

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตจำนวน 1.18 ล้านคนต่อปี หรือเสียชีวิตเฉลี่ย 3,242 คนต่อวัน พบมากในช่วงอายุ 15-29 ปี ส่วนในทวีปเอเชียตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 ถึง ค.ศ. 1998 พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 44 ถึง 243 (World Health Organization, 2002) โดยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากทางการจราจรเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้กระทบกระเทือนต่อเนื้อสมอง (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1991)

สำหรับในประเทศไทยปัจจุบันพบว่า สถิติผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรของเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับจังหวัดของโรงพยาบาล 19 แห่ง ในปี พ.ศ. 2542 พบผู้บาดเจ็บทั้งหมด 255,558 ราย เสียชีวิต 6,328 ราย ซึ่งส่วนมากเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ชไมพันธ์ สันติกาญจน์, สมชาย เวียงพิทักษ์ และวันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, 2545) สอดคล้องกับข้อมูลโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ และเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในระหว่างแนวของเขตภาคเหนือตอนล่างและภาคกลางตอนบนให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดใกล้เคียง พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดการบาดเจ็บจราจรค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 16,900 ราย พบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสูงสุดร้อยละ 44 (สรุปผลงานประจำปี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2547)

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่สเคล และเจนเน็ต (Teasdale & Jennette, 1974) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยใช้คะแนนของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale: GCS) เป็น 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (คะแนน GCS = 13-15) เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 80-86 กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (คะแนน GCS = 9-12) และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (คะแนน GCS 3-8) พบได้ร้อยละ 12-14 (Tale, MacDonald, & Lulham, 1998) การวินิจฉัยระดับความรุนแรงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการรักษาและพยากรณ์โรค ในการตัดสินใจให้ดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งนับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะต้องทำตั้งแต่ระยะวิกฤตก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อวางแผนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างถูกต้องต่อไป

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ลักษณะพยาธิสภาพของสมองหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ คือ มีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ สมองบวม และมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Walleck & Mooney, 1994) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ และการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลงได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังได้รับบาดเจ็บ ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 (Lobato et al., 1991) และมีโอกาสที่ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพได้เพียงร้อยละ 22 และไม่สามารถทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 4-6 (Colantonio, Ratcliff, Chases, Kelsey, Escobar, & Vernich, 2004) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางได้รับการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยหวังผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้น ระยะยาว กับผู้ป่วยและครอบครัว (Karma, 1993)

ปัจจุบันเทคโนโลยีความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรอดชีวิตมากขึ้น แต่บางรายที่รอดชีวิตอาจหลงเหลือความพิการ เนื่องจากเนื้อสมองถูกกระทบกระเทือนส่งผลให้เกิดการทำลายของสมอง การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ เช่น มีอาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อแขนและ/หรือขาอ่อนแรง กลืนลำบาก (Benson & Lusardi, 1995; Meythaler, McCary, & Hadley, 1997) มีอาการสับสน ความจำลดลง (Hall & Bornstein, 1991) มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร (พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร, รัตาทิพย์ ชัยศรี และรัฐลักษณ์ โอบอ้อม, 2541) มีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ เช่น ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้ลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้ (Bontke & Boake, 1996; Whyte et al., 1998) เกิดผลกระทบคือ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ญาติต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้างแพง, 2540) ภาระค่าใช้จ่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาลค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการวินิจฉัย (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) และในกรณีที่ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ญาติต้องคอยช่วยเหลือดูแลทำให้เกิดการขาดงาน และอาจต้องลาออกจากงานในที่สุด ส่งผลทำให้รายได้ของครอบครัวลดต่ำลง (Karma, 1993) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต มีการเปลี่ยนผ่านสู่ระยะฟื้นสภาพโดยเร็วที่สุดซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว มีความสามารถในการรู้และเข้าใจ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้เร็วที่สุด

จากแนวคิดของ ชิค และเมลิส (Chick & Meleis, 1986 cited in Schumacher & Meleis, 1994) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต พยาบาลมีหน้าที่การประเมิน ให้การช่วยเหลือบุคคล และญาติให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่าน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ นั่นคือ ผู้ป่วยอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) เช่น ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้มีการเปลี่ยนผ่านตั้งแต่ระยะวิกฤตถึงระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการไม่คงที่ เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ง่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคทำให้การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย หรือการเผชิญกับปัญหาที่ถูกคุกคามต่อชีวิตเป็นไปได้ยาก ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น โดยการช่วยเหลือให้เปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤตสู่ระยะฟื้นฟูสภาพที่ดี หลงเหลือความพิการน้อยที่สุด ซึ่งเป็นการช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งถ้าผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพความสามารถให้ดีขึ้น ร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านจะส่งผลทำให้ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวที่ตามมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิจัยหลายท่าน (อาภาพรธม นามอาษา, 2545; Gan & Lim, 2004; Thomas, Beverly, Jay, & Kay, 2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รวมทั้งปัจจัยทำนายการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม อายุ และการมีส่วนร่วมของญาติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวซึ่งมีข้อสนับสนุนและหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าเป็นปัจจัยชักนำที่มีความสำคัญและใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพในระยะวิกฤตได้ดี ดังเช่นการศึกษาของ อาภาพรธม นามอาษา (2545) ศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 110 คน พบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในระยะหลังจำหน่าย 7 วัน 1 เดือน และ 3 เดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ ( $r = -.834, p < .01, r = -.333, p = .01, r = -.177, p < .05$ ) ตามลำดับ และทำนายความผันแปรของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 70.90 ( $p < .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โทมัส, บีเวอร์รี่, เจย์ และเคย์ (Thomas, Beverly, Jay, & Kay, 2001) ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังได้รับบาดเจ็บในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจำนวน 107 คน ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บประเมินโดยใช้แบบประเมิน GCS

มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย และด้านการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อย่างไรก็ตาม จาเรอร์, รีโต และสันจา (Jarier, Reto, & Sonja, 2000) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 50 คน พบว่า ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย

ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม คือความรุนแรงของอวัยวะอื่นนอกเหนือจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอยู่ขณะ ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยชักนำ ที่มีความสำคัญ กล่าวคือ การบาดเจ็บบริเวณใบหน้า การบาดเจ็บทรวงอก การบาดเจ็บช่องท้อง การบาดเจ็บของแขน มือ ไหล่ ขา และเท้า ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วมดังกล่าวมีผลต่อ ปริมาณเลือดที่จะ ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมองลดลง เซลล์สมองขาดเลือด ขาดออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะ สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียหายของระบบ ประสาทหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ยังผลให้เกิดความ พิกการ และการสูญเสียชีวิตตามมา (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541) และจากการศึกษาภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บหลายระบบ โดยมีค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) มากกว่า 16 คะแนน จำนวน 537 ราย ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 สัปดาห์, 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยหายเป็นปกติ (Good Recovery) ร้อยละ 36.9, 42.3 และ 62.4 ตามลำดับ และ มีระดับความพิการปานกลาง (Moderate Disability) ร้อยละ 42.8, 10.6 และ 7.6 ตามลำดับ (Sluis, Duis, & Gantzen, 1995)

อายุ เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการศึกษา มีความแตกต่างกันในความสัมพันธ์ของอายุ และการฟื้นฟูสภาพของ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังการศึกษาของ แกนทอลด์, ฮักซอเซิน และอีวัท (Ghantal, Hukklhaxen, & Ewaut, 2003) ได้ศึกษาวิจัยเชิงบรรยายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง จำนวน 5,600 คน พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่มีอายุน้อยมีการฟื้นฟูสภาพหายเป็นปกติร้อยละ 96 ในขณะที่ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีการฟื้นฟูสภาพได้เพียงร้อยละ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แกน และลิ้ม (Gan & Lim, 2004) ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังจำหน่ายกลับบ้าน 6 เดือน ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ในกลุ่มอายุที่ต่างกัน พบว่าผู้ป่วย บาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี มีการฟื้นฟูสภาพหายเป็นปกติดีกว่ากลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับผลการศึกษาของ จาเรอร์, รีโต และสันจา (Jarier, Reto, & Sonja, 2000) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ศีรษะ จำนวน 50 คน พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บ

ที่ศีรษะ จะเห็นได้ว่าอายุอาจเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยสภาพร่างกายแข็งแรงการทำงานในระบบต่าง ๆ อาจสมบูรณ์กว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก และถึงแม้ว่าผลการศึกษาส່วนใหญ่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่ยังมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันอยู่

การมีส่วนร่วมของญาติ เป็นปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมองตั้งแต่ระยะแรกจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพช่วยตนเองได้ดีขึ้น ทั้งในด้านการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ และระดับความรู้สึกของประสาทสัมผัสทั้งห้า รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ และลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล (Mackay, 1992) จากการศึกษาของ เฮวรัตน์ ยามอม (2544) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในวันที่ 3, 7, 14, 21 และ 28 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติดแข็ง และการอักเสบของแผลผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดหายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2545) ได้วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลโดยให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โดยการส่งเสริมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการพยาบาลที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับการฟื้นฟูสภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับผลการศึกษา รัมภ์รดา อินทร (2538) ซึ่งวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 12 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 13 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตามคู่มือการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวยังมีความหลากหลายไม่ชัดเจน และยังไม่มีพบการศึกษาการเปลี่ยนผ่านในระยะเวลาฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับภาวะสุขภาพของ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพจะช่วยเป็นแนวทางในการวางแผน ให้การช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในระยะวิกฤตสามารถเปลี่ยนผ่านสู่ระยะฟื้นฟูสภาพได้ปลอดภัย และมีความพร้อมก่อนในระยะที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้านได้ต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยศึกษาตามรูปแบบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม อายุ และการมีส่วนร่วมของญาติ เพื่อให้ทีมสุขภาพ และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง เพื่อใช้เป็นแนวทางวางแผน ให้การช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะวิกฤตสามารถเปลี่ยนผ่านสู่ระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างปลอดภัย ลดความพิการ และมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน รวมทั้งเป็นการพัฒนาแนวทางหรือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้ได้มาตรฐาน และเป็นการยกระดับคุณภาพ โรงพยาบาลสู่การเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม อายุ และการมีส่วนร่วมของญาติ กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

### สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม อายุ และการมีส่วนร่วมของญาติ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยทีมสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับปานกลาง นำปัจจัยดังกล่าวมาใช้ในการวางแผน ให้ความช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางสามารถเปลี่ยนผ่านในระะยะการฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการศึกษาพยาบาล โดยใช้ผลการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษา และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางที่มีประสิทธิภาพต่อไป

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ เช่น การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล และตลอดจนการพัฒนาแนวทาง/ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม อายุ และการมีส่วนร่วมของญาติ ทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2549 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2550

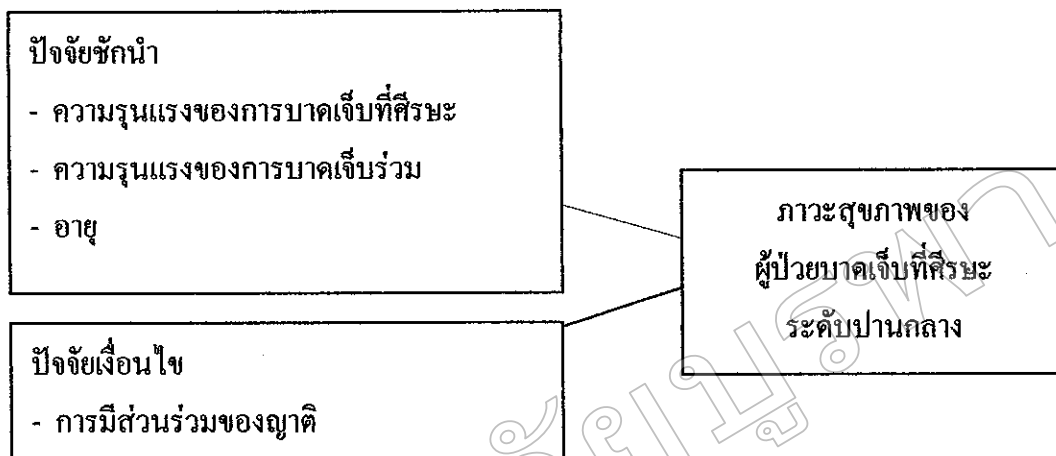
## กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ เมลิส, ซอเยอร์, อิม, มีชีส และชูเมคเคอร์ (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านกล่าวถึงการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังจุดหนึ่งหรืออีกสถานะหนึ่งของชีวิต มีจุดเน้นมุ่งที่ประเมิน ให้การช่วยเหลือบุคคล และญาติให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่าน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Schumacher & Meleis, 1994) โดยการเปลี่ยนผ่านเป็นระบบเปิดประกอบด้วย 1) สิ่งนำเข้า (Input) ซึ่งเป็นปัจจัยทางธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of Transitions) ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชนิดการเปลี่ยนผ่าน (Type of Transitions) ปัจจัยด้านรูปแบบการเปลี่ยนผ่าน (Patterns of Transitions) และปัจจัยด้านลักษณะการเปลี่ยนผ่าน (Properties of Transitions) 2) กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย

ปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคล (Personal) ด้านชุมชน (Community) ด้านสังคม (Society) และ 3) ผลลัพธ์ (Output) ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อกระบวนการ (Pattern of Response) โดยมีตรรกะนี้วัดการเปลี่ยนผ่าน 2 อย่าง คือ ด้านกระบวนการ (Process Indicators) และด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยอธิบายได้ว่า ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางมีการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ จากภาวะสุขภาพดีสู่การเจ็บป่วย และจากระยะวิกฤตสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ โดยการเปลี่ยนผ่านเป็นระบบเปิด คือ มีสิ่งนำเข้า (Input) ซึ่งเป็นปัจจัยชักนำหรือปัจจัยธรรมชาติ ด้านชนิดการเปลี่ยนผ่าน (Type of Transitions) โดยมีความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม ซึ่งเป็นภาวะสุขภาพก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นจุดวิกฤตและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Critical Point and Events) และอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการตามวัยต่าง ๆ เข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (Transition Process) โดยมีปัจจัยเงื่อนไขทางด้านชุมชน (Community) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของญาติ ซึ่งเป็นปัจจัยการสนับสนุนในการเปลี่ยนผ่าน มีพยาบาล ทีมสุขภาพ วางแผน และญาติ ร่วมให้การช่วยเหลือเพื่อให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์เกิดผลลัพธ์ที่ดี (Output) คือ สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบาย และมีการพัฒนาความสามารถด้านร่างกายได้มากขึ้น (Mastery of Skill) นั่นคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีขึ้น โดยมีระดับความรู้สึกรู้ตัว ความสามารถในการรู้และเข้าใจ และมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม อายุ และการมีส่วนร่วมของญาติ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ** หมายถึง การฟื้นสภาพจากภาวะการเจ็บป่วยในระลอกฤดูสู่ภาวะปกติ หรือเกือบเทียบเท่าภาวะปกติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประเมินจากระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการรู้และเข้าใจ และความสามารถในการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง โดยประเมินในวันที่แพทย์ศัลยกรรมประสาทอนุญาตให้ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และ/ หรือ 14 วัน หลังผู้ป่วยรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของ แรพพอร์ท, ฮอลล์ และฮอปคิน (Rappaport, Hall, & Hopkins, 1982) แบ่งประเมินผู้ป่วย 3 ด้าน คือ 1) ระดับความรู้สึกตัว (Arousal, Awareness and Responsivity) โดยใช้คะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale: GCS) ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การลืมตา การเคลื่อนไหว และการใช้คำพูด 2) ความสามารถในการรู้และเข้าใจ (Cognitive Ability) ประกอบด้วย การทำความเข้าใจร่างกาย การรับประทานอาหาร การจับถ้ำย และ 3) ความสามารถในการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง (Level of Functioning)

**ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ** หมายถึง ค่าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บต่อสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ประเมินได้จากแบบประเมินความรุนแรงตามคะแนนกลาสโกว์ (Glasgow Coma Scale: GCS) ของ ทีสเดล และเจนเน็ต (Teasdale & Jennett, 1974) โดยประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye Opening) ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) และด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) แบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็น 3 ระดับ คือ

การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย คะแนน GCS 13-15 คะแนน

การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง คะแนน GCS 9-12 คะแนน

การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับอย่างรุนแรง คะแนน GCS 3-8 คะแนน

ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม หมายถึง ค่าคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บใน  
อวัยวะอื่นนอกเหนือจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นอยู่ขณะได้รับการรักษาใน  
โรงพยาบาล ได้แก่ การบาดเจ็บศีรษะ และลำคอ บริเวณใบหน้า บริเวณทรวงอก ภายในช่องท้อง  
แขน ขา และบาดแผลของผิวหนัง ประเมินได้จากค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity  
Score: ISS) จากระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Abbreviated Injury Scale: AIS) 85 ของ  
ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์, นงนุช ตันติธรรม, อรพินท์ สุขประเสริฐ และนงศ์พงา ทองเจริญ (2538)  
ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ เบเกอร์ (Baker, 1974) แบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม  
ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 25 หมายถึง ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วมน้อย

คะแนน 26-69 หมายถึง ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วมปานกลาง

คะแนน มากกว่า 70 หมายถึง ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วมมาก

อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งนับจำนวนเต็มเป็นปีเมื่อครบรอบวันเกิด  
ที่ผ่านมา โดยถ้ามากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี

การมีส่วนร่วมของญาติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ  
ของญาติ ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง  
ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการตัดสินใจ (Decision Making Process)  
หมายถึง การมีส่วนร่วมของญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย และ  
ตัดสินใจเลือกกิจกรรมหรือการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรจะได้รับ 2) กิจกรรมการดูแล  
(Take Part in Care) หมายถึง การมีส่วนร่วมของญาติในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลผู้ป่วย  
บาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วยการดูแล 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ ด้านการให้  
ข้อมูลข่าวสาร และ 3) การประเมินผลการดูแล (Evaluation) หมายถึง การมีส่วนร่วมของญาติ  
ในการประเมินอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังได้รับกิจกรรมการรักษาดูแลจากแพทย์  
พยาบาล และญาติ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยแจ้งให้แพทย์ และพยาบาล  
ทราบเพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับวางแผนให้การดูแลต่อไป

ญาติ หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด อาจเกี่ยวข้องกัน โดย  
สายเลือดหรือทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์และมีบทบาทหน้าที่ต่อกัน  
ภายในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง ผู้ปกครอง และ/ หรือเพื่อน

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบ  
ต่อศีรษะ และ/ หรือร่างกายแล้วก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ สมอง และ  
เส้นประสาทสมอง และ/ หรือตรวจพบมีบาดแผลลักษณะที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก ในการศึกษา  
ครั้งนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางซึ่งมีระดับ GCS แกรับในหอผู้ป่วยศัลยกรรม  
อุบัติเหตุ ช่วง 9-12 คะแนน

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University