

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความเครียดและความสามารถ  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท

Impact of Supportive - Educative Nursing System  
on Stress and Caring Abilities in Neuro Patients Caregivers

จุฬาวารี ชัยวงศ์นาคพันธุ์<sup>1\*</sup>, ศิริกาญจน์ จินาวิน<sup>1</sup> และ วรภรณ์ ยศทวี<sup>2</sup>

Chulawaree Chaiwongnakkapun<sup>1\*</sup>, Sirigran Jinawin<sup>1</sup> and Waraporn Yottavee<sup>2</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่<sup>1\*</sup>, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแล แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท และแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือทั้งหมด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงบรรยาย สถิติพีชเชอร์ และสถิติซี ผลวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความเครียด ( $M=22.47, SD=1.19$ ) ต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ( $M=34.07, SD=4.82$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความเครียด ( $M=22.47, SD=1.19$ ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=24.20, SD=2.11$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความสามารถในการดูแล ( $M=102.93, SD=8.08$ ) สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ( $M=82.93, SD=9.41$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทกลุ่มทดลอง หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความสามารถในการดูแล ( $M=102.93, SD=8.08$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=93.26, SD=7.71$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้, ความเครียด, ความสามารถในการดูแล, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chulawaree@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5307145)



## Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a supportive-educative nursing system on reduction of stress and caring abilities among caregivers of neurological patients. Sample was 30 caregivers of neurological patients who took care of the patients at home. They were purposively selected and assigned equally into both control and experimental groups (15 participants in each group). Conceptual framework of the research was based on supportive-educative Nursing System of Orem (1995). The research instrument was the data record form for caregivers and the data record form for neurological patients. Content validity of the instruments was confirmed by experts. And its reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding values 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact, and z-test. The results were as follows:

1. After the intervention, the experimental group had lower level of stress than before the intervention ( $M=22.47$ ,  $SD=1.19$  and  $M=34.07$ ,  $SD=4.82$ , respectively) at a significance level of .001
2. After the intervention, the experimental group had lower level of stress than the control group ( $M=22.47$ ,  $SD=1.19$  and  $M=24.20$ ,  $SD=2.11$ , respectively) at a significance level of .05
3. After the intervention, the caring abilities of the experimental group was higher than before the intervention ( $M=102.93$ ,  $SD=8.08$  and  $M=82.93$ ,  $SD=9.41$ , respectively) at a significance level of .001
4. After the intervention, the caring abilities of the experimental group was higher than the control group ( $M=102.93$ ,  $SD=8.08$  and  $M=93.26$ ,  $SD=7.71$ , respectively) at a significance level of .05.

**Keywords:** Supportive-Educative Nursing System, Stress, Caring Ability, Caregivers, Neurological Patients

## บทนำ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะนั้น ส่วนใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเกิดทุพพลภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ.2558 พบว่า อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุการจราจรของไทยอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลก และลำดับที่ 1 ในภูมิภาคเอเชีย ด้วยอัตราการเสียชีวิตประมาณการ 36.2 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้บาดเจ็บศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 49.36 นอกจากนี้ปัญหาในระบบประสาทยังเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน

และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ.2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1,629 บาทต่อราย ส่วนผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 129,571 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 2,9731 ล้านบาทต่อปี จะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก โดยแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในอดีตผู้ป่วยเหล่านี้มักเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในระยะวิกฤติ แต่เนื่องจากวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีต่าง ๆ เจริญรุดหน้ามาก จึงทำให้มีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น แต่ในขณะที่เดียวกันพบว่าผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นตามมาด้วย และจากการสำรวจสถิติผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลแพร์ ในปี พ.ศ.2555, 2556 และ 2557 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 795, 519 และ 428 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 139, 248 และ 397 ราย ตามลำดับ เข้ารับการรักษา ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้รอดชีวิตแล้วส่วนใหญ่จะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยพบว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ แผลกดทับและข้อยึดติด ความรุนแรงมากขึ้นขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพในสมอง (Hickey, 2007) จากการสำรวจสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลแพร์ ในปี พ.ศ.2557 พบว่า ผู้ป่วยระบบประสาทเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 26.18 ต่อ 1,000 วันนอน และเกิดข้อยึดติดถึง ร้อยละ 62.84 ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ป่วยระบบประสาทเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ผู้ป่วยจะเกิดความพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและก่อให้เกิดความพิการตามมา การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวช่วยดูแลผู้ป่วยแบบทดแทนให้ทั้งหมด แต่ปัญหาที่พบมากที่สุดของผู้ดูแล คือ การมีความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบความยากลำบากในการดูแลและมีภาวะเครียดเกิดขึ้น ซึ่งขวัญตา บุญวาศ, ธิติรัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และนิมิตศุตรา แว (2560) ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมในระดับสูง โดยมีระดับความเครียดมากที่สุดในด้านการปรับตัวของคนในครอบครัว ส่วนความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ได้แก่ 1) ต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแล 2) ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล 3) ต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือ 4) ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้าน และต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น จะเห็นว่าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่อง มักจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลและสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ตามแนวคิดของโอเรม (Orem) เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพย่อมต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง ถ้าความสามารถของสมาชิกในครอบครัวไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพา พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลโดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน โดยพยาบาลมีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจ การส่งเสริมด้านความรู้และทักษะ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม (Orem, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของทิพากร กระแสร์, จุฬาวารี



ช่วยวงศ์นาคพันธ์ และสิริวัฒนา เกตุวีระพงศ์ (2551) ศึกษาเกี่ยวกับผลของระบบการพยาบาลสนับสนุน และให้ความรู้ผู้ดูแลต่อความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 20 ราย และผู้ดูแล 20 ราย โดยวัดความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้หลังผู้ป่วยก่อนจำหน่ายครบ 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าคะแนนความสามารถของผู้ดูแลก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เฉลี่ย 7.9 ( $SD=1.1$ ) หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 เดือน และ 3 เดือน มีคะแนนความสามารถเฉลี่ย 87.4 ( $SD=9.9$ ), 89.4 ( $SD=9.7$ ) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลหลังได้รับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มขึ้น และพบว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้าและเกิดความเครียด ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและทำกิจกรรมการดูแลไม่เต็มที่ จากการติดตามสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร์ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย เมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลมีภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากบางครั้งพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่รู้จะถามใครและไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ให้การดูแลผู้ป่วยนั้นถูกต้อง ผู้ดูแลต้องการให้มีผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และอยากมีกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อคลายความเครียด ซึ่ง ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์ (2557) กล่าวว่า จิตใจของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไป เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว โมโหโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง ซึมเศร้า คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง กิจกรรมที่จะช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลลงได้คือ การทำสมาธิ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2556) พบว่า สมาธิบำบัดแบบ SKT ซึ่งเป็นการทำสมาธิที่ได้ผ่านการศึกษาวิจัยและทดลองเกี่ยวกับกลไกการทำงานของร่างกายด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ตามหลักวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับหลักพุทธศาสนาในเรื่องของศีล สมาธิ ปัญญา โดยเฉพาะการทำสมาธิด้วยการหายใจเข้า “พุท” หายใจออก “โธ” นั้น จะทำให้ร่างกายผ่อนคลายระบบการไหลเวียนของโลหิตทำงานดี ช่วยให้สมองและความจำมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยในด้านของจิตใจให้ผ่อนคลายความเครียด ยกระดับจิตใจ ทำให้จิตใจอ่อนโยน มองโลกในแง่ดี ลดความวิตกกังวล เพิ่มความเชื่อมั่นให้กับตนเอง

จากปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พิจารณาติดตามดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหวังที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและลดความเครียดของผู้ดูแลโดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากโปรแกรมการสอนและฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลของนิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) เน้นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแลโดยใช้การทำสมาธิบำบัดของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2556) ซึ่งจะพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และลดความเครียดของผู้ดูแลโดยมุ่งหวังให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเต็มศักยภาพ ลดความเครียดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. เปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท ระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
4. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนต่ำกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้
2. คะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท ในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนสูง และให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลสนับสนุน
4. คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาทในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1995) ในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและครบถ้วน พยาบาลมีบทบาทช่วยในกระบวนการตัดสินใจ การส่งเสริมด้านความรู้ และทักษะ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้ข้อมูล และเป็นที่ปรึกษาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย พิจารณาตัดสินใจ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแลโดยใช้การทำสมาธิบำบัดของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2556) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างปลอดภัย และลดความเครียดของผู้ดูแล

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The Two Groups Pretest-Posttest Design)



### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะและโรคหลอดเลือดสมอง หลังรับการรักษาแล้วมีความพิการหรืออ่อนตีด้อย มีความพร้อมในการช่วยเหลือตนเอง และได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแล โดยมีที่พักอาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่เกิดจากการบาดเจ็บศีรษะและโรคหลอดเลือดสมอง หลังรับการรักษาแล้วมีความพิการหรืออ่อนตีด้อย มีความพร้อมในการช่วยเหลือตนเองและได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแล การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (Level of Power) .60 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ .80 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปที่มีอำนาจเพียงพอในการทดสอบทางสถิติ (Polit, 1996) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย รวมทั้งหมด 30 ราย แล้วจึงจัดผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เทคนิคการจับคู่ (Matching) ด้วยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Modified Barthel ADL index) ได้กลุ่มละ 15 ราย ทั้งนี้กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (Head injury) หรือโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังรับการรักษาแล้วมีความพิการหรืออ่อนตีด้อย
2. ได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลและมีความพร้อมในการช่วยเหลือตนเอง โดยมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel ADL Index) ระหว่าง 0-8 คะแนน (ปฏิบัติได้น้อย) และ 9-17 คะแนน (ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง)

เกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอาการแยลงจนต้องกลับไปรักษาในโรงพยาบาล 2) ย้ายที่อยู่อาศัยไปต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด 3) ผู้ป่วยเสียชีวิต และ 4) ผู้ดูแลผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง 3) เป็นผู้ที่พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ 1) ผู้ดูแลย้ายสถานที่พักอาศัยไปต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด และ 2) กลุ่มตัวอย่างแจ้งความประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดข้อยึดติด การป้องกันการเกิดท้องผูก การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย การให้คำปรึกษา และการบริหารลมหายใจคลายเครียดของผู้ดูแล และคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากโปรแกรมการสอนและฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลของนิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548)

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบประสาท มีคำถาม 41 ข้อ ประเมินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 1 ข้อ การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป 19 ข้อ การป้องกันแผลกดทับ ข้อยึดติดและการดูแลทางเดินหายใจ 16 ข้อ และการสนับสนุนและให้กำลังใจ 5 ข้อ การคิดค่าคะแนน แต่ละข้อแบ่งเป็น 4 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 จากไม่ได้ปฏิบัติเลย ถึง ปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุกวัน ยกเว้นข้อ 19/1 และ 19/2 ปรับค่าคะแนน 0-2 คะแนน เพื่อให้คำตอบมีความชัดเจนมากขึ้น 3) แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 20 ข้อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระบบที่มีปัญหาในระบบประสาท 2) แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย แบบบันทึกตำแหน่งการเกิดแผลกดทับของ National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2001) ที่ได้รับการแปลและนำมาใช้โดยมยรี โรจนอังกูร (2551) มีลักษณะเป็นรูปคน โดยบันทึกตำแหน่งของแผลกดทับ ได้แก่ บริเวณด้านหลังศีรษะ หู ไหล่ ข้อศอก สะโพก ต้นขา หัวเข่า ท่อนขาส่วนล่าง หัวแม่เท้า และสันเท้า และแบบประเมินตามเกณฑ์ประเมินลักษณะผิวหนัง โดยบันทึกวัน เดือน ปี ของแผลกดทับในแต่ละระดับของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP] (2007) 3) แบบบันทึกการเกิดข้อยึดติด ใช้แบบบันทึกของจุฬารวี ถิ่นทิพย์ (2549) ประกอบด้วย มุมการเคลื่อนไหวข้อต่อของส่วนร่างกาย ได้แก่ นิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก ไหล่ สะโพก เข่า และเท้า ทำการวัดมุมการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ โดยใช้เครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ (Goniometer) ความรู้สึกยึดรั้งหรือติดแข็งขณะผู้ประเมินให้แรงกดในช่วงสุดท้ายของการเคลื่อนไหว และการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเกิดข้อยึดติดหรือไม่เกิดข้อยึดติด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่บ้าน และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท 1 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความสามารถเข้าใจเนื้อหา และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทซึ่งมีกลุ่มลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ในเขตอำเภอสูงเม่น และอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้เท่ากับ .86



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มควบคุม 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่พบผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ดูแลตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและแบบวัดความเครียด บันทึกการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทหลังจำหน่าย และวิธีการดูแลผู้ป่วย จัดบันทึกคำถามของผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน หลังจากนั้นนัดหมายผู้ดูแลครั้งที่ 2 ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วย ตอบข้อสงสัยและข้อซักถามของผู้ดูแล หลังจากนั้นนัดหมายผู้ดูแลครั้งที่ 3 ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 9

ครั้งที่ 3 พบผู้ดูแล ในวันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 9 ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและแบบวัดความเครียด บันทึกการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดของผู้ป่วย ทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่บ้าน

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ให้การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ดังนี้

การสนับสนุนและให้ความรู้ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลโดยติดตามเยี่ยมผู้ดูแลที่บ้าน ในวันที่ 1-5 ของสัปดาห์แรก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และแบบวัดความเครียด บันทึกการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดของผู้ป่วย

1.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อยึดติด และท้องผูก การดูแลทางเดินหายใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการจัดทำผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ฝึกการขับถ่าย การฝึกสวมใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองของผู้ป่วย การทำแผล และการให้อาหาร

1.2 การชี้แนะ โดยชี้แนะถึงความสำคัญของเรื่องที่ทำให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย

1.3 การสนับสนุน โดยทบทวนความรู้และวิธีปฏิบัติกิจกรรม พูดคุยให้กำลังใจถึงสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง สาธิตการบริหารลมหายใจและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ กระตุ้นให้ผู้ดูแลบริหารลมหายใจอย่างสม่ำเสมอ แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่บ้านให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนขั้นตอนต่าง ๆ และเป็นที่ปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโดยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยเพื่อให้ผู้ดูแลปรึกษาเมื่อมีปัญหาสงสัย

1.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับผู้วิจัย สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล หากยังปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยคอยช่วยเหลือแนะนำอย่างต่อเนื่อง

## ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการประเมินผล

ประเมินการฝึกทักษะ โดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล แก้ไขกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง และฝึกทักษะดังกล่าวซ้ำ จนมั่นใจว่าผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามปัญหา จุดบันทึกรวบรวมปัญหา และนัดหมายผู้ดูแลเพื่อให้การสนับสนุน และให้ความรู้ในครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วย ครั้งที่ 6 และ 7 (วันที่ 1 และวันที่ 4 ของสัปดาห์ที่สอง) ครั้งที่ 8 และ 9 (วันที่ 1 และวันที่ 4 ของสัปดาห์ที่สาม) และ ครั้งที่ 10 และ 11 (วันที่ 1 และวันที่ 4 ของสัปดาห์ที่สี่) แต่ละครั้งมีรายละเอียด ดังนี้ 1) ทักทายผู้ดูแลและทบทวนเนื้อหาความรู้และการดูแลผู้ป่วยครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 5 2) ซักถามถึงปัญหา สาเหตุที่ทำให้มีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับผู้ดูแล 3) เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไขร่วมกับผู้ดูแล 4) ให้การชี้แนะและสนับสนุนความรู้ตามคู่มือในแต่ละปัญหา หรือตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และชี้แนะแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนผู้ดูแลและผู้ป่วยในชุมชน 5) สรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไข และ 6) ผู้วิจัยบันทึกปัญหาและแนวทางแก้ไข

หลังจากครบครั้งที่ 11 นัดหมายการพบผู้ดูแลครั้งต่อไป โดยครั้งที่ 12 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 5) และครั้งที่ 13 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 9) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและแบบวัดความเครียด และผู้วิจัยบันทึกการเกิดผลกดทับและข้อยึดติดของผู้ป่วย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบกับสถิติพิชเชอร์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน เปรียบเทียบกับสถิติซี (Paired-z test)
2. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired z-test
3. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent z-test ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test
4. เปรียบเทียบการเกิดผลกดทับและข้อยึดติดของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันก่อนการวิจัย (วันแรกที่เยี่ยม) และติดตามเยี่ยมครบ 2 เดือนโดยใช้สถิติพิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท เลขที่ EC 012/2558 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2558

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

เปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในด้านเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยใช้สถิติพิชเชอร์ (Fisher's Exact test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ความเครียด	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>Z - test</i>	<i>p - value</i>
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการวิจัย	15	36	6.01	39.00	-3.415	0.001
หลังการวิจัย	15	24.20	2.11	25.00		
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการวิจัย	15	34.07	4.82	33.00	-3.412	0.001
หลังการวิจัย	15	22.47	1.19	22.00		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความเครียดต่ำกว่า ( $M=22.47$ ,  $SD=1.19$ ) ก่อนการวิจัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ความเครียด	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง				Mann-whitney <i>U</i>	
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>Z - test</i>	<i>p - value</i>
ก่อนการวิจัย	15	36	4.82	39.00	15	34.07	6.01	33.00	-0.894	0.389
หลังการวิจัย	15	24.20	1.19	25.00	15	22.47	2.11	22.00	-2.52	0.013

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทก่อนการวิจัยไม่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทหลังการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ความสามารถในการดูแล	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>Z - test</i>	<i>p - value</i>
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการวิจัย	15	81.20	10.32	80.00	-3.410	0.001
หลังการวิจัย	15	93.26	7.71	91.00		
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการวิจัย	15	82.93	9.41	84.00	-3.421	0.001
หลังการวิจัย	15	102.93	8.08	100		

จากตาราง 3 กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าความสามารถของผู้ดูแล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ความสามารถในการดูแล	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง				<i>Mann-whitney U</i>	
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>Z - test</i>	<i>p - value</i>
ก่อนการวิจัย	15	82.93	9.41	84.00	15	81.20	10.32	80.00	-0.374	0.713
หลังการวิจัย	15	102.93	8.08	100.00	15	93.26	7.71	91.00	-2.95	0.002

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทก่อนการวิจัยไม่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทหลังการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลในประเด็น ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท ดังนี้

ผู้วิจัยได้ทำกิจกรรมพยาบาลช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และให้คำปรึกษา ร่วมกับการทำสมาธิบำบัดของสมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (2556) โดยการสอนในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการรู้และสอนเสริมจากความรู้เดิม ฝึกทักษะการดูแลร่วมกัน ให้ความรู้เพิ่มเติมในกิจกรรมที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง



ให้คำปรึกษาในปัญหาที่ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือ และประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลมีโอกาสแก้ไขข้อบกพร่องได้ทันที เปิดโอกาสให้มีการซักถามปัญหาที่สงสัยได้ ซึ่งช่วยให้เกิดความมั่นใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี เลิศงามมงคลกุล, ไช่มุก วิเชียรเจริญ และ อาภาวรรณ หนูคง (2554) พบว่า การสอนตามความสนใจของผู้ดูแลแต่ละคนทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เพิ่มเติม ส่วนการให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ทำให้ได้ประสบการณ์จริง เพิ่มความเข้าใจ สามารถจดจำได้นานขึ้น จนเกิดความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

การชี้แนะ ผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับทราบถึงเหตุผลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และเป็นข้อมูลให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกหรือไม่เลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เอง ผู้วิจัยให้การชี้แนะผู้ดูแลเป็นรายบุคคลทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล ซึ่งการชี้แนะเป็นรายบุคคลช่วยทำให้ผู้ชี้แนะสามารถเข้าใจถึงปัญหาของผู้รับบริการชี้แนะอย่างถ่องแท้และให้คำชี้แนะได้ตรงตามความต้องการ เนื่องจากปัญหาของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันออกไป (Sullivan & Decker, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี เลิศงามมงคลกุล, ไช่มุก วิเชียรเจริญ และอาภาวรรณ หนูคง (2554) พบว่า การชี้แนะร่วมกับการสนับสนุนสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง

การสนับสนุน โดยทบทวนความรู้และวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ให้กำลังใจถึงสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อให้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ได้เพิ่มกิจกรรมเป็นที่ปรึกษาปัญหาแก่ผู้ดูแลเมื่อมีข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยโดยให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง และเพิ่มกิจกรรมเพื่อลดความเครียด เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทุกวันทำให้ผู้ดูแลมีแบบแผนการดำรงชีวิตทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ขาดการเอาใจใส่ตนเอง นอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาทำงานอดิเรก อีกทั้งไม่ได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นเช่นเคย เป็นต้น โดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลทำการบริหารลมหายใจ ซึ่งการบริหารลมหายใจถือเป็นการทำสมาธิบำบัดอย่างหนึ่ง กล่าวคือเป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างสมดุลในร่างกาย ซึ่งหากร่างกายเสียสมดุลก็จะสื่อให้เห็นจากอาการปวดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ หลักของสมาธิบำบัด คือ การกำหนดจิตรับรู้ และการเคลื่อนไหวด้วยลมหายใจเข้าและออก เป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิหนึ่งเพื่อการผ่อนคลาย โดยการออกกำลังระบบประสาททางจุมกอย่างง่าย ๆ เช่น ดูการเคลื่อนไหวของลม เป็นต้น และเป็นเรื่องของการรู้ตัวทุกครั้งของการหายใจเข้าเป็นการเพิ่มพลังให้แก่ร่างกายเพิ่มออกซิเจนทำให้ร่างกายมีชีวิตชีวา ทุกครั้งที่หายใจออกคาร์บอนไดออกไซด์จะถูกขับออก ลดความตึงเครียด ความกังวล ความวุ่นวาย และปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจเป็นเทคนิคที่ง่ายที่สุดและได้ผลเร็วที่สุด (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ จมาภรณ์ ใจภักดี, กมล อุดล, ปราบธนา สติติภาวิ และพนม เกตุมาน (2557) ที่ศึกษาเชิงทดลองในการวัดผลการฝึกหายใจแบบลึกและผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพร้อมทั้งฝึกหายใจแบบลึกและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดลดลง เมื่อผู้ดูแลไม่มีความเครียดจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของสมบัติ น้ำดอกไม้ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ผลพบว่าหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ความเครียดลดลง และมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการลดความเครียดในผู้ดูแลจะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ร่วมกับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ปัญหาในระบบประสาทที่บ้านให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา โดยมีเนื้อหาครอบคลุม กระชับ และมีรูปภาพประกอบ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและจดจำได้มากขึ้น และช่วยลดความวิตกกังวลว่าจะจำเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดไม่ได้ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญใจ ลือเมือง, ชนิษฐา นาคะ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2556) ที่พบว่าการสอนโดยใช้สื่อการสอนประกอบ การให้คู่มือแก่ผู้ดูแลเพื่อให้อ่านและทบทวนทำความเข้าใจได้เองภายหลัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยใช้การติดตามเยี่ยมที่บ้านซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ผู้ดูแลคุ้นเคย ทำให้เหมาะสมในการเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่ง Orem (1995) ให้ข้อคิดเห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของผู้ใช้บริการเป็นสิ่งจำเป็นและควรใช้ในการดูแลครอบครัวซึ่งมีคนรวมกันเป็นกลุ่ม ประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ เจตคติ และการนับถือบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนามักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย การช่วยเหลือด้วยวิธีนี้มักใช้ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ เช่น การสอน เป็นต้น (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2553) การศึกษาครั้งนี้แสดงถึงประสิทธิผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเครียดและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาท สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจและลดความเครียดของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งควรนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทต่อไป รวมถึงสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยควรจัดอบรมเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่บ้าน และควรทำในลักษณะของโครงการพัฒนาคุณภาพ ที่มีคณะทำงานที่ได้รับการแต่งตั้งและมอบหมายความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการจัดให้มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการจัดการเรียนการสอน สถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการสอนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาพิการติดเตียง โดยควรให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้และลดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีปัญหาซับซ้อนที่ไม่สามารถให้ความรู้หรือการสอนตามปกติได้



2. การศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้ระบบสนับสนุนโดยการติดตามเยี่ยมและให้ความรู้ที่บ้านทุก 2-3 สัปดาห์ สลับกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือสื่อออนไลน์ เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และสามารถนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยในชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

### รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *คู่มือคลายเครียด*. (ฉบับปรับปรุงใหม่) (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2553). ศาสตร์ทางการพยาบาล. ใน วารุณี เอี่ยมสวัสดิกุล (บรรณาธิการ), *เอกสารสอนชุดวิชาโมดูลและกระบวนการพยาบาล: Nursing Concept and Process*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ขวัญตา บุญวาต, ธิติรัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุนหบดี และนิมิตศุตรา แว. (2560). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1): 205-216.
- ขวัญใจ ลือเมือง, ขนิษฐา นาคะ และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง “การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย” หน้า 170-184.
- จมากรณ์ ใจภักดี, กมล อุดล, ปรรธนา สติติภาวิ และพนม เกตุมาน. (2557). ผลของการฝึกหายใจแบบลึกร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความดันโลหิตและความเครียด ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *Graduate Research Conference 2014*, 1641-1649.
- จุฬารีย์ ถิ่นทิพย์. (2549). ผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพากร กระเสาร์, จุฬารีย์ ชัยวงศ์นาคพันธ์ และสิริวัฒนา เกตุวิระพงศ์. (2551). ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลต่อความสามารถของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 16(1): 41-51.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี โรจนอังกูร. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *อุตรดิตถ์: โรงพยาบาลอุตรดิตถ์*.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (มปป). *ความเครียดและวิธีแก้ความเครียด*. (ออนไลน์) 2554 สืบค้นเมื่อ 3 เม.ย. 60 จาก <http://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/47/>



- สมบัติ น้ำดอกไม้. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี. (2554). การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. นครปฐม: เพชรเกษมพรินติ้ง กรุ๊ป.
- สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี. (2556). บทบรรณาธิการ นวัตกรรมสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพและการเยียวยาผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(3): 215-217.
- สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, ไชยมุก วิเชียรเจริญ และอาภาวรรณ หนูคง. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. *Journal of Nursing Science*, 29(4): 54-60.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *หนังสือสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. จันทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- Hickey, J. V. (2007). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- National Institute for Clinical Excellence [NICE]. (2001). *Working Together to Prevent Pressure Ulcer*. Retrieved July 30, 2015 from <http://nice.org.uk>
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F. (1996). *Testing the Difference Between Two Mans: The Two-Sample t-test. In Data Analysis Statistics for Nursing Research*. New York: Appleton & Lange
- Sullivan, E. J. & Decker, P. J. (2005). *Effective Leadership and Management in Nursing*. Philadelphia: Upper Saddle River, N.J.
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP]. (2007). National Pressure Ulcer Advisory Panel's updated Pressure Ulcer Staging System. *Urologic Nursing*, 27(2): 144-150.