

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวต่อความสามารถของผู้ดูแล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พรสวรรค์ สังฆะมณี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครพนม

270 ถ.อภิบาลัญญา ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการส่งเสริมการจัดการครอบครัว

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Two Group Post Test Only Design) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีระดับคะแนน Braden scale ≤ 18 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวมใจรักษ์ โรงพยาบาลนครพนม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ คู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือเรื่องการป้องกันแผลกดทับ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 2) แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและการบันทึกการเกิดแผลกดทับ 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวโดยใช้สถิติที และเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว โดยใช้สถิติฟิชเชอร์

ผลการศึกษา : คะแนนเฉลี่ยความสามารถของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวอยู่ในระดับสูง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และไม่พบการเกิดแผลกดทับในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการครอบครัวพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป จำนวน 5 ครั้ง

ข้อสรุป : ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีระดับความสามารถสูงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดแผลกดทับ

คำสำคัญ : การส่งเสริม การจัดการครอบครัว แผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล

Effects of Family Management Promotion Program on Caregiver's Ability for Prevention of Pressure sore in Stroke Patients

Pornsawan Sungkamanee Registered Nurse, Professional Level

Medical Patient Nursing Group, Nursing Group, Nakhon Phanom Hospital

270 Apibalbancha Road Distric in in the city . Mueang Distric Kakhon Phanom Province.

Abstract

Objectives : To compare the average capability scores of the caretakers in prevention against bedsore of patients with stroke and the emergence of bedsore between the group receiving and not receiving the family management promotion.

Materials and Methods : This research used the quasi-experimental research methodology based on two group post-test only design. There were 2 groups of samples used in the research, i.e., the patients evaluated for the risk of opening bedsore with the Braden scale ≤ 18 , admitted in the Ruam Chai Rak Medical Ward, Nakhon Phanom Hospital, and divided into the control and experimental group, 15 people of each. The tools used in the research consisted of 1) the lesson plan regarding stroke and prevention against bedsore, stoke manual, and bedsore prevention manual. The tools used in data collection were 1) General Information Record Form for the patients with stroke and the caretakers; 2) Record Form for Evaluation of Risk of Bedsore and Record of Bedsore; 3) Evaluation Form for Capability of Caretaker in Prevention of Bedsore. The personal information of the patients, caretakers, and nurses were analyzed by descriptive statistic and the T-statistic was applied to compare the capability scores of the caretakers between the group receiving and not receiving the family management promotion program and the Fisher statistic was used to compare the emergence of bedsore in the patients with stroke between the group receiving and not receiving the family management promotion program.

Results : The average score of the group receiving the family management promotion program was ranked at a high level. After comparing with the control group yielding the average score at the moderate level, the statistically significant difference was observed ($p < .001$), and there is no bedsore discovered in the group receiving the family management promotion program but 5 times of bedsore at level 2 and above were found in the group not receiving the family management promotion program.

Conclusion : These research results support the concept of family management and provide the capability of the caretakers at a high level for preventing patients with stroke against bedsore.

Keywords : *promotion, family management, bedsore, patient with stroke, caretaker*

ความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทแบบทันทีทันใด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจเสียชีวิตได้¹ ในแต่ละปีเสียชีวิตสูงถึงปีละ 6.5 ล้านคนทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี สำหรับประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิต 47.8 ต่อ 100,000 ประชากรในปี 2560 พบเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตรองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ² ปัจจุบันด้วยความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้นโดยมักมีความพิการเรื้อรังจากสภาพและรอยโรค ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้³ หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ร้อยละ 40⁴ โดยส่วนใหญ่ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง หรืออัมพาตภายหลัง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้สูงถึงร้อยละ 80⁵ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เกิดการติดเชื้อ ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น⁶ และเพิ่มภาระงานของพยาบาล⁷ สูญเสียงบประมาณของรัฐบาล ต้นทุนการรักษาสูงขึ้น และนำไปสู่การฟ้องร้องทางกฎหมายได้⁸

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากภาวะร่างกายอ่อนแอ เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ นอกจากนี้นักสูญเสียความสามารถในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ทำให้ผิวหนังเปื่อยขึ้นตลอดเวลา ประกอบกับมีการสูญเสียความรู้สึกต่อแรงกดที่มารกระทำต่อเนื้อเยื่อ⁹ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 42¹⁰ โดยพบมากในวันที่ 2 ของการรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล และภายใน 1 สัปดาห์เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 34.5¹¹ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมที่สำคัญทำให้เกิดแผลกดทับ เช่น การลากดึงผู้ป่วยทำให้ผิวหนังชั้นนอกหลุดลอก เนื้อเยื่อในระดับลึกถูกทำลาย⁹ แรงเฉือนหรือแรงเสียดทานที่มารกระทำต่อเนื้อใต้ปุ่มกระดูกซึ่งเป็นบริเวณ

รับแรงกดมากที่สุด¹² ภาวะทุพโภชนาการที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการกลืนลำบาก ความอยากอาหารลดลง ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นโดยเฉพาะโปรตีน เมื่อระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ¹³ โดยพบได้ในสัปดาห์แรกร้อยละ 26.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 ในสัปดาห์ที่ 2 หลังเกิดภาวะทุพโภชนาการ¹⁴ ด้วยภาวะเช่นนี้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีภาวะในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นหลักเมื่อกลับบ้านสูงถึงร้อยละ 74¹⁵ และเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ¹⁶

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมขององค์กรพยาบาลที่กำหนดไว้ในด้านวิชาชีพ แสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้¹⁷ และแนวทางการรักษาผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน เมื่อรักษาในโรงพยาบาลจนอาการคงที่แล้ว แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นหลัก ดังนั้นหากผู้ดูแลยังไม่ได้เรียนรู้หรือมีทักษะการฟื้นฟูสุขภาพน้อย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจหรือปรับตัวไม่ได้ทำให้ความสามารถในการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 345 เตียง พบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 อยู่ระหว่าง 3 – 11 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน ส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านภายในระยะ 28 วันด้วยการเกิดแผลกดทับร้อยละ 12.4 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคาดหวังว่า บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการ ตัดสิน

ใจและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ให้เกิดแผลกดทับได้ด้วยตนเอง และไม่กลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย :

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการส่งเสริมการ จัดการครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการ ส่งเสริมการจัดการครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบ แนวคิดการจัดการครอบครัว (Individual and Family self-Management model [IFM]) เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการควบคุม ตนเอง โดยรวมแล้วมีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัว สามารถเปลี่ยนแปลงระบบในครอบครัวได้โดยมีการเสริม แรงและส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถดูแล สุขภาพผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง^{18,19} รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ดูแล ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม²⁰ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ครอบครัว หมายถึง สมาชิกของครอบครัว หรือผู้ดูแลที่มีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการดำเนินการ 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความ สามารถของผู้ดูแล 2) กระบวนการฝึกทักษะการจัดการ ครอบครัว และ 3) กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา และติดตามแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์

หลังการทดลอง (Two Group Post Test Only Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผล กดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึง เดือนมีนาคม 2563

ตัวแปรอิสระ หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการจัดการ ครอบครัว

ตัวแปรตาม หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลใน การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการเกิดแผลกดทับ

ประชากร หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีระดับคะแนน Braden scale ≤ 16 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมใจรักษ์ โรงพยาบาลนครพนม กำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่างที่พอเหมาะอย่างน้อยที่สุดควรมี 30 คน โดยแต่ละ กลุ่มไม่ควรมีจำนวนต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่ม 21 โดยแบ่งเป็นกลุ่มให้การพยาบาลตามปกติ กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือ พี่ น้อง
3. สามารถพูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. เป็นผู้สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ในสัปดาห์แรกที่ เข้าร่วมการส่งเสริมการจัดการครอบครัวทุกวันและ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการ

1. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

2. มีคะแนนความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของบราเดน 6-16 คะแนน ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 69 ปี หรือมีคะแนน 6-18 ในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี

3. ไม่มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ อวัยวะในช่องทรวงอก ท้อง และกระดูก

4. ไม่มีมลึ่ในในจังหวัดนครพนม

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอดทั้ง 1 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว

3. ผู้ป่วยที่ได้รับเตียงนอนน้ำป้องกันแผลกดทับ

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยย้ายออกจากโรงพยาบาล

3. ผู้ป่วยมีคะแนนความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับลดลงภายใน 24 ชั่วโมงโดยมีคะแนนมากกว่า 16 คะแนน ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 69 ปี หรือมีคะแนนมากกว่า 18 ในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี

4. ผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนเกิน 3 เดือน

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ คู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือเรื่องการป้องกันแผลกดทับ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบ

บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยดูแล 2) แบบบันทึกการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและการบันทึกการเกิดแผลกดทับ 3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ดูแลตามปกติ

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 กระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้ดูแล และให้ความรู้และให้คู่มือเรื่องโรคหลอดเลือดสมองภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วันที่ 2-4 กระบวนการฝึกทักษะการจัดการครอบครัว โดยกำหนดเป้าหมายของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และฝึกทักษะการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด และการช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว

วันที่ 5-6 กระบวนการฝึกทักษะการจัดการครอบครัว (ต่อ) ฝึกทักษะการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ

สัปดาห์ที่ 2-3 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ สอบถามปัญหาและการปฏิบัติให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ กระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ ฝึกทักษะการดูแลเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 5 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 กระบวนการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ ประเมินผลและสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ

จัดการครอบครัว โดยใช้สถิติ Independent t-test ภายหลังการทดสอบการกระจายข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test แล้วพบว่า แจกแจงแบบปกติ

3. เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัว โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Fisher's exact test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างในลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนและระดับความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$ (ระดับ)	SD	$\bar{X}$ (ระดับ)	SD		
การดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด	3.39 (ปานกลาง)	.245	4.86 (สูง)	.123	-20.697	.001
การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว	2.87 (ปานกลาง)	.203	4.82 (สูง)	.157	-29.373	.001
การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ	3.17 (ปานกลาง)	.173	4.81 (สูง)	.170	-26.336	.001
รวม	3.14 (ปานกลาง)	.196	4.83 (สูง)	.150	-26.493	.001

หมายเหตุ.

* แผลกดทับ มี 4 ระดับ (4stage) และไม่สามารถระบุระดับได้ ดังนี้

- Stage 1 ผิวหนังยังสมบูรณ์ แต่ผิวหนังสีระแวง
- Stage 2 ผิวหนังมีการสูญเสียถึงชั้น Dermis โดยพื้นแผลแดงไม่มีเชิงตายสีเหลือง ไม่มีรอยข้ำ อาจจะเปื้อนตุ่มน้ำพอง น้ำใสๆหรือน้ำใสปนเลือดจางๆ
- Stage 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด คือ ชั้น epidermis และ dermis ไปจนถึง subcutaneous fat แต่ยังไม่ถึงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูก อาจมีเนื้อตายสีเหลือง โปร่งได้ผิวหนังหรือช่องได้
- Stage 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อเส้นเอ็นกระดูก อาจพบเนื้อตายสีเหลืองและ/หรือ เนื้อตายสีดำแข็ง มีโพรงใต้ผิวหนัง และช่องได้ หรือคลำพบกระดูก
- Unstageable คือ ระดับที่ พื้นแผลทั้งหมดถูกคลุมไว้ด้วยเนื้อตายสีเหลือง สนิ้ตาล หรือเนื้อตายสีดำ จนไม่เห็นความลึกของการสูญเสียชั้นของผิวหนัง โดยจะสามารถประเมินระดับความลึกของแผลได้เมื่อกำจัดเนื้อตายออกแล้วเท่านั้น

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มควบคุม เกิด 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในกลุ่มทดลอง (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับและได้รับการส่งเสริมการจัดการครอบครัว

อุบัติการณ์	กลุ่มควบคุม n = 15		กลุ่มทดลอง n = 15		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	5	33.33	0	0.00	5.80	0.21
ไม่เกิดแผลกดทับ	10	66.67	15	100.00		

อภิปราย

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 1) อาจเนื่องมาจาก โปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวเป็นกระบวนการพัฒนาความรู้และช่วยพัฒนาด้านทักษะในการดูแลทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการดูแล รวมทั้งได้ฝึกกระบวนการคิด วิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง แม้จะไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 86.7 ก็ตาม แต่ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะความสามารถในระดับสูง สามารถอธิบายในแต่ละกระบวนการของการจัดการครอบครัวได้ว่า กระบวนการที่ 1 เป็นกระบวนการพัฒนาความรู้และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล เริ่มจากการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดแผลกดทับ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับให้คู่มือประกอบรูปภาพอธิบายขั้นตอนได้อย่างชัดเจน การส่งเสริมในกระบวนการนี้มีการใช้ตัวแบบพูดชักจูงให้เกิดการสนทนาด้านอารมณ์ 22 กระบวนการที่ 2 เป็นการฝึกทักษะการจัดการครอบครัวในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด การฝึกทักษะในกระบวนการนี้มีขั้นตอนการฝึกเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถ โดยเริ่มจาก

การตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนเพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับ และตามด้วยการสะท้อนคิดให้เกิดการจัดการหาวิธีการป้องกัน จากนั้นจึงเริ่มฝึกทักษะและวางแผนปฏิบัติ จนสามารถสะท้อนคิดได้ว่าสิ่งที่กระทำถูกหรือผิด²³ ตามแนวคิดนี้เป็นการฝึกทักษะความสามารถให้ผู้ดูแลได้คิดวิเคราะห์แก้ปัญหาด้วยตนเองได้และสามารถประเมินได้ว่าการกระทำใดถูกหรือผิด และกระบวนการที่ 3 การสนับสนุนให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้ดูแล รวมทั้งให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ ผู้ดูแลที่ได้รับการส่งเสริมด้านการจัดการครอบครัวจึงมีความมั่นใจ และตระหนักถึงความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ความสามารถของผู้ดูแลกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของญาติในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการที่จะฝึกทักษะการดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากได้รับการฝึกทักษะไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัวและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย²⁴

การส่งเสริมการจัดการครอบครัว เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะเฉพาะในเรื่องของการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการส่งเสริมการวางแผนและเป็นขั้นตอน ด้วยกระบวนการในการจัดการครอบครัวนี้มีการตั้งเป้าหมายชัดเจนและการฝึกทักษะในการป้องกัน

แผลกดทับไม่มีขั้นตอนซับซ้อน ผู้ดูแลมีความตระหนักถึงผลกระทบต่าง ๆ จากการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแลจึงมีความตั้งใจและมั่นใจในการดูแลส่งผลให้ไม่เกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการครอบครัว

ข้อสรุป

การนำแนวคิดการจัดการครอบครัวมาประยุกต์ใช้ในการเพิ่มความสามารถให้กับผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการปฏิบัติและเกิดกำลังใจ คาดการณ์ผลลัพธ์ที่ดีได้

เอกสารอ้างอิง

1. Wauters Y, Oupra R, & Tanasuwan P. Development of a Teaching Model for Prevention of Stroke among People at Risk in Northern Thai Community. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016; 3(2): 100-116.
2. Bureau of Non-communicable Diseases. Department of Disease Control. World paralysis day campaign issue 2017[internet]. 2018. [cited 2018 June 8]; Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail>
3. Ali ZH. Effect of Nursing Care Strategy on the Functional and Physical Abilities of Patients Following Stroke. JNN 2013; S8.
4. Viscogliosi C, Belleville S, Desrosiers J, Caron CD, Ska B, BRAD group. Participation after a stroke: Changes over time as a function of cognitive deficits. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2011; 52(3) :336-43.
5. Indredavik B. Stroke unit care is beneficial both for the patient and for the health service and should be widely implemented. Stroke 2009; 40(1): 1-2.
6. Theisenet S, Drabik A, & Stock. Pressure ulcers in older hospitalised patients and its impact on length of stay: A retrospective observational stud. Clinical Nursing Journal 2012; 21(3-4): 380-387.
7. จินพิชญชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ:ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2555; 20(5): 478-490.
8. Yap TL, & Kennerly SM. A nurse-Led Approach to Preventing Pressure Ulcers. Rehabilitation Nursing 2013; 36(3): 106-110.
9. Braden B, & Bergstrom N. A Conceptual schema for the study of the etiology of pressure. Rehabilitation nursing 2000; 25(3): 105-109.
10. พัฒนา ขวลิขิตสุเกรณี. การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้ในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2553.
11. อารี บุรณกุล. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
12. Schue RM. & Langemo DK. Prevalence, incidence, and prediction of pressure ulcers on a rehabilitation unit. JWOCN 1999; 26(3): 121-129.

13. ปองหทัย พุ่มระย้า. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการเกิดผลกดทับในผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
14. Antoni, D. (1996). Effect of malnutrition after acute stroke on clinical outcome. American Heart Association, 27(6), 1028-1032.
15. Gillespie D, & Campbell F. Effect of stroke on family carers and family relationships. Nursing Standard 2011; 26(2): 39-46.
16. Ween JE, Alexander MP, & D'Esposito M. Factors predictive of stroke outcome in a rehabilitation setting. Neurology 1996; 47(2): 388-392.
17. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
18. Lubkin IM, Larsen PD, editors. Chronic illness: Impact and interventions. Jones & Bartlett Learning; 2006.
19. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nursing outlook. 2009; 57(4): 217-25.
20. Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. Nursing outlook 2006; 54(5): 278-86.
21. Burns N, & Grove S. The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2009.
22. Bandura A. Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs; 1987.
23. Bernhardt J, Langhorne P, Lindley RI, Thrift AG, Ellery F, Collier J, et al. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. Lancet 2015; 386(9988): 46-55.
24. Duncan PW, Gresham GE, Stason WB, Adams HP, Adelman AM, Holland AL. Post-stroke rehabilitation: Clinical practice guideline. Pro Ed. 1995.