

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการบาดเจ็บทางระบบประสาทที่ทำให้เกิดความตายและพิการของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในแต่ละปีจะมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะประมาณ 1.5 ถึง 2 ล้านคน และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 500,000 คน หลังเข้ารับการรักษพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะกว่า 90,000 คน ยังมีความผิดปกติด้านร่างกาย สติสัมปชัญญะ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม(Gimenez & Davis, 2003 อ้างถึงใน เนาวรัตน์ ชันธิราช,2548) ในประเทศไทยจากกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้เกิดการบาดเจ็บทุกระบบในร่างกาย โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึงร้อยละ 73.4 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จังหวัดขอนแก่นมีการเกิดอุบัติเหตุจราจรเป็นอันดับ 7 ของประเทศ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และศีรษะเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.1 และในโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะคิดเป็นร้อยละ 27.4 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 23,500 ราย และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 7,691 ราย ซึ่งการประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการจำนวนมากถึงร้อยละ 72.9 ของความพิการที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทั้งหมด (สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และคณะ, 2548) ถึงแม้ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้าไปมาก การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะให้รอดชีวิตมีมากขึ้น แต่ในบางครั้งก็ไม่อาจแก้ไขความพิการที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องในด้านการรู้คิด(Cognitive impairment) หรือการตัดสินใจกระทำกิจกรรมอย่างจงใจและไม่มีเป้าหมายการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง(สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) มีความบกพร่องทางด้านการทรงจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำระยะสั้น (Levin Grossman & Kelly, 1977) ส่วนด้านร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง หรือไม่สามารถกำหนดการเคลื่อนไหวของตนเองได้ ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนานเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งถือเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและสำคัญที่สุดสำหรับมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการตลอดชีวิต เป็นสถาบันทางสังคมที่บุคคลใช้ชีวิตร่วมกันอย่างยาวนานกว่าสถาบันอื่นๆ นับตั้งแต่บุคคลเกิดจนตาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) อีกทั้งมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบสูงในการสร้างวิถีชีวิตแก่สมาชิกทุกคน มีปฏิสัมพันธ์พึ่งพาสายกันซึ่งและกัน เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะจนเกิดพยาธิสภาพดังกล่าวย่อมมีผลกระทบไปยังบุคคลอื่นในครอบครัวและครอบครัวทั้งระบบเพราะผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนับเป็นภาระที่หนักสำหรับครอบครัวเพราะกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีความซับซ้อนต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้สมาชิกของครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลหลัก คือต้องมีสมาชิกคนใดคน

