกิดแผลกดทับและข้อผิดพลาดที่ถูกต้อง การสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งก่อนที่จะมีการดำเนินการ ดังรายงานการวิจัยของ วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2547) ที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ต้องสร้างความตระหนักรู้ในการเกิดแผลกดทับ จัดให้มีการฝึกอบรม การนิเทศ ให้คำปรึกษา และสาธิต

ถึงวิธีการประเมิน ป้องกันและดูแลแผลกดทับที่ถูกต้อง ให้แก่บุคลากรก่อนลงมือปฏิบัติรูปแบบการพยาบาลดังกล่าว

การส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดให้แกผู้ป่วยนั้น มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ต้องการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และเหมาะสมกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในขณะนี้ที่ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ซึ่งถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่ง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543ค) เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด รวมทั้งส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลคู่บ้าน โดยให้เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของตนเอง สามารถเข้าถึงข้อมูลทุกด้านที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง จะช่วยให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง (ทัศนบุญทอง, 2543) การส่งเสริมให้บุคคลหรือครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ จึงเป็นความรับผิดชอบจากเจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคน โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่ทำงานใกล้ชิดในเรื่องสุขภาพทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543ค)

การศึกษาครั้งนี้สามารถเพิ่มประสิทธิผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังแสดงถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในแง่ของการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และน่าจะนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวเพื่อป้องกันแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของโรงพยาบาลต่อไป

การส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามาดูแลผู้ป่วย ถือเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอทุกวัน และที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ผู้วิจัยได้สังเกตว่า ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ให้การดูแลหลักส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง เป็นต้น ซึ่งแบบแผนที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ให้การดูแลหลัก โดยผู้วิจัยสังเกตว่า ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีสีหน้า ท่าทางอิดโรย จะมีความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะลดลง จากการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ให้การดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี จำนวน 52 ราย พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิต เช่น การขาดเวลาเอาใจใส่ตนเองมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายขาดความเป็นส่วนตัว และมีความสัมพันธ์กับสังคมลดลง เป็นต้น ซึ่ง สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะใช้ยาในการรักษาโรคประจำตัว และใช้ยาที่สามารถซื้อได้โดยไม่อาศัยใบสั่งยาจากแพทย์เพิ่มขึ้น และทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง (Marsh, Kersel, Havill, & Sleigh, 2002)

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ควรทำการวางแผนเพื่อพัฒนาความสามารถของสมาชิกครอบครัวอื่นในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้วย ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อันจะเกิดประโยชน์ต่อทั้งครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กล่าวคือ ช่วยให้มีการแบ่งเบาภาระในการดูแลร่วมกัน และช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดไป