

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ

Activities of Daily Living in Patients with Multiple Traumatic Injuries

ดวงกมล สุวรรณ¹, วิภา แซ่เซีย¹, ประณีต ส่องวัฒนา¹

Daungamon Suwan¹, Wipa Sae-Sia¹, Praneed Songwattana¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษานในช่วง 14 วันแรก ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีระดับการบาดเจ็บที่รุนแรงสาหัสถึงรุนแรงมาก (Injury Severity Score 16 - 49 คะแนน) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม (Barthel index) ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 70 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 45.35 ปี (S.D. = 16.48) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บเฉลี่ยเท่ากับ 29.05 (S.D. = 5.62) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ผู้ป่วยร้อยละ 35 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย และร้อยละ 25 ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ร้อยละ 15 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 20 ช่วยเหลือตนเองได้มาก และร้อยละ 5 ช่วยเหลือตนเองได้โดยอิสระ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ร้อยละ 95 ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อสอน ชี้แนะ ให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บาดเจ็บหลายระบบ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

Abstract

This descriptive study aimed to evaluate the levels of activities of daily living (ADL) abilities of patients with multiple traumatic injuries admitted in a secondary hospital in southern Thailand. The samples of the study were 20 patients with multiple traumatic injuries admitted within the first 14 days of trauma ward. The levels of the injury were serious injury to the severe one, measured by the Injury Severity Score (ISS) ranged from 16 to 49. The data were collected using the BI questionnaire comprising of 10 items of ADL. The validity of the questionnaire was verified by a Cronbach's alpha coefficient of .93. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study showed that most of the patients (70%) were male with mean age of 45.35 years old (S.D. = 16.48). The mean of ISS was 29.05 (S.D. = 5.62). Overall mean score of ADL was at a low level. 35% of the patients could not be able to perform ADL by themselves and 25% of them could perform ADL in a low level. Moreover, 15% of them could be able to perform ADL in a moderate level, 20% could be able to perform it in a high level, and 5% could perform it in an independent level. The study indicated

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ Faculty of Nursing, Prince of Songkla University



the patients with multiple traumatic injuries were mostly dependent on caregivers in performing ADL. Therefore, nurses are suggested to develop program to advise family caregivers in performing ADL effectively.

Keywords: Activities of Daily Living, Multiple Traumatic Injuries, Patients with Traumatic Injury

บทนำ

การเกิดอุบัติเหตุเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ได้รับบาดเจ็บเกิดความพิการ และเสียชีวิตตามมา โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555) การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเป็นการบาดเจ็บหลายระบบ คือ เป็นการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป (Butcher & Balogh, 2014; Newberry, 2003) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจร ทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายระบบ (สมหมาย โปศณภักษ์, 2554) ในประเทศไทยพบว่าแนวโน้มของผู้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2554-2557 พบผู้บาดเจ็บประมาณ 10,216-14,021 ราย (กรมทางหลวง สำนักอำนวยการความปลอดภัย, 2557) และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมากในระหว่างปี พ.ศ. 2554-2557 มีผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษา ปีละประมาณ 386-430 ราย (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ งานเวชระเบียนและสถิติ, 2557) ผลกระทบของการบาดเจ็บหลายระบบจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ในปัจจุบันได้มีการให้คะแนนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score-ISS) (Baker, O' Neill, Haddon & long, 1974) ซึ่งถ้าคะแนนระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสูงก็จะทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยที่รุนแรงและมีโอกาสเกิดความพิการและเสียชีวิตสูง (Sardinha, de Sousa, Nogueira, & Damiani, 2015) และพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บสูงก็จะทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Maeshiro, Lopes, Okuno, Camapanharo, & Batista, 2013) โดยผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงว่าผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองตามแนวคิดความพร่องในการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลและพยาบาล ดังนั้นการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งการบาดเจ็บของอวัยวะหลายอวัยวะทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องนอนติดเตียงเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องมีญาติเข้ามาดูแลช่วยเหลือ (Yolanda, Flores, Magdalena, Flores, & Rangel, 2010)

ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 60 มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ที่ระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง โดยมีคะแนน ISS ระหว่าง 1-15 และผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 40 มีความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ที่ระดับสาหัสถึงระดับรุนแรงมาก โดยมีคะแนน ISS ระหว่าง 16-49 (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หน่วยอุบัติเหตุ, 2557) โดยผู้ป่วยกลุ่มหลังจะมีการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน ส่งผลกระทบกับอวัยวะของร่างกายทุกส่วน ตั้งแต่สมอง กระดูกสันหลัง ทรวงอก ช่องท้อง กระดูก และหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีระดับความรู้สึกลดลง ความจำพร่อง แขนขาอ่อนแรง (Granacher, 2008) โดยอาจจะอ่อนแรงทั้งแขนและขา หรืออ่อนแรงครึ่งล่าง และอาจเป็นอัมพาต (Morganti, Raghupathi & Mass, 2012) บางรายได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (อภิชนา ไชวินทะ, 2557) จากผลกระทบที่กล่าวมาส่งผลให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง หรือบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับรุนแรงมาก คือมีคะแนน ISS เท่ากับ 26.7 ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งเกิดความปวดร้าว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่งผลให้

การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง (Lefering et al., 2012) และการศึกษาผู้บาดเจ็บที่มีกระดูกข้อเข่าหักที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความปวด ไม่สุขสบาย เมื่อย่ำ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง (Leburn, Langford & Sagi, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บรุนแรงมาก ที่มี ISS ระหว่าง 25-49 จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสาหัส ที่มี ISS น้อยกว่า 25 (Sampalis et al., 2006) แม้แต่การบาดเจ็บเพียง 1 อวัยวะ ผู้ป่วยก็มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงทุกกิจกรรมเช่นกัน ตั้งแต่การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การขึ้นบันได การอาบน้ำ การขึ้นลงจากเตียง (Alarcon, Madero, & Otero, 2011; Gonzalez, Pita, Seoane, Lopez, & Gonzalez, 2015) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงทุกกิจกรรม โดยเฉพาะด้านการอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลตามลำดับ (มานี หาททรัพย์, มงคลชัย หาททรัพย์, และทัศนีย์ นะแสง, 2557) จะเห็นได้ว่าแม้มีการบาดเจ็บเพียงอวัยวะเดียว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันยังลดลงทุกกิจกรรม ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บหลายระบบ ก็ย่อมทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่เป็นที่ทราบชัดเจนว่าระดับความสามารถของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวลดลงมากน้อยเพียงใด ซึ่งยังไม่พบจากการศึกษาที่ผ่านมา ผลการศึกษาในครั้งนี้จะให้ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการพัฒนาโปรแกรมในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้บาดเจ็บหลายระบบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแลตนเอง (ดัดแปลงจาก Orem, 1995)

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) โดยแนวคิดความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นความเกี่ยวข้องกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ซึ่งบุคคลต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับความต้องการการดูแลตนเอง บุคคลนั้นจึงจะสามารถดูแลตนเองได้

หากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดแสดงว่าบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยอาจเป็นความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งหมดหรือบางส่วน ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีระบบการพยาบาลเข้าไปช่วยเหลือโดยต้องอาศัยพยาบาล/ญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือ เช่น การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเท่าเทียมกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 1995) สำหรับในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ที่ระดับสาหัสถึงระดับรุนแรงมาก โดยมีคะแนน ISS ระหว่าง 16-49 เป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงและซับซ้อน จากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความผิดปกติและเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่



ของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ สมอง กระดูกสันหลัง ทรวงอก ช่องท้อง แขน ขา และหลอดเลือด ทำให้ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่น ได้แก่ พยาบาล หรือญาติผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความสมดุลกันระหว่างระดับความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แต่ในการศึกษาครั้งนี้ขอศึกษาเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเท่านั้น ดังแสดงในภาพที่ 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 3) มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับรุนแรงสาหัส ถึงระดับความรุนแรงมาก 4) มีระดับความรู้สึกตัวดี 5) สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี และไม่มีปัญหาในการมองเห็น ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อคำถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ และโรคประจำตัว
2. แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันบาร์เธลอินเด็ก (Barthel Index) (Mahoney & Barthel, 1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (2550) เพื่อนำมาใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีผู้นำไปใช้กันอย่างสากลกับกลุ่มผู้ป่วยหลายประเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 7) การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ และ 10) การปัสสาวะ ซึ่งแต่ละกิจกรรมมีคะแนนเต็มต่างกันตามความยากง่ายของการทำกิจกรรม ตั้งแต่ 0-15 คะแนน มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็น 5 ระดับ มีการแปลผลดังนี้



- 0 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
25 - 45 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
50 - 70 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
75 - 90 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก
91 - 100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาหาความเที่ยงของแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ: REC: 58-033-19-9 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตัวและชี้แจงพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแล ในขณะที่ดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิก หรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย และปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการในวันที่ 13-14 ก่อนผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผลการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลังระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับสาหัสถึงรุนแรงมาก มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14 วัน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70) อายุเฉลี่ย 45.35 ปี (S.D. = 16.48) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 45) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90) มีอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 95) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 20) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรงมาก (ISS = 25-49) โดยมีคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บเฉลี่ย 29.05 คะแนน (S.D. = 5.62) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีการบาดเจ็บของทรวงอก ช่องท้อง หลอดเลือด และไขสันหลัง (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และโรคประจำตัว

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	M(S.D.)
เพศ		
ชาย	14 (70)	45.35 (16.48)
หญิง	6 (30)	
อายุ (ปี)		
สถานภาพ		
โสด	5 (25)	45.35 (16.48)
สมรส	13 (65)	
หม้าย/หย่า/แยก	2 (10)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9 (45)	45.35 (16.48)
มัธยมศึกษา	8 (40)	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ปริญญาตรี	3 (15)	
ศาสนา		
พุทธ	18 (90)	45.35 (16.48)
อิสลาม	2 (10)	
อาชีพ		
อาชีพที่มีรายได้ประจำ	1 (5)	45.35 (16.48)
อาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ	19 (95)	
โรคประจำตัว		
ไม่มี	16 (80)	45.35 (16.48)
มี	4 (20)	
ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (คะแนน)		
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (คะแนน)		
ระดับสาหัส (ISS 16-24)	6 (30)	29.05 (5.62)
ระดับรุนแรงมาก (ISS 25-49)	14 (70)	
ระบบของการบาดเจ็บ		
บาดเจ็บสมอง	8 (40)	29.05 (5.62)
บาดเจ็บทรวงอก ช่องท้อง หลอดเลือด และใบหน้า	20 (100)	
บาดเจ็บกระดูก	15 (75)	

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยร้อยละ 35 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย ร้อยละ 25 ช่วยเหลือตนเองได้ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 15 ช่วยเหลือตนเองได้ระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ช่วยเหลือตนเองได้ระดับมาก และร้อยละ 5 ช่วยเหลือตนเองได้โดยอิสระ ตามลำดับ (ตารางที่ 2) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งมีร้อยละของค่าเฉลี่ยความสามารถโดยรวมเท่ากับ 42.47 (S.D. = 29.76) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 2** ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (n=20)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย	7 (35)
ช่วยเหลือตนเองได้ระดับเล็กน้อย	5 (25)
ช่วยเหลือตนเองได้ระดับปานกลาง	3 (15)
ช่วยเหลือตนเองได้ระดับมาก	4 (20)
ช่วยเหลือตนเองได้โดยอิสระ	1 (5)

เมื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำแนกตามลักษณะกิจกรรม พบว่ากิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างพร่องความสามารถมากที่สุด 3 กิจกรรมแรก ได้แก่ การอาบน้ำ ($M = 10.00$, $S.D. = 30.78$) รองลงมา คือ การขึ้นบันได ($M = 27.50$, $S.D. = 37.95$) และการแต่งตัว ตามลำดับ ($M = 30.00$, $S.D. = 34.03$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแบ่งเป็นหมวดกิจกรรม 10 กิจกรรม (n = 20)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน (ร้อยละ)	M (S.D.)	ระดับความสามารถ
การรับประทานอาหาร		47.50 (30.24)	ปานกลาง
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	4 (20)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	13 (65)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	3 (15)		
การขึ้นลงจากเตียง		50.00 (39.74)	ปานกลาง
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	4 (20)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	9 (45)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	7 (35)		
ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม		60.00 (50.26)	ปานกลาง
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	8 (40)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	12 (60)		
การเข้าห้องน้ำ		37.50 (42.53)	เล็กน้อย
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	10 (50)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	5 (25)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	5 (25)		



ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบแบ่งเป็นหมวดกิจกรรม 10 กิจกรรม
(n = 20)

กิจวัตรประจำวัน	จำนวน (ร้อยละ)	M (S.D.)	ระดับความสามารถ
การแต่งตัว		30.00 (34.03)	เล็กน้อย
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	10 (50)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	8 (40)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	2 (10)		
การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน		36.67 (43.12)	เล็กน้อย
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	10 (50)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	3 (15)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	2 (10)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	5 (25)		
การขึ้นบันได		27.50 (37.95)	เล็กน้อย
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	12 (60)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	5 (25)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	3 (15)		
การอาบน้ำ		10.00 (30.78)	ไม่สามารถความสามารถในการปฏิบัติ
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	18 (90)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	2 (10)		
การถ่ายอุจจาระ		50.00 (39.74)	ปานกลาง
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	6 (30)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	8 (40)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	6 (30)		
การปัสสาวะ		77.50 (41.28)	มาก
ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย	4 (20)		
สามารถปฏิบัติได้เล็กน้อย	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ปานกลาง	1 (5)		
สามารถปฏิบัติได้มาก	0 (0)		
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองทั้งหมด	15 (75)		
ความสามารถโดยรวม		42.76 (29.76)	เล็กน้อย

หมายเหตุ M หมายถึง ค่าเฉลี่ย, S.D. หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบลดลงทุกกิจกรรม โดยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่านั้น ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Sveen, Bautz, Sandvik, Alvsaker, & Roe, 2010) ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงของการบาดเจ็บเฉลี่ยอยู่ในระดับรุนแรงมาก ISS เท่ากับ 29.05 จึงพบว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมดหรือบางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มี ISS ระหว่าง 25-49 จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่มี ISS น้อยกว่า 25 (Sampalis et al., 2006) กิจกรรมที่พร่องความสามารถมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ การอาบน้ำ รองลงมา คือการขึ้นบันได และการแต่งตัว ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการใช้การสั่งการของสมอง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 75 มีการบาดเจ็บของระบบกระดูกและร้อยละ 40 มีการบาดเจ็บสมอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร่องในการทำกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรม มากกว่ากิจกรรมอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดหรือบางส่วนได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่าการบาดเจ็บที่รุนแรงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่ใช้ในการทำนายความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยผลกระทบของการบาดเจ็บมีอิทธิพลทำให้ลดความสามารถของผู้ป่วยในการรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ อารมณ์ และพฤติกรรม จึงส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง (Sveen et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังเพียงอย่างเดียวพบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังที่รุนแรง จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (Kozlowski & Heinemann, 2013) นอกจากนี้พบว่าการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นบาดเจ็บเพียงอย่างเดียว มีความรุนแรงของการบาดเจ็บน้อยกว่าการบาดเจ็บหลายระบบ และผู้ป่วยสามารถใช้ระยะค้ำของแขนได้ พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงทุกกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยพร่องมากที่สุด คือ การอาบน้ำ การขึ้นบันได และการเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน ตามลำดับ (มานี ทาทรัพย์, มงคลชัย ทาทรัพย์, และทัศนีย์ นະเส, 2557; Alarcon, Madero, & Otero, 2011; Gonzalez et al., 2015; Villada, Angeles, Candel, Moreno, & Jimenez, 2015) แต่อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของการศึกษาครั้งนี้กับการศึกษาที่ผ่านมาได้ เนื่องจากใช้แบบประเมินความสามารถที่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบลดลงทุกกิจกรรมเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะในระบบต่าง ๆ ได้แก่ สมอง กระดูกสันหลัง ทรวงอก ช่องท้อง กระดูก และหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้แขนขาอ่อนแรง เกิดความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง หรือต่ำกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จึงทำให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง หรือบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง จึงต้องมีผู้อื่นเข้ามาสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาล หรือผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความสมดุลกันระหว่างระดับความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเฉียบพลัน ที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองอยู่ในระดับปานกลาง มีความพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ต้องใส่ท่อเจาะคอ ให้อาหารทางสายยางทางจมูก และใส่สายสวนปัสสาวะ มีความผิดปกติ



ของระบบประสาท เกิดความพร้อมด้านการคิด การตัดสินใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะมีความพร้อมความสามารถในการดูแลตนเองด้านการหายใจ การได้รับอาหารและน้ำ รวมทั้งด้านการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับมากที่สุด (ธัญระดี ปราปพิบูลย์, สุพร ว่องวระชัย, และดารณี จุณหวัด, 2556) และการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด โดยเฉพาะกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ยางค์ แขน ขา ได้แก่ การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา และการดูแลผิวหนัง (มานี ทาทรัพย์, มงคลชัย ทาทรัพย์, และทัศนีย์ นะแสง, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยเฉพาะ การอาบน้ำ การขึ้นบันได และการแต่งตัว ตามลำดับ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถในการใช้ยางค์ แขน ขา

นอกจากปัจจัยด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บแล้ว การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ และการได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่รวดเร็วก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเช่นกัน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรงมาก ทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยเฉพาะการได้รับการทำกายภาพบำบัด รวมทั้งการฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงทำได้ไม่เต็มที่ในระยะ 14 วันแรกของการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาที่สำคัญต่อการรักษาชีวิตและอวัยวะของผู้ป่วยในระยะวิกฤตก่อน (สุริสา อรรถนุชิต, 2552) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นโดยเฉพาะญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งญาติผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมดหรือบางส่วน ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรได้รับความรู้โดยการสอน ชี้แนะ ฝึกทักษะ และได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และมีความสามารถในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ในกลุ่มที่มีการบาดเจ็บระดับรุนแรงมาก ส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย กิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยมีความพร้อมระดับที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย ได้แก่ การอาบน้ำ และกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ระดับเล็กน้อย ได้แก่ การขึ้นบันได การแต่งตัว การเคลื่อนไหวหนึ่ง ยืน เดิน การเข้าห้องน้ำ เพื่อให้เกิดความสมดุลกันระหว่างระดับความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด จึงจำเป็นต้องให้ความรู้โดยการสอนและฝึกทักษะผู้ดูแลและผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยมีความพร้อมความสามารถ ซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องมีความรู้ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บ และสามารถฟื้นฟูจากการบาดเจ็บได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ควรจัดระบบการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โดยพยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในกิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความพร้อมระดับที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เลย ได้แก่ การอาบน้ำ และกิจกรรมที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง

ได้ระดับเล็กน้อย ได้แก่ การขึ้นบันได การแต่งตัว การเคลื่อนไหว นั่ง เดิน การเข้าห้องน้ำ รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงจากเตียง การถ่ายอุจจาระ และการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการดูแล และอาจมีห้องที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมเหมือนบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ใช้ในการฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับเพิ่มความสามารถของญาติผู้ดูแลในการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการอาบน้ำ การขึ้นบันได และการแต่งตัว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีการบาดเจ็บอยู่ในระดับรุนแรงมาก ที่มี ISS ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่พร้อมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลเป็นกำลังหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย อาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยในบริบทอื่น ๆ ดังนั้นควรทำการวิจัยซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมทางหลวง สำนักงานความปลอดภัย. (2557). **อุบัติเหตุบนทางหลวง**. กรุงเทพฯ: กรมทางหลวง.
- ชัยระติ ปราบพิบูลย์, สุพร ว่องวระชัย, และดารุณี จุฑาทวี. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลหลักต่อความสามารถและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. **วารสารแพทยสารทหารอากาศ**, 51(1), 42-49.
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. งานเวชระเบียนและสถิติ. (2557). **สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ปี 2557**. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หน่วยอุบัติเหตุ. (2557). **สถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุ ปี 2557**. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- มานี ทหารพย, มงคลชัย ทหารพย, และทัศนีย์ นะแสง. (2557). ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกะดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 34(2), 55-66.
- สมหมาย โภคณวัชร. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ. **วารสารวิชาการ รพท/รพช เขต 4**, 13(1), 86-88.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
- สุนิดา อรรถนุชิต. (2552). การพัฒนาและการประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2555). **ข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน**. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.thaincd.com/road-accident-injure/information.php?pn=3>
- อภิขนา โมวินทะ. (2557). **คู่มือสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5)**. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์.
- Alarcon, T., Madero, R., & Otero, A. (2011). Activity of daily after hip fracture: profile and rate of recovery during 2 years of follow-up. **Osteoporosis International**, 22(1), 1609-1613.
- Butcher, N. E., & Balogh, Z. J. (2014). Update on the definition of polytrauma. **European Journal of Trauma and Emergency Surgery**, 40(2), 107-111.
- Baker, S. P., O' Neill, B., Haddon, W., & long, W. B. (1974). The injury severity score: A method for describing patients with multiple injury and evaluating emergency care. **Journal of Trauma**, 14(3), 187-196.



- Gonzalez, Z. J., Pita, F. S., Seoane, P. T., Lopez, C. B., & Gonzalez, Z. J. L. (2015). Dependence for basic and instrumental activities of daily living after hip fractures. **Gerontology and Geriatrics**, 60(1), 66-70.
- Granacher, Jr. R. P. (2008). **Traumatic Brain Injury** (2nd ed). Boca Boston: CRP Press.
- Kozlowski, A. J., & Heinemann, A. W. (2013). Using individual growth curve models to predict recovery and activities of daily living after spinal cord injury: An SCI rehab project study. **Physical Medicine and Rehabilitation**, 94(4), 154-164.
- Leburn, C. T., Langford, J. R., & Sagi, H.C. (2012). Function outcome after operative treated patella fracture. **Journal of Orthopedic Trauma**, 26(7), 422-426.
- Lefering, R., Tecic, T., Schmidt, Y., Pirente, N., Bouillon, B., & Neugebauer, E. (2012). Quality of life after multiple trauma: validation and population norm of the Polytrauma Outcome (POLO) chart. **European Journal of Trauma and Emergency Surgery**, 38(1), 403-415.
- Maeshiro, F. L., Lopes, M. C. B. T., Okuno, M. F. P., Camapanharo, C. R. V., & Batista, R. E. A. (2013). Functional capacity and severity of trauma in the elderly. **ACTA Paulista de Enfermagem**, 26(4), 389-394.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. **Maryland state medical Journal**, 14(1), 56-61.
- Morganti, C., Raghupathi, R., & Mass, A. (2012). **Traumatic brain and spinal cord injury: challenges and developments**. New York: Cambridge University Press.
- Newberry, L. (2003). **Emergency nursing principle and practice: principles and practice** (5th ed). Philadelphia: Mosby.
- Orem, D. E. (1995). **Nursing Concepts of Practice** (5th ed). St. Louis: Mosby.
- Sampalis, J. S., Liberman, M., Davis, L., Angelopoulos, J., Longo, N., Joch, M. et. al. (2006). Functional status and quality of life in survivors of injury treated at tertiary trauma centers: what are we neglecting. **Journal of Trauma**, 60(4), 806-13.
- Sardinha, D. S., de Sousa, R. M. C., Nogueira, L. D. S., & Damiani, L. P. (2015). Risk factors for the mortality of trauma victims in the intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, 31(2), 76-82.
- Sveen, U., Bautz, E., Sandvik, L., Alvsaker, K., & Roe, C. (2010). Relationship between competency in activities, injury severity, and post-concussion symptoms after traumatic brain injury. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, 17(3), 225-232.
- Villada, M. A., Angeles, M., Candel, E., Moreno, M. M., & Jimenez, S. M. D. (2015). Recovery of activities of daily living among older people one year after hip fracture. **Clinical Nursing Research**, 24(6), 604-623.
- Yolanda, Y., Flores, R., Magdalena, M., Flores, H., & Rangel, M. G. (2010). Teaching the caregiver the art of caring: an educational care program with multiple trauma patient caregivers. **Investigation & Education en Enfermeria**, 28(1), 73-82.