หนึ่งมีหน้าที่เพิ่มเติมในการให้การดูแลผู้ป่วย(family caregiver) ส่วนสมาชิกคนอื่นๆจะเป็นผู้ช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ทดแทนผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย(จอม สุวรรณโณ, 2540) อีกทั้งการเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาวโดยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลของการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมได้เพียงใด ครอบครัวต้องเผชิญกับความขัดแย้งและก่อให้เกิดความสับสน รู้สึกเป็นภาระหนักเกินความสามารถที่ครอบครัวจะกระทำได้ หากครอบครัวสามารถปรับบทบาทหน้าที่ ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย มีความรู้ ทักษะในการให้การดูแลย่อมนำมาซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้ป่วย (Farzan,1991) การปรับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ถือดีว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญอย่างยิ่งของผู้ป่วย ซึ่งต้องเป็นบุคคลที่มีความพร้อมในการเข้ารับบทบาทดังกล่าว เพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลตามความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้เหมาะสมและต่อเนื่อง จากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2540) เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าญาติของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี โดยมีวิธีการเรียนรู้การดูแล 2 วิธีคือ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการสังเกตและประสบการณ์เดิม มีการทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูกและศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง 2)การเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Snyder (1991) พบว่าผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย ค้นหาปัญหา ความต้องการ หากขาดความรู้ ทักษะที่เฉพาะจะทำให้เกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สับสน กังวล ก่อให้เกิดความตึงเครียดต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยและอาจละทิ้งที่จะให้ความร่วมมือในการดูแล พื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะต่อไปได้ (Snyder,1991 อ้างถึงใน สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541)จากการศึกษาของ Rose (1997) คุณลักษณะที่สำคัญของผู้ดูแลหลัก คือ ต้องมีความรู้และความสามารถในการเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง(Cardona, 1994) รวมทั้งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล โดยเฉพาะระยะปรับเปลี่ยนจากการดูแลที่โรงพยาบาลมาเป็นการดูแลที่บ้าน (transition period) ถือว่าเป็นระยะที่ก่อให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลและทีมสุขภาพในการให้คำแนะนำวิธีการดูแลความรู้เรื่องโรคและการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) หากผู้ดูแลมีความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงจะสามารถเผชิญสถานการณ์และดูแลผู้ป่วยได้ดีไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระการดูแล (Mowat & Laschinger, 1994) มีรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาระของญาติผู้ดูแลที่สะท้อนให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูงมีแนวโน้มในการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยว่าไม่ใช่เรื่องยากลำบาก สามารถช่วยเหลือกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้โดยใช้เวลาไม่มากนัก และสามารถวางแผนจัดการสอดแทรกการดูแลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีทำให้มีการฟื้นฟูหายเร็ว(Baker, 1993; Kelly & Hayes, 1988 อ้างถึงในจอม สุวรรณโณ, 2540) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำลดลง (Evan, 1987 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540) ประกอบกับนโยบายสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่งเสริมให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเพื่อลดระยะเวลาของการรักษาที่โรงพยาบาลและภาระค่าใช้จ่าย ซึ่งการที่มีผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในโรงพยาบาลในระยะเวลาด้านและกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้านเป็นผลดีกับทางโรงพยาบาลแต่อาจเป็นภาระหนักกับครอบครัว(สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2544) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดต้องเห็นความสำคัญในการหาทวิวิธีที่จะสามารถสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีพลังอำนาจ มีความรู้ ทักษะ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการสนับสนุน

นโยบายดังกล่าว เน้นให้การดูแลสุขภาพสุขภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุดคงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่าคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและความผาสุกของครอบครัว อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเบื้องต้นของผู้วิจัยเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระยะฟื้นฟูสภาพจากผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 ศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 จำนวน 10 คน รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกันยายน 2547 พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพการเจ็บป่วย ความรู้และทักษะในการดูแล ไม่สามารถประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจึงทำให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เครียด ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองต่อการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเมื่อแพทย์วางแผนให้กลับบ้าน ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของครอบครัวจะเกิดความรู้สึกว่าตนไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามลำพัง โดยปราศจากพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆช่วยเหลือ ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีการพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา กระทั่งจำหน่ายและติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยและครอบครัวบางกรณี โดยการสอน หรือให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลให้กับญาติผู้ดูแล แต่ยังขาดรูปแบบการให้การพยาบาลที่สามารถสนับสนุนความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล และไม่มีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่จำเป็น ความสามารถในการดูแล ตลอดจนปัจจัยของครอบครัวด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของครอบครัวและสมาชิกครอบครัวที่ต้องพึ่งพา เพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self-Care) ของโอเร็ม (Orem, 1995) เป็นปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้รับการประเมินความต้องการ สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง มีศักยภาพในการดูแลและสามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวมีภาวะการเจ็บป่วยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลจากกระบวนการพยาบาลครอบครัวของ Hanson (2001) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินปัญหา (assessment) 2) การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ (Analysis of data) 3) การวางแผนการดูแล (Nursing care planning) 4) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) และ 5) การประเมินผลการดูแล (Evaluation nursing care) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจอม สุวรรณ โณ (2540) ศึกษาความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะการเกิดพยาธิสภาพคล้ายกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมด 9 ด้านคือ 1) การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 2) การดูแลให้การระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3) การดูแลด้านการขับถ่าย 4) การดูแลความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล 5) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและออกกำลังกาย 6) การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน 7) การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน 8) การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีเวลาส่วนตัว และ 9) การจัดให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา ดังนั้นความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอและเหมาะสมมากน้อยเพียงใดนั้น จึงขึ้นอยู่กับ

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) (Orem, 1995 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโม, 2540) คือครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตลอดระยะการเจ็บป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพในครอบครัวและสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ต่อความสามารถผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. คำถามการวิจัย

2.1 ภายหลังการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่าก่อนการใช้กระบวนการพยาบาล หรือไม่

2.2 ภายหลังการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ดีกว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ หรือไม่

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวก่อนและหลังการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น

3.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ กับครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล หลังการทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ดีกว่าก่อนการทดลอง

4.2 ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล หลังการทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา

ในกลุ่มครอบครัวที่มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพและเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 ขอนแก่นระยะเวลาที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน เมษายน - ตุลาคม พ.ศ.2549

6. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

6.1 ตัวแปรอิสระ คือ การใช้กระบวนการพยาบาล

6.2 ตัวแปรตาม คือ ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะจากแรงกระแทกหรือแรงเหวี่ยงอย่างแรงจากวัตถุ ทำให้เกิดมีพยาธิสภาพที่สมองเกิดความพิการ หรือมีรอยโรคหลงเหลืออยู่ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความจำ อารมณ์ ความรู้สึก การเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้มีความบกพร่องในทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เกี่ยวกับ การพูด การคิด การควบคุมการแสดงออก ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีคะแนน Glasgow Coma Score 8-12 คะแนนในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจคะแนน Glasgow Coma Score 9-12 คะแนน และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า 26 คะแนน

ผู้ดูแลหลักของครอบครัว หมายถึง บุคคลที่ครอบครัวมอบหมายหรือเป็นผู้รับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นตัวแทนของสมาชิกคนอื่นของครอบครัว มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น เป็นบิดา มารดา ภรรยา สามี บุตร หลาน หรือพี่น้อง เป็นต้น โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ครอบครัวตกลงมอบบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะที่พักฟื้นในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามแนวคิดเรื่องการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 9 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 2) การดูแลให้การระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 3) การดูแลด้านการขับถ่าย 4) การดูแลความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล 5) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและออกกำลังกาย 6) การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน 7) การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน 8) การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีเวลาส่วนตัว และ 9) การจัดให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา โดยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นแบบประเมินเดียวกันกับแบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จอม สุวรรณโม (2540)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรูปแบบปกติ หมายถึง วิธีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ ให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ซึ่งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลบางกิจกรรม แต่ยังไม่มีการให้การพยาบาลที่สามารถสนับสนุนความสามารถของครอบครัวในการให้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กระบวนการพยาบาล หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลในการทำงานร่วมกับครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองระดับบุคคล และครอบครัว นั่นคือ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลสมาชิกของครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ ความสมดุลของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลจากกระบวนการพยาบาลครอบครัวของ Hanson (2001) มี 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว (Assessment) คือ สร้างสัมพันธภาพและตกลงเข้าร่วมวิจัย ประเมินครอบครัวโดยใช้ผังเครือญาติ (Genogram) สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว (Family interaction) เพื่อทราบถึงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ การมอบหมายบทบาทผู้ดูแลหลักของครอบครัว ประเมินสัมพันธภาพครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) เพื่อค้นหาแหล่งสนับสนุนของครอบครัว ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 9 ด้าน (Pre-test)

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ (Analysis of data) คือ การนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินครอบครัวมาวิเคราะห์ถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัวจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้ง 9 ด้าน วิเคราะห์โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ของครอบครัว และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการดูแล (Nursing care planning) คือ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว กำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย กำหนดวิธีการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตลอดจนค้นหาแหล่งสนับสนุน ภายในและภายนอกครอบครัวที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพ สอน แนะนำ สาธิต วิธีการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ ร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถใช้แหล่งประโยชน์ภายใน และภายนอกครอบครัวได้เหมาะสม ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงาน ให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจ ในการการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลหลักของครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดูแล (Evaluation nursing care) คือ การประเมินประสิทธิภาพ ในการตอบสนองของผู้ดูแลหลักของครอบครัว ประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้ง 9 ด้าน ผู้ป่วย (Post-test)

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้รับการเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมากยิ่งขึ้น นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือการดำรงชีวิตในสังคมต่อไป

2. เพื่อเป็นแนวทางของการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลกับครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการประเมินครอบครัวและการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะที่มีการปรับเปลี่ยนจากการอยู่โรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน นำไปสู่การพัฒนากระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

9. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิกเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับสมาชิกบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะส่งผลกระทบไปยังบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว และระบบครอบครัวจะถูกกระทบไปด้วย ดังนั้นเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ นับเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ครอบครัว ต้องใช้ความสามารถในการปรับตัวหรือเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งระดับบุคคลและระดับครอบครัว อีกทั้งโครงสร้างหน้าที่ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป ในครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรู้คิด (Cognitive impairment) ทำให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะกระทำการกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) มีความพร่องด้านความทรงจำและภาวะพร่องด้านร่างกาย(Physical impairment) คืออาจมีอัมพาตหรือมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง จึงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นจำเป็นต้องมีผู้ที่กระทำการดูแลแทน ซึ่งตามทฤษฎีของโอเร็มเรียกบุคคลนี้ว่า บุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) (Orem, 1995) จากแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัว(Family Self-Care) นั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวริเริ่ม กระทำอย่างจริงจังเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของคนและสมาชิกในครอบครัว(รุจา ภูโพนุลย์, 2541) ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวต้องมีความรู้ความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นให้แก่ผู้ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน คงระดับความสมดุลของร่างกายและการมีชีวิต รวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากผลของการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของครอบครัวจะต้องช่วยเหลือแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้

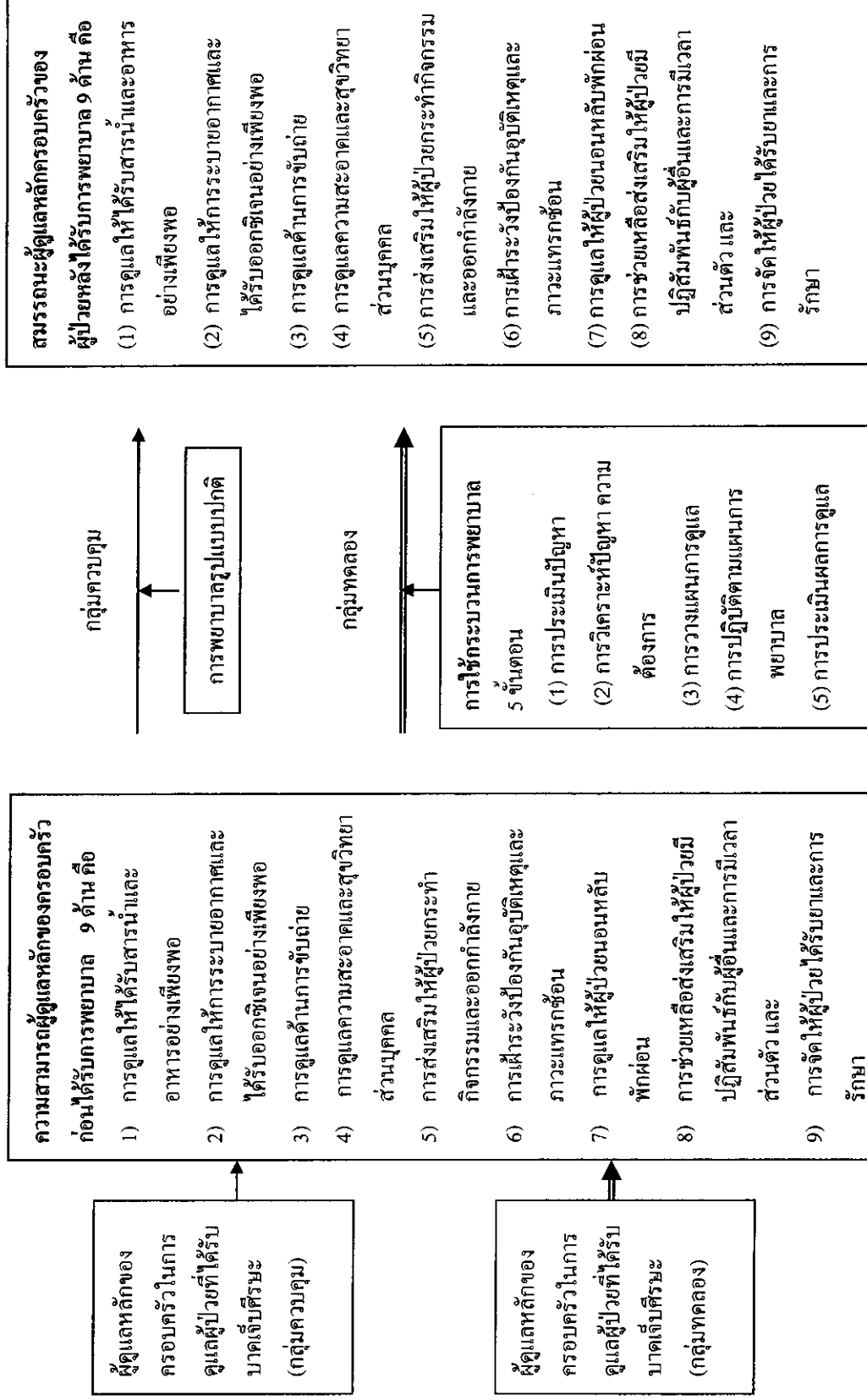
จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดดังกล่าวประสมศรี บุญยตุลานนท์ และสุจินต์ สุระภาคย์พงศ์ (2539) นำมาสร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ จอม สุวรรณโณ (2540) นำมาปรับใช้ในการประเมินความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามความต้องการการดูแลที่จำเป็น 9 ด้านดังนี้คือ

- ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- ด้านที่ 2 การดูแลให้การระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
- ด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย
- ด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล
- ด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมและออกกำลังกาย
- ด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน
- ด้านที่ 7 การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน

ด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีเวลาส่วนตัว และ

ด้านที่ 9 การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการรักษา

การที่มีสมาชิกของครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงซึ่งเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง นับเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลยาวนาน ครอบครัวผู้ดูแลต้องมีความรู้ ทักษะเฉพาะ และการได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของตนเองและความสมดุลของระบบครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ (McCubbin & McCubbin, 1996) ดังนั้นผู้วิจัยสนใจกระบวนการพยาบาล ซึ่งประยุกต์จากกระบวนการพยาบาลครอบครัวของจาก Hanson (2001) มี 5 ขั้นตอนดังนี้คือ 1) การประเมินปัญหา (Assessment) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินปัญหาสุขภาพความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 2) การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis of data) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินครอบครัวมาวิเคราะห์ถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการดูแล (Nursing care planning) เป็นการกำหนดจุดมุ่งหมาย ค้นหาแหล่งสนับสนุน ภายในและภายนอกครอบครัว การกำหนดวิธีการให้ความช่วยเหลือ เลือกวิธีการช่วยเหลือให้การพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 4) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) เป็นการปฏิบัติพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและความสามารถของครอบครัว ให้สามารถใช้แหล่งประโยชน์ภายใน และภายนอกครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และ 5) การประเมินผลการดูแล (Evaluation nursing care) เป็นการประเมินประสิทธิภาพ ในการตอบสนองของครอบครัวและผู้ดูแลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ตามแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self-Care) ในการให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Family Health Deviation Self-Care) มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการกระทำทดแทน เพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้กระทำหน้าที่ดังกล่าวต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลเพื่อให้การดูแลตนเองและสมาชิกครอบครัวผู้อยู่ในความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยถึงผลของการใช้กระบวนการพยาบาลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