

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้คือ

1. ผลกระทบของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลหลักของครอบครัว
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตามแนวคิดดูแลตนเองของครอบครัวของโอเร็ม
3. ความสามารถที่จำเป็นของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะรูปแบบปกติ
5. การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ดูแลหลักของครอบครัวให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. ผลกระทบของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลหลักของครอบครัว

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง อันตรายที่เกิดขึ้นจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่างๆ ทั้งที่มีต่อหนังศีรษะ กระโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มี การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก ความคิด ความจำ

1.1 ผลกระทบของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย

การบาดเจ็บที่ศีรษะจะทำให้สมองบาดเจ็บเสียหายได้ทั้งในทันทีที่ถูกแรงกระทำภายนอก ซึ่งนับเป็นการบาดเจ็บปฐมภูมิ (Primary brain damage) นับว่าเป็นการบาดเจ็บที่เนื้อสมองทันทีที่เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการ และอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สมองได้รับการบาดเจ็บและอาจทำให้สมองเสียหายได้ในเวลาต่อมา ซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นการบาดเจ็บทุติยภูมิ (Secondary brain damage) เช่น ก้อนเลือดในโพรงกะโหลก สมองบวม สมองขาดเลือดและออกซิเจนจากภาวะช็อค หรือระบบทางเดินหายใจอุดตัน หรือภาวะติดเชื้อ (มยุรี แก้วจันทร์, 2531)

สำหรับอาการของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น จะสัมพันธ์กับความรุนแรงและตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ โดยแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ตามระดับคะแนน Glasgow Coma Score คือ

1. บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Mild head injury) คือผู้ป่วยรู้สึกตัวและมี Glasgow Coma Score ระดับ 13-15 คะแนน
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate head injury) คือผู้ป่วยซึม Glasgow Coma Score ระดับ 9-12 คะแนน
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe head injury) คือ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว Glasgow Coma Score ระดับ 3-8 คะแนน

Glasgow Coma Score เป็นเครื่องมือในการประเมินระดับความรู้สึกสติของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ประกอบด้วยคำตอบสนองของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน 3 ลักษณะ คือ

1. การลืมตา (eye opening)
2. การพูด (verbal response)
3. การเคลื่อนไหว (motor response)

การประเมินพฤติกรรมตอบสนองของผู้ป่วยในแต่ละประเภทมีการให้คะแนนแตกต่างกันดังนี้คือ

1. การลืมตา (eye opening) มีระดับคะแนนดังต่อไปนี้คือ

ลืมตาเอง	= 4 คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก	= 3 คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ	= 2 คะแนน
ไม่ลืมตาเลย	= 1 คะแนน

2. การพูด (verbal response) มีระดับคะแนนดังต่อไปนี้คือ

พูดคุยได้ไม่สับสน	= 5 คะแนน
พูดได้แต่สับสน	= 4 คะแนน
พูดเป็นคำๆ	= 3 คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	= 2 คะแนน
ไม่ออกเสียงเลย	= 1 คะแนน

3. การเคลื่อนไหว (motor response) มีระดับคะแนนดังต่อไปนี้คือ

ทำตามคำสั่ง	= 6 คะแนน
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	= 5 คะแนน
ชักแขนขาหนี	= 4 คะแนน
แขนงอเมื่อเจ็บ	= 3 คะแนน
แขนเหยียดเมื่อเจ็บ	= 2 คะแนน
ไม่เคลื่อนไหวเลย	= 1 คะแนน

คะแนนที่ได้แต่ละประเภทจะนำมารวมกันเป็นคะแนนทั้งหมด มีระดับคะแนน 3-15 คะแนน ซึ่งนอกจากจะใช้แบบประเมิน Glasgow Coma Score ในการสังเกตอาการผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถใช้ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะและทำนายผลการรักษาได้ด้วย

การบาดเจ็บของสมองอย่างรุนแรงมักจะทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่เสมอ ทั้งด้านสติปัญญา ความคิด และด้านร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลงไปไม่มากนักน้อย ในการประเมินถึงผลกระทบที่จะตามมาหลังการได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้ป่วยแต่ละราย ได้จัดเจนไม่คลุมเครือ ก็อาจจะประเมินตาม Glasgow Coma Score ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป โดยมีการพยากรณ์ผลลัพธ์จากการบาดเจ็บของสมองออกเป็น 5 กลุ่ม ด้วยกัน (Jennett & Bond, 1975) ซึ่งประเมินจากข้อมูลต่างๆ เพื่อพยากรณ์ว่าผู้ป่วยที่ดูแลนั้นควรอยู่ในกลุ่มใดดังต่อไปนี้

1. กลุ่มที่จะตาย (death) คือ กลุ่มที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมากที่สุดในทันทีที่เกิดเหตุ กล่าวคือ ประเมินระดับความรู้สติตาม Glasgow Coma Score ได้เพียง 3-4 คะแนน มาตั้งแต่แรกรับ นอกจากนี้ในรายที่มี

ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเกิน 40 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมักจะพบได้ในรายที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงนั้นจะมีอัตราการตายสูงมาก ซึ่งส่วนใหญ่ในรายที่บาดเจ็บปฐมภูมิรุนแรงจะตายภายใน 48 ชั่วโมง แต่ถ้าได้รับการเฝ้าติดตามและดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ก็อาจจะมีชีวิตรอดโดยที่ยังมีคะแนนความรู้สติอยู่ในระดับนี้หรือดีขึ้นบ้าง แต่ไม่ถึงระดับที่พูดจาไม่รู้เรื่องและช่วยตัวเองไม่ได้เลย แล้วในที่สุดก็จะตายหลังรอดชีวิตมาได้นานเป็นสัปดาห์หรือ 2-3 เดือน

2. กลุ่มที่มีสภาพเหมือนพืช (persistent vegetative state) คือ กลุ่มที่ไม่เคยรู้เรื่อง ไม่เคยออกเสียงพูดเลย และช่วยตัวเองไม่ได้มาตลอดตั้งแต่แรกจนกระทั่งตายไป หลังเกิดอุบัติเหตุเป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน แม้ว่าผู้ป่วยจะลืมตาขึ้นมาได้ และมีการหลับการตื่นได้เป็นวงจรในแต่ละวัน หลังเกิดเหตุภายใน 2-3 สัปดาห์ก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้แบบคนรู้เรื่องไปตลอดนานเท่านานจนกระทั่งตายไปเลยทีเดียว ผู้ป่วยเหล่านี้บางรายอาจตรวจพบว่า สมองใหญ่มีสภาพสมบูรณ์ปกติทุกอย่าง แต่ก็ไม่สามารถแสดงออกถึงหน้าที่ต่างๆ ตามปกติได้ เช่น หน้าที่ในการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ ทั้งนี้เพราะพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บของสมองอยู่ที่เนื้อสมองส่วนลึกลงไปได้เปลือกสมองใหญ่หรือมีพยาธิสภาพอยู่ที่ก้านสมอง และส่วนใหญ่จะพบพยาธิสภาพรวมกันอยู่ในทั้งสองบริเวณดังกล่าว มากกว่าจะพบในบริเวณเดียว

3. กลุ่มที่มีความพิการอย่างรุนแรง (severe disability) คือ กลุ่มที่รู้สติ แต่มีความพิการชนิดที่ช่วยตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันไม่ได้เลย โดยความพิการนั้นอาจเป็นความพิการทางสติปัญญา ความคิด และการตัดสินใจ หรือเป็นความพิการทางกายก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะมีความพิการทั้งสองประการรวมกัน และถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีมีความพิการทางกายเลยหรือมีน้อยมาก แต่มีความพิการทางสติปัญญาและความคิดอย่างรุนแรง ก็ให้จัดอยู่ในกลุ่มนี้ เช่น กรณีที่ไม่รู้ว่าถ้าใช้น้ำมันเบนซินไปใกล้เปลวไฟแล้วจะเกิดอะไรขึ้น และมีความเสียหายอย่างไร เป็นต้น

4. กลุ่มที่มีความพิการปานกลาง (moderate disability) คือ กลุ่มที่มีความพิการแต่ช่วยตัวเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถทำงานที่ไม่ใช้แรงงานหนักได้และเดินทางไปไหนมาไหนโดยรถยนต์โดยสารทั่วไปได้ ความพิการที่พบมักน้อยบ้างมากบ้างในลักษณะต่างๆ กัน เช่น อาจมีความพิการในการใช้ภาษาพูดติดต่อกับผู้อื่น มีการอ่อนแรงทางซีกหนึ่งซีกใดของร่างกาย แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ยังสามารถทำอะไร ได้มากกว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองภายในบ้าน

5. กลุ่มที่มีโอกาสฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้ดี (good recovery) คือ กลุ่มที่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้อีก แม้ว่าบางรายอาจจะมีคามผิดปกติทางระบบประสาทหรือทางด้านจิตใจหลงเหลืออยู่บ้าง แต่ก็เล็กน้อย ซึ่งไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมทั่วไปแต่ประการใด สิ่งที่ควรประเมินว่าผู้ป่วยสามารถคืนสู่สภาพปกติได้ดีหรือไม่ ควรจะประเมินจากพฤติกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตในสังคมของเขาเหล่านี้ เช่น การมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวได้ตามปกติ การวางแผนได้เหมาะสมกับบทบาทของตนในสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งในด้านการงานที่รับผิดชอบ ตลอดจนการรู้จักหาวิธีพักผ่อนหย่อนใจได้เหมาะสม เป็นต้น Thompson (1974) ได้ทำการศึกษาติดตามผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจำนวน 50 ราย และครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ พบว่า จากการบาดเจ็บที่สมองทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวมีภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ด้านอารมณ์และจิตใจ มีอาการซึมเศร้า ขาดความอดทน ไม่มีความกระตือรือร้น ขี้รำคาญ หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เกิดการสูญเสียความทรงจำ

ความสามารถในการเรียนรู้จากประสบการณ์ลดลง ไม่ยืดหยุ่น ครอบครัวมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อผู้ป่วย ดังนี้คือ เกิดความสับสน โกรธ มีการติดต่อกับสังคมลดลง ขาดการติดต่อกับเพื่อน มีเวลาให้กับตัวเองลดลง สถานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง รู้สึกผิด มีความรู้สึกไม่อิสระ ไม่สามารถใช้เวลาพักผ่อนได้เต็มที่ พุดจาหายบาย ไม่พอใจในการรักษาพยาบาล มีพฤติกรรมแสดงออกที่คุกคาม เป็นต้น แสดงให้เห็นถึงการได้รับบาดเจ็บที่สมองส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเป็นอย่างมาก (Thompson, 1974 อ้างถึงใน อุบลวรรณ กิติรัตน์ ตระการ, 2541)

จากลักษณะของพยาธิสรีระภาพดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ป่วยดังนี้ (Baggerly, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2538 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540)

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพส่วนเมดัลลาและสมองส่วนกลาง เปลือกสมอง (cortex) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลาย ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพในสมอง โดยระยะแรกกล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียก รู้สึกแขนขาหนัก ยกไม่ขึ้น การเคลื่อนไหวลำบาก หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หลังจากพ้นระยะนี้ก็จะเกิดอาการเกร็ง มีการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือนำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่างอและนิ้วเท้างอเข้า ถ้าอาการเกร็งเป็นอยู่นานทำให้กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เหยียดข้อต่างๆ สูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้การงอข้อลำบาก เกิดข้อติด และอาจพบอาการเคลื่อนไหวร่างกายแบบขาดความมั่นคง

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและการสื่อความหมาย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองซีกเด่น แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (receptive or sensory aphasia) เกิดจากการทำลายบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (sensory aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้แม้มองเห็น (visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (alexia)

2.2 ไม่สามารถสื่อความหมายได้ (motor or expressive aphasia) เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูด เขียน สัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษาหรือเขียนไม่เป็นประโยค

นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ทำให้พูดไม่ชัด

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ซึ่งควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทคู่ที่ 7 ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทคู่ที่ 9, 10 และ 12 ควบคุมการกลืน และการเคลื่อนไหวของลิ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปิดเม้มริมฝีปากได้สนิท การเคี้ยวอาหารบกพร่อง ลิ้นไม่สามารถดัดอาหารในทิศทางต่างๆ ได้ กลืนเนื้อของปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักดันอาหารเข้าหลอดอาหารได้ นอกจากนี้ ความสามารถในการจัดเตรียม หรือดัดป้อนอาหารลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ล้วนแต่มีผลทำให้ความยากอาหารลดลง

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วน พาไรเอทัล (parietal lobe) โดยเฉพาะซีกที่ไม่เด่น ความผิดปกติได้แก่

4.1 ความพร่องในการรับรู้ตนเอง และความเจ็บป่วย ขาดความรู้เกี่ยวกับลักษณะตนเอง และขาดความเอาใจใส่ต่ออวัยวะที่มีความพิการ หรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น (anosognosia) คือ ปฏิเสธความ

เจ็บป่วยและละเลยร่างกายซึ่งมีความพิการ ส่งผลให้อวัยวะไม่ได้ใช้งาน (disuse syndrome) มีความพร้อมในการปรับตัวทาง การกระยะทางการเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ

4.2 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม

4.3 การมองเห็นผิดปกติ ที่พบบ่อยที่สุดคือตาบอดครึ่งซีก (homonymous hemianopsia) ไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต เกิดการละเลยและไม่สนใจสิ่งแวดล้อมด้านที่เป็นอัมพาต หรือไม่รับรู้ต่อสิ่งที่มองเห็น จึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากความผิดปกติของลานสายตาและระยะการมองเห็น นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติการมองเห็นแบบภาพซ้อนเนื่องจากความพร่องของเส้นประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 ทำให้ขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อตาทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถกลอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ มีผลต่อความสมดุลการนั่งและการยืน

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาและการรับรู้ ที่พบบ่อยคือ การสูญเสียความทรงจำอาจเป็นความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป ซึ่งพบในรายที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบเทมโปรัล (temporal lobe) หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเอง และเหตุการณ์ที่ผ่านมา พบในรายที่มีพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการคิดแก้ปัญหา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผล และจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุผลความคิดกับสถานการณ์จริง

6. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้าหรือส่วนคอร์เทกซ์ (cortex) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายมีปัสสาวะค้าง หรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ ส่วนความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระ มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หรือกลืนเนื้อหยาบหรืออาหารแข็ง และไม่สามารถบอกให้ทราบว่าต้องการถ่ายอุจจาระ

7. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว หรือแข็งตัวช้าในเพศชาย และไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง

8. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม เป็นการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะอารมณ์เศร้า วิตกกังวล รู้สึกหมดพลังอำนาจและภาวะหมดหนทางช่วยเหลือ (Lambert & Lambert, 1985) เนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม มีความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง รู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น สูญเสียความมีสุขภาพดี ทำให้รู้สึกว่าตนเองพิการ สูญเสียความผาสุกในชีวิต สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและสมรรถภาพทางเพศไม่มีความพึงพอใจในตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ และอัตมโนทัศน์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตทางสังคม ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกของครอบครัว และเพื่อนฝูง ทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยกจากสังคม รู้สึกว่าหวาดกลัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท ยังทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

การหายของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ อายุของผู้ป่วยขณะได้รับบาดเจ็บและคุณภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Mild head injury) ส่วนใหญ่เกือบทุกคนจะหายโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่ภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บ 3 เดือน อาจมีอาการปวดศีรษะ ความจำลดลง และอาจมีผลต่อสมาธิและการตัดสินใจ ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate head injury) อาการหลังการให้การรักษาจะเป็นที่น่าพอใจ มีบางส่วนเพียงเล็กน้อยที่จะมีสติปัญญาลดลงเนื่องจากการทำลายของเซลล์สมองอย่างถาวร จากการติดตามหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 3 เดือน (จเร ผลประเสริฐ, 2528) ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ การรับรู้ การได้กลิ่น การพูด และการมองเห็น ความจำลดลง มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในด้านอารมณ์ อาจพบว่ามีอารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนแปลงง่าย โกรธเร็ว วิตกกังวลสูง หรือก้าวร้าว ส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง (Severe head injury) พบว่ามีอัตราการตายสูง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดส่วนมากจะมีความพิการตามมา

จากความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในการดูแลรักษาจำเป็นต้องกระทำเป็นทีมที่ต้องประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระยะวิกฤต จนถึงระยะพักฟื้นหรือการแก่คืนสภาพ อย่างไรก็ตามสมาชิกครอบครัวก็เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในทุกระยะ โดยเฉพาะในระยะที่พักรักษาหรือการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นระยะที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลานาน เนื่องจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด ดังนั้น ความเข้าใจและความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้เกิดความก้าวหน้าในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของ Barthel (Barthel Index: Activity of Daily Living: ADLs) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อใช้วัดระดับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลภายใต้ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และความเสื่อมทางกายภาพ เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย มีความชัดเจน นิยมใช้อย่างแพร่หลายสำหรับเป็นดัชนีชี้ถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (Duncan, et al., 1999 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540) ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

- 1) ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 2) การอาบน้ำ 3) การแต่งตัว 4) การกินอาหาร 5) การปัสสาวะ 6) การถ่ายอุจจาระ 7) การเข้าห้องน้ำ 8) การขึ้นลงจากเตียง 9) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 10) การขึ้นบันได รวมทั้ง 10 ด้าน คะแนนเต็ม 100 คะแนน

การแปลผล (คะแนนเต็ม 0-100)

0-20 คะแนน Very Severity Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด

25-45 คะแนน Severity Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันมาก

50-70 คะแนน Moderately Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันปานกลาง

75-90 คะแนน Mildly Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย

100 คะแนน Physically Independent but not necessarily normal or social independent คือ ร่างกายมี

ความผิดปกติแต่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จอม สุวรรณโน(2540) ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ใช้ในการประเมินในระยะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะพักฟื้นในโรงพยาบาล ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ขวลิ แยมวงษ์ (2538) โดยได้ตัดกิจกรรมการขึ้นลงบันไดออก เหลือ 9 กิจกรรม คะแนนเต็ม 36 คะแนน ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

1. การรับประทานอาหาร

- 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้หรือรับประทานอาหารทางสายยาง
- 2 = ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตักหรือหั่นอาหารให้
- 4 = ช่วยเหลือตัวเองได้ เมื่อเตรียมอาหารวางให้

2. การเคลื่อนย้าย

- 0 = ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ และนั่งทรงตัวไม่ได้
- 2 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย หรือทรงตัวนั่งได้
- 4 = เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยพยุงหรือชี้นำ
- 6 = สามารถลุกจากเตียง หรือเคลื่อนย้ายลงมาจากเก้าอี้ขึ้น และสามารถถือของถือเก้าอี้ขึ้นได้

3. การเดิน

- 0 = เคลื่อนไหวไม่ได้
- 2 = ใช้เก้าอี้ขึ้น คลาน หรือถัดได้
- 4 = เดินได้โดยมีคนคอยช่วยเหลือบ้างบางขั้นตอน
- 6 = เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้เท้าหรือเครื่องพยุงเดิน

4. การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 = ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าเองได้
- 2 = ต้องมีผู้ช่วยเหลือบ้างบางขั้นตอน
- 4 = แต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้าเองได้

5. การอาบน้ำเช็ดตัว

- 0 = ไม่สามารถอาบน้ำ เช็ดตัวผู้ดูแลความสะดวกของร่างกายได้
- 1 = ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน
- 2 = สามารถอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตักน้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน

6. สุขวิทยาส่วนบุคคล

- 0 = ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด
- 1 = ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน
- 2 = สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้เอง

7. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน

- 0 = ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกี่ยวกับการเข้า-ออกห้องสุขา หรือสอ-ค-ดึงกระโถน รวมทั้งการถอด-ใส่เสื้อผ้า การทำความสะอาดหลังขับถ่าย
- 2 = ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน
- 4 = สามารถเข้า-ออกห้องสุขา หรือการสอ-ค-ดึงกระโถน รวมทั้งการสอ-ค-ใส่เสื้อผ้า ล้าง และทำความสะอาดหลังจากการขับถ่าย

8. การควบคุมการถ่ายอุจจาระ

- 0 = กลั้นไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูกต้องสวนอุจจาระให้
- 2 = กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจกลั้นไม่ได้ ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือต้องการความช่วยเหลือในการสวนอุจจาระ
- 4 = กลั้นได้ และ/หรือ ต้องสวนอุจจาระ แต่สามารถทำได้เอง

9. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

- 0 = กลั้นไม่ได้ ปัสสาวะราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูกต้องสวนปัสสาวะให้
 - 2 = กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ประมาณวันละ 1 ครั้ง / ต้องการความช่วยเหลือในการสวนปัสสาวะ หรือ ดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ
 - 4 = กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระปริดกระปรอย / สวนปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะได้เอง
- การแปลผล (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)

- 0-9 คะแนน Very Severity Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันระดับมากที่สุด
- 10-19 คะแนน Severity Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันระดับมาก
- 20-26 คะแนน Moderately Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันระดับปานกลาง
- 27-36 คะแนน Mildly Disabled คือ มีความบกพร่องในการทำกิจกรรมประจำวันระดับเล็กน้อย

ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเลือกเข้ารับการทดลอง เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวคงที่หรือไม่เปลี่ยนแปลงติดต่อกัน 48 -72 ชั่วโมง โดยมีคะแนนความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันต่ำกว่า 26 คะแนน และการไม่เลือกผู้ป่วยคะแนนความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันมากกว่า 26 คะแนน เพราะว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การเลือกผู้ป่วยในรายที่มี Glasgow coma scale มากกว่า 8 คะแนน เพราะว่าถ้าผู้ป่วยมีระดับ Glasgow coma scale น้อยกว่า 8 คะแนน มีอัตราตายระหว่างร้อยละ 35-50 และพบร้อยละ 2-5 อยู่ในระยะที่เป็นผัก (vegetative state) (สมปอง คงพิพัฒน์, 2539) หรือบางกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจอาจมีคะแนน Glasgow coma scale เท่ากับ 8 คะแนนได้ แต่ต้องไม่มีปัญหาติดเชื้อจากการได้รับการบำบัดด้วยเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีภาวะของความไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัยต์ ไม่มีภาวะการติดเชื้อ

ผู้ดูแลหลักของครอบครัว (Family caregiver) คือญาติหรือบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวมอบหมายบทบาทให้เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน มีที่ใช้ในวรรณกรรมทางการแพทย์ อาจเรียก ญาติผู้ดูแล หรือผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีลักษณะดังนี้ (Barer & Johnson, 1996 อ้างถึงใน ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540) เป็นบุคคลที่อาจเป็นคู่

สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต มุ่งเน้นเฉพาะการให้การช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างรางวัล สถานการณ์ในการดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย โอเร็มกล่าวว่า การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น เกิดจากระบบสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยผู้ดูแลหลักของครอบครัวต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย ภายใต้ระบบความเชื่อ ความคาดหวัง ตลอดจนการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม (จอม สุวรรณโณ, 2540)

1.2 ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัวและผู้ดูแลหลักของครอบครัว

ครอบครัวที่มีผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลและครอบครัวในระยะยาว เพราะการที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยเป็นการเพิ่มภาระและบทบาทที่มีอยู่เดิมของสมาชิกครอบครัว และบทบาทนี้ไม่ได้ตกอยู่ที่สมาชิกแต่ละคนเท่าเทียมกัน (Orem, 1985; Hoyert & Seltzer, 1992 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2544) ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงคือผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกคนใดคนหนึ่งในการครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะพิจารณาผู้ที่จะเข้ามารับบทบาทนี้ โดยพิจารณาเรื่องเพศและประเภทของความสัมพันธ์ (generational relationship) โดยเพศหญิงจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชายในระดับชั้นอายุเดียวกัน ในขณะที่ครอบครัวที่มีหลายชั้นอายุ เพศชายจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า (Hoyert & Seltzer, 1992 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2544) เช่น ในครอบครัวที่มีสามี ภรรยา บุตร ปู่ ย่า หรือ ตายาย เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวเจ็บป่วย ภรรยาจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลมากกว่าสามี ในขณะที่ภรรยาเจ็บป่วย สามีหรือบุตรชายจะถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลมากกว่า ย่า หรือ ยาย ในทำนองเดียวกัน มารดาจะถูกคาดหวังให้ดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าบิดาและการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลเข้ามาด้วยความรู้สึกจำใจเพราะถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องทำและรับผิดชอบ เป็นเรื่องของคุณธรรมและศีลธรรมที่จะต้องดูแล สมาชิกในครอบครัวจะเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย จากการศึกษาของสตุคิริ ฮิริยซุนหะ (2541) พบว่าผู้ดูแลมีเหตุผลในการตัดสินใจ ดังนี้คือ 1) เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลจากการพิจารณาถึงความเหมาะสม เช่น เป็นบุตรสาวคนเดียวภายในบ้าน หรืออาจเป็นผู้ไม่มีภาระหน้าที่รับผิดชอบนอกบ้าน เป็นแม่บ้าน เป็นต้น 2) เพราะมีความสนิทกับผู้ป่วยจึงอาสาเป็นผู้ดูแล 3) ตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วย / เพราะผู้ป่วยเป็นคนดี 4) เป็นเวรเป็นกรรม 5) สามารถหยุดทำงานมาเป็นผู้ดูแลได้ และ 6) ผู้ชายควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวเพราะสามารถออกแรงในการยกผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้หญิงซึ่งไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผู้ดูแลทุกคนต่างเต็มใจและสมัครใจมาดูแลผู้ป่วยทั้งนี้เกิดจากความรักความห่วงใยที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้มีการศึกษาของ Subgranon (2000) พบว่าการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักยังคำนึงถึงความพร้อมทั้งตำแหน่งและความสามารถในการดูแล และความต้องการของผู้ป่วยหรือบุคคลสำคัญในครอบครัวในการเลือกผู้ดูแลหลัก เพราะการที่มีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะครอบครัวมีความเครียดกับสถานการณ์ที่เกิดจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำนายการตอบสนองต่อผลลัพธ์ของการรักษาได้แน่นอน ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพต้องใช้ระยะเวลานาน (Elliott & Smith, 1985) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวมีหลายด้าน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยสามารถแบ่งผลกระทบของการดูแลผู้ป่วย ต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้ดังนี้คือ

1.2.1 ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลหลักของครอบครัว

สุขภาพผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เพราะนอกจากผู้ดูแลหลักของครอบครัวจะต้องตอบสนองความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วย โดยการให้การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร แปรงฟัน อาบน้ำ ขับถ่าย แต่งตัว เป็นต้น ยังต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลรวมทั้งเวลาที่ใช้ในการดูแลนับว่าสร้างภาระและความยุ่งยากลำบากแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทกำลังร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า นอนหลับไม่เต็มที่หรือนอนไม่หลับ และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ หายใจไม่อึด ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมักมีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมก็ยิ่งเป็นการสร้างความยากลำบากแก่ผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น (Newman, 1997) Reinhard (1994) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ร้อยละ 86.4 รองลงมาไม่ได้ออกกำลังกายเลยร้อยละ 69.1 เบื่อหน่าย ร้อยละ 56.4 และนอนหลับไม่สนิท ร้อยละ 28.6 (ชนิดา มณีวรรณ, 2537 อ้างถึงใน สุทธพร ขจรฤทธิ์, 2547)

1.2.2 ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลหลักของครอบครัว

ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจถือว่าเป็นผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลหลักของครอบครัวมากที่สุด เพราะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวเป็นเรื่องที่หนัก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่เข้ามารับบทบาทการดูแลโดยการตัดสินใจเลือกด้วยตนเองจะได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจน้อยกว่าผู้ดูแลที่เข้ามาโดยได้รับการมอบหมายให้ทำ (Newman, 1997) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ พบว่าผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกช็อค กลัว โกรธ ก้าวร้าว เครียด หงุดหงิด รู้สึกทุกข์ทรมาน ท้อแท้ เบื่อหน่าย อึดอัด รู้สึกผิด วิตกกังวล ไม่มั่นใจเกี่ยวกับโรคและไม่แน่ใจว่าพวกเขาจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลบางรายเกิดความรู้สึกเป็นภาระผูกพันและรู้สึกขุ่นเคือง (Bull, 1990; Newman, 1997; Subgranon, et al., 2000 อ้างถึงใน สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ความรู้สึกเหล่านี้มักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการดูแล แม้ว่าผู้ดูแลจะได้รับความรู้ และเข้ามารับบทบาทผู้ดูแลตั้งแต่ช่วงระยะแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนผลกระทบในระยะยาว ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระเหนื่อยหน่าย ซึมเศร้าและท้อแท้ บางรายถึงกับละทิ้งบทบาทผู้ดูแล

อย่างไรก็ตาม การดูแลไม่ได้ส่งผลกระทบทางด้านลบเพียงด้านเดียว ผลกระทบทางด้านบวกก็เกิดขึ้นได้เช่นกัน ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจ อึดใจและรู้สึกนับถือตนเองที่สามารถรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่มีคุณค่าและสามารถปรับตัวกับบทบาทนี้ได้ดี ผู้ดูแลบางรายสามารถให้ความหมายและคุณค่ากับสถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญอยู่ ทำให้ลดความรู้สึกเป็นภาระลงได้ ผู้ดูแลบางรายบอกว่าการเป็นผู้ดูแลทำให้ตนได้ประสบการณ์เพิ่มขึ้น สามารถให้คำแนะนำผู้ดูแลคนอื่นๆ ได้ รู้สึกได้ว่าตนเองมีความอดทนและใจเย็นลง รวมทั้งได้รับคำชมจากผู้อื่นที่ให้การดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (Wongjuntongsin, 1999) นอกจากนี้การศึกษาของ Kearney & Griffin (2001) พบว่าแม้ว่าบิดามารดาจะมีความรู้สึกปวดร้าวและทุกข์ใจเพียงใดในการเจ็บป่วยของบุตร แต่กระนั้นพวกเขาก็ยังเฝ้าถึง ความหวัง ความรัก ความเข้มแข็ง และความสุข

1.2.3 ผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลหลักของครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีเวลาว่างหรือพักผ่อนส่วนตัวลดลง ผู้ดูแลบางรายกล่าวว่า ไม่ว่าจะทำอะไรก็ต้องมีการวางแผนล่วงหน้า เวลาไปไหนก็ไปได้ไม่นาน (Hoyert & Seltzer, 1992 อ้างถึงใน สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

1.2.4 ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ในครอบครัวและสังคมของผู้ดูแลหลักของครอบครัว

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้บุคคลมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกรู้ตัว มีความพร่องในด้านการรู้คิดและสติปัญญา มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกรู้ตัว ความบกพร่องด้านร่างกาย สูญเสียการควบคุม การเคลื่อนไหวของร่างกาย และ อาจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป สภาพของผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองซึ่งมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อการกระทำบทบาทในครอบครัวและสังคมเช่นกัน (Bronstein, 1991 อ้างถึงใน สุดศิริ หิรัญขุนทด, 2541) คือครอบครัวจำเป็นต้องจัดการปรับแบบแผนดำเนินชีวิตภายในครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลบางคนต้องมาเฝ้าให้การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่สามารถกระทำบทบาทดังที่เคยมีอยู่โดยสิ้นเชิง บางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เนื่องจากต้องรับภาระในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จากการศึกษาพบว่า การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วยความหวังและกำลังใจที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันสามารถคาดหวังผลลัพธ์ในทางบวกให้กับเกิดกับผู้ป่วยได้ (Stroker, 1983) ซึ่งครอบครัวจะเป็นหน่วยสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก สมาชิกคนอื่นจะเป็นผู้ช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ทดแทนหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ เป็นการดูแลที่ซับซ้อนและยุ่งยากแตกต่างจากการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อีกทั้งภาวะการเจ็บป่วยต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวอาจต้องเผชิญความขัดแย้ง สับสน เบื่อหน่ายและอาจละทิ้งการดูแลผู้ป่วยได้

1.2.5 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

เมื่อสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากครอบครัวจะต้องทุ่มเทแรงกายแรงใจในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ แล้วยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ค่ายานพาหนะและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติจะยิ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายต่างๆมากขึ้นจากการศึกษาของ Matinson และคณะ (1995) ศึกษามารดาชาวจีนที่ดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง 75 ราย พบว่า มารดากังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา แม้ว่าร้อยละ 88 ของมารดาทั้งหมดทำงานประจำ ในขณะที่ร้อยละ 35 ระบุว่า การเจ็บป่วยของบุตรไม่มีผลกระทบต่ออาชีพ ร้อยละ 25.3 ต้องลางานบ่อยเพื่อมาดูแลบุตร ร้อยละ 53 ลางานบ่อย และร้อยละ 8 เปลี่ยนงาน เปลี่ยนกะทำงานหรือต้องปรับชั่วโมงการทำงานทั้งหมด มารดาบางรายระบุว่าทำงานด้วยความไม่สบายใจเพราะเป็นห่วงบุตร ขณะที่ร้อยละ 10 บอกว่าไม่มีเวลาดูแลบุตรเพราะต้องทำงาน ร้อยละ 4 ลาออกจากงาน โดยไม่ได้ค่าตอบแทนบางส่วน ผู้ที่ยังทำงานอยู่ร้อยละ 1.3 ได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงาน และร้อยละ 10.6 ได้รับเงินหรือความช่วยเหลือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน มารดาบางรายบอกว่าหัวหน้างานให้เธอไปทำงานสายได้และกลับเร็ว แต่บางรายโชคร้ายไม่ได้รับความเห็นใจจากนายจ้างที่ต้องดูแลบุตรเจ็บป่วย ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือ เงินบำรุงหรือแม้แต่การให้กำลังใจ ส่วนแหล่งช่วยเหลือหลักทางด้านการเงินของครอบครัว คือ ญาติ รองลงมาคือเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน โดยให้ความ

ช่วยเหลือด้านอาหาร ยารักษา ค่าประกัน ช่วยส่งเสียบุตรเล่าเรียน หรือช่วยจ่ายค่าน้ำค่าไฟ แต่กระนั้นยังพบว่าร้อยละ 14 ของมารดาไม่มีแหล่งช่วยเหลือเลย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2544)

ในประเทศไทยปัจจุบันถึงแม้ในการด้านรักษาพยาบาลจะมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคที่ประชาชนจะได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่ประเทศไทยกำลังประสบกับภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจ ประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาการตกงาน น้ำมันแพง อาหารและของใช้ที่จำเป็นขึ้นราคาอย่างมาก รัฐบาลมีนโยบายให้ประชาชนประหยัด พร้อมกันนั้นรัฐบาลยังมีนโยบายปรับงบประมาณในส่วนอื่นๆ รวมถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ต้องใช้เวลาในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน โรงพยาบาลจำเป็นต้องสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยเร็วและมีประสิทธิภาพ ภาวะดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวมากยิ่งขึ้น การศึกษาของ Ekberg (1986) พบว่ารายได้หรือภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเครียด ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ได้บาดเจ็บที่ศีรษะตามแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัวของโอเริม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเริมประกอบด้วย ทฤษฎีการดูแลตนเองของครอบครัว ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของครอบครัว และทฤษฎีระบบการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้คือ

การดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self-Care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวริเริ่มและกระทำอย่างจริงจังเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ แต่เมื่อมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น หรือสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด การดูแลตนเองของครอบครัว ประกอบด้วย ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของครอบครัว และความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัว ดังนี้คือ

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของครอบครัว (Family Therapeutic Self - Care Demand) ลักษณะภาพรวมของกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่สมาชิกในครอบครัวควรกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Family Self-Care Requisite) โดยใช้วิธีการที่ถูกต้อง ประกอบด้วย การดูแลตนเองของครอบครัวที่จำเป็น 3 ประการ ตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (รูกา ภูไพบูลย์, 2541) คือ

1. การดูแลตนเองของครอบครัวโดยทั่วไป (Family Universal Self- Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นของสมาชิกครอบครัวทุกคน เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลครอบครัว
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการของครอบครัว (Family Developmental Self - Care Requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการในระยะต่างๆ
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพของครอบครัว (Family Health - Deviation Self - Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเมื่อมีความผิดปกติกำเนิด หรือ เกิดปัญหา

ทางด้านสุขภาพ เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยต่างๆ ซึ่งครอบครัวต้องการ

- แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ

- มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย พื้นฟูและป้องกันพยาธิสภาพที่อาจเกิดแก่สมาชิกทั้งเพื่อสุขภาพตนเองและสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ

- รับรู้และคอยปรับและป้องกันอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคในกรณีเจ็บป่วย

- เรียนรู้ที่จะปรับแผนการดำเนินชีวิตครอบครัวในกรณีเกิดพยาธิสภาพที่มีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของครอบครัว

ความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self- Care agency) เป็นศักยภาพและความแข็งแกร่งของครอบครัวที่จะทำให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองได้ มี 6 ประการ คือ (Gast, Denyes, Cambell et al.อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

1. ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติบทบาท

2. ครอบครัวมีความสามารถบทบาทