

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระหว่างปัจจัยด้านของกลุ่ม (กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง) และปัจจัยด้านระยะเวลา (ก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.10 มีอายุในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.50 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ โสดและคู่จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 42.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.20 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.40 สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 50 คะแนน Glasgow Coma Scale แรกรับเข้ารับการรักษามองในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 3-8 คะแนน ร้อยละ 61.50 การดูแลพิเศษอื่นๆ ส่วนใหญ่ไม่มีรองลงมาเป็นการใส่ท่อเจาะคอและให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 30.80 คะแนน Glasgow Coma Scale ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 13-15 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 42.30

สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.80 มีอายุในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.30 มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.50 สาเหตุการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 73.10 คะแนน Glasgow Coma Scale แรกรับเข้ารับการรักษามองในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 3-8 คะแนน ร้อยละ 61.50 การดูแลพิเศษอื่นๆ ส่วนใหญ่ไม่มี รองลงมาเป็นการให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 26.90 คะแนน Glasgow Coma Scale ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 13-15 คะแนน ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบด้วยสถิติทดสอบไคสแคว์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพพบพบในครอบครัว สาเหตุการบาดเจ็บ คะแนน Glasgow Coma Scale แกรับเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาลการดูแลพิเศษอื่นๆ และคะแนน Glasgow Coma Scale ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					.589 ^u
ชาย	19	73.10	21	80.80	
หญิง	7	26.90	5	19.20	
อายุ (ปี)					.707 ⁿ
< 20	5	19.20	0	0.00	
21 - 30	4	15.40	8	30.80	
31 - 40	2	7.70	5	19.20	
41 - 50	5	19.20	6	23.10	
51-60	10	38.50	7	26.90	
สถานภาพสมรส					.813 ⁿ
โสด	11	42.30	9	34.60	
คู่	11	42.30	15	57.70	
หย่า/แยก	0	0.00	0	0.00	
ม่าย	4	15.40	2	7.70	
ระดับการศึกษา					.150 ⁿ
ประถมศึกษา	14	53.80	17	65.40	
มัธยมศึกษา	6	23.10	4	15.40	
อนุปริญญาตรี	2	7.70	5	19.20	
ปริญญาตรี	4	15.40	0	0.00	

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อาชีพ					.366 ⁿ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.80	2	7.70	
นักเรียน/นักศึกษา	5	19.20	0	0.00	
เกษตรกร	12	46.20	11	42.30	
ค้าขาย	1	3.80	1	3.80	
รับจ้าง	5	19.20	12	46.20	
รับราชการ	2	7.80	0	0.00	
บทบาทในครอบครัว					.189 ^u
หัวหน้าครอบครัว	9	34.60	10	38.5	
สมาชิกในครอบครัว	17	65.40	16	61.5	
สาเหตุการบาดเจ็บ					.277 ⁿ
อุบัติเหตุจากรถยนต์	3	11.60	0	0.00	
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	13	50.00	19	73.10	
ตกจากที่สูง	5	19.20	1	3.80	
หกล้ม	4	15.40	2	7.70	
ถูกทำร้ายร่างกาย	1	3.80	4	15.40	
Glasgow Coma Scale แรกวันเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล (คะแนน)					.293 ^u
3-8	16	61.50	16	61.5	
9-12	10	38.50	10	38.5	
การดูแลพิเศษอื่นๆ					.772 ⁿ
ใส่ท่อเจาะคอ	4	15.40	0	0.00	
ให้อาหารทางสายยาง	5	19.20	7	26.90	
ใส่ท่อเจาะคอและให้อาหารทาง สายยาง	8	30.80	5	19.20	
ไม่มี	9	34.60	14	53.90	

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(คน)		(คน)		
คะแนน Glasgow Coma Scale ก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล					.416 ⁿ
3-8	5	19.20	4	15.40	
9-12	10	38.50	9	34.60	
13-15	11	42.30	13	55.00	

ก =Chi-square, ข=Fisher exact probability test

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.40 และร้อยละ 88.50 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 42.30 และร้อยละ 43.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คือร้อยละ 76.90 และร้อยละ 84.60 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.20 และร้อยละ 88.50 มีอาชีพเป็นเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่คือร้อยละ 53.80 และร้อยละ 69.20 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบคลุมเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 76.90 รายได้ที่มีเพียงพอใช้จ่ายในครอบครัวอย่างประหยัด ร้อยละ 84.60 และร้อยละ 92.30 ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 34.60 และร้อยละ 50.00 รองลงมา เป็นภรรยา คือร้อยละ 23.10 เท่ากัน มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.60 และร้อยละ 88.50 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมาก่อนคิดเป็น ร้อยละ 96.20 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบด้วยสถิติทดสอบไคสแคว์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ครัวเรือน โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					.262 ^u
ชาย	9	34.60	3	11.50	
หญิง	17	65.40	23	88.50	
อายุ (ปี)					.194 ⁿ
21 - 30	1	3.80	2	7.70	
31 - 40	3	11.50	5	19.20	
41 - 50	11	42.30	9	34.60	
51-60	8	30.80	7	26.90	
> 61	3	11.50	3	11.50	
สถานภาพสมรส					.015 ⁿ
โสด	2	7.70	1	3.80	
คู่	20	76.90	22	84.60	
หย่า/แยก	2	7.70	0	0.00	
ม่าย	2	7.70	3	11.50	
ระดับการศึกษา					.825 ⁿ
ประถมศึกษา	18	69.20	23	88.50	
มัธยมศึกษา	5	19.20	2	7.70	
ปริญญาตรี	3	11.50	1	3.80	
อาชีพ					.417 ⁿ
เกษตรกร	14	53.80	18	69.20	
ค้าขาย	5	19.20	1	3.80	
รับจ้าง	5	19.20	6	23.10	

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	(คน)		(คน)		
รับราชการ	2	7.70	1	3.80	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)					.315 ⁿ
< 5,000	5	19.20	2	7.70	
5,001-10,000	13	50.00	20	76.90	
10,001-15,000	6	23.10	3	11.50	
15,001-20,000	2	7.70	1	3.80	
ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว					.711 ^u
เพียงพอกับรายจ่าย	22	84.60	24	92.30	
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	4	15.40	2	7.70	
โรคประจำตัว					.735 ⁿ
ไม่มี	22	84.60	23	88.50	
ความดันโลหิตสูง	4	15.40	2	7.70	
ไขมันในเส้นเลือดสูง	0	0.00	1	3.80	
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย					.007 ⁿ
บิดา	3	11.50	0	0.00	
มารดา	9	34.60	13	50.00	
สามี	4	15.40	2	7.70	
ภรรยา	6	23.10	6	23.10	
บุตร	4	15.40	3	11.50	
พี่น้อง	0	0.00	2	7.70	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ					
สมอง					
ไม่เคย	25	96.20	25	96.20	.926 ^u
เคย	1	3.80	1	3.80	

n = Chi-square u = Fisher exact probability test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

กลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8, 26 และ 27 คะแนน ตามลำดับ ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 21, 42 และ 39 คะแนน ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.50 (SD=3.80), 33.60 (SD=6.10) และ 33.00 (SD=3.90) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4-3

กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 11, 40 และ 43 คะแนน ตามลำดับ ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 18, 52 และ 49 คะแนน ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.20 (SD=2.20), 46.00 (SD=3.30) และ 47.10 (SD=2.10) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3

แสดงการกระจายของคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

	กลุ่มควบคุม (n= 26)			กลุ่มทดลอง (n= 26)		
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)
ก่อนเข้าโครงการ	8	21	15.50 (3.80)	11	18	14.20 (2.20)
วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	26	42	33.60 (6.10)	40	52	46.00 (3.30)
1 เดือนหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	27	39	33.00 (3.90)	43	49	47.10 (2.10)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระหว่างปัจจัยด้านของกลุ่ม (กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง) และปัจจัยด้านระยะเวลา (ก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระลอกก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง วัตถุประสงค์พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกลุ่มกับปัจจัยด้านระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4

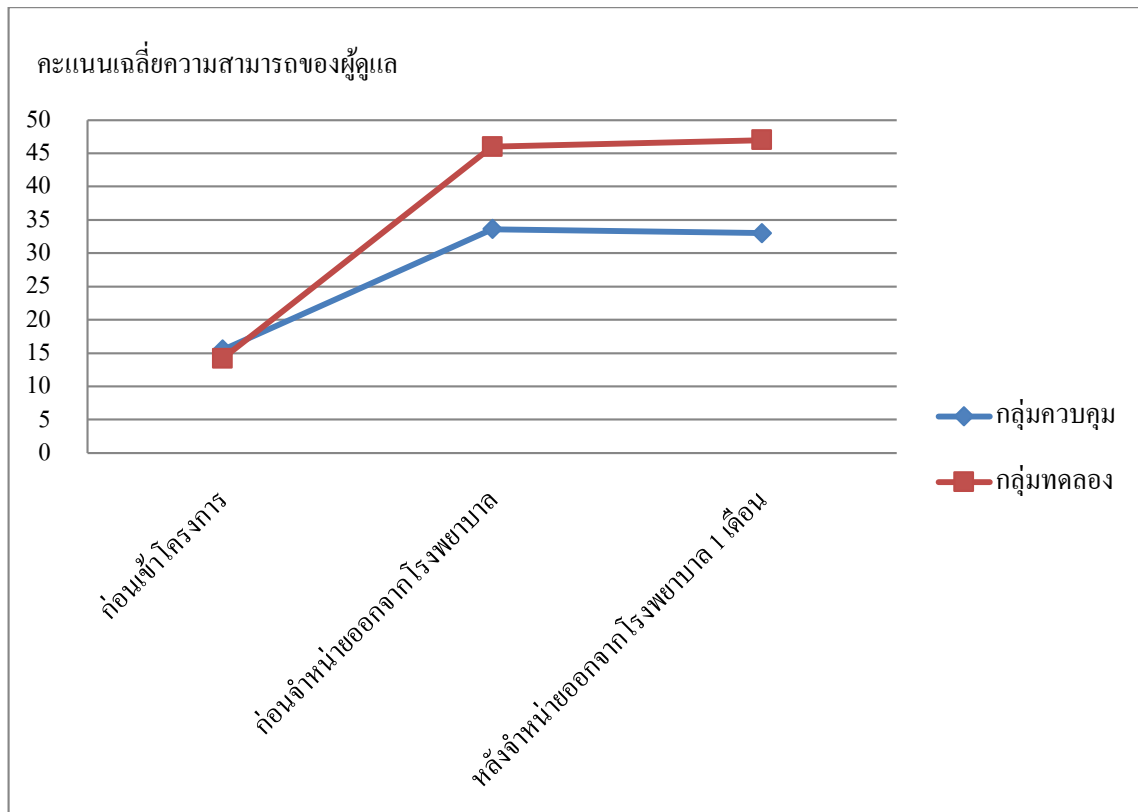
ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระหว่างปัจจัยด้านของกลุ่ม (กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง) และปัจจัยด้านระยะเวลา (ก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน)

Source	SS	Df	MS	F	Sig.
Intercept	155674.26	1	155674.26	4.71E3	.000
Group	2741.77	1	2741.77	79.55	.000
Error	1723.31	50	34.47		

ค่า $p < .05$

เนื่องจากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกลุ่มกับปัจจัยด้านระยะเวลาของการทดลอง เมื่อแสดงด้วยกราฟพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในการวัดวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ส่วน

คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนเข้าโครงการไม่แตกต่างกัน
ดังแสดงในภาพที่ 4-1



ภาพที่ 4-1. กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ภายใน
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลัง
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
สมองเป็นรายคู่ภายในกลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติทดสอบอนเฟอโรนี ระหว่าง
ก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน
กลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนเข้า
โครงการแตกต่างจากวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนไม่แตกต่างกัน
 ดังแสดงในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายในกลุ่ม
 ควบคุมในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจาก
 โรงพยาบาล 1 เดือน (n=26)

	วัดก่อนเข้าโครงการ	วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน
การวัดก่อนเข้าโครงการ		18.12*	17.47*
วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	18.12*		.65
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	17.47*	.65	

* p < .05

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
 สมองเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติทดสอบบอนเฟอโรนี ระหว่าง
 ก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 ก่อนเข้าโครงการแตกต่างจากวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
 บาดเจ็บสมองวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนไม่
 แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
 ญาติที่ 4-6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
 บาดเจ็บสมองภายในกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ
 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ($n=26$)

	วัดก่อนเข้าโครงการ	วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน
การวัดก่อนเข้าโครงการ		31.81*	32.85*
วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	31.81*		1.10
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	32.85*	1.10	

* ค่า $p < .05$

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่าง
 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลัง
 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
 สมองเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะ ได้แก่ ก่อนเข้าโครงการ
 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยใช้สถิติแบบ
 อิสระ พบว่า ก่อนเข้าโครงการคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใน
 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน แต่วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออก
 จากโรงพยาบาล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองมี
 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และหลัง
 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย
 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน แสดงให้เห็นว่า
 วิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองนั้นส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
 สมองร่วมกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่ม
 ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4-7

	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	พฤษภาคม
รวม	15.50	3.80	14.20	2.20	-1.40
จาก	33.60	6.10	46.00	3.30	9.10
นาย	33.00	3.90	47.10	2.10	15.00
ล					

76

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถยืนยันได้ถึงประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ย 14.20 (S.D.=2.20) หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 46.00 (3.30) และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย 47.00 (2.10) และเมื่อทดสอบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยใช้สถิติทดสอบบอนเฟอโรนี พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4-6) และผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 46.00 (3.30) และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย 47.00 (2.10) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 33.60 (6.10) และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ย 33.00 (3.90) ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติใช้สถิติทีแบบอิสระ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4-7) แต่ไม่พบความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างวันจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพ

ของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถยืนยันความตรงของทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิสัน (Gibson, 1995) ซึ่งได้เสนอกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และ 4) การลงมือซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของกิสัน (Gibson, 1995) การรับรู้พลังอำนาจ เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยมีการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้สึกถึงความสามารถในการจัดการในสถานการณ์ตนเอง 2) ความพึงพอใจในตนเอง 3) การพัฒนาตนเอง และ 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต กิสันเชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านในระดับสูงก็จะสามารถให้การดูแลบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับผู้วิจัยในการค้นหาปัญหา คัดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และผลกระทบจากการดูแลที่มีต่อตนเองและครอบครัวครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้อำนาจผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามวิธีที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจ เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญและแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย มีการนำความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีความมั่นใจและมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาตนเองในการเรียนรู้วิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นถึงความสำคัญของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาของแมคคาร์ที และคณะ (McCarthy et al, 2002) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบิดามารดาผู้ดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดจำนวน 57 ครอบครัว โดยแบ่งเป็น

กลุ่มควบคุม 28 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 29 ครอบครัว ดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5-8 ครอบครัว กลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และโทรศัพท์ติดตามเดือนละครั้งเป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาผู้ดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ การตัดสินใจ และความสามารถในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของประภา ชีวีโรจน์ (2552) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาในด้านของประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลที่เห็นได้ชัดเจนจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในไม่กี่วัน กิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านในระดับสูงก็จะสามารถให้การดูแลบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ติดตามวัดผลลัพธ์ทั้ง 4 ด้าน แต่ผู้วิจัยรับรู้และเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลในทางที่ดีขึ้น ผู้ดูแลได้บอกถึงความรู้สึกที่ดีมากกับการเข้าร่วมโครงการ ทำให้ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลบางรายรู้สึกขอบคุณที่ได้เข้าร่วมโครงการเพราะช่วยให้ตนเองคลายความวิตกกังวล คลายความเครียด และสามารถเผชิญกับปัญหาได้ บางรายบอกว่าทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่ตนเองรัก และบางรายรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ได้ทดแทนบุญคุณบิดามารดาที่เจ็บป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและไม่ซับซ้อนเนื่องจากมีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน แต่การนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยังมีข้อจำกัดและต้องมีการดัดแปลงวิธีการนำไปใช้ จากประสบการณ์จริงของผู้วิจัยพบว่า การจะใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น พยาบาลจะต้องใช้ทักษะที่จำเป็น คือ การสอน การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การสนับสนุน การเป็นผู้ฟังที่ดี และการใช้เทคนิคการสะท้อนคิด เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ดังนั้น หน่วยงานที่จะนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยควรมีการฝึกอบรมให้พยาบาลมีทักษะและเทคนิคที่จำเป็นดังกล่าว นอกจากนี้ในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยสังเกตได้ว่า มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผู้ดูแลต้องฝึกปฏิบัติไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ให้ญาติเข้าเยี่ยม จึงจำเป็นที่หน่วยงานต้องมีการปรับหรือยืดหยุ่นช่วงเวลาให้ญาติผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยตามกิจกรรมที่ต้องฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถค้นพบสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่สอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved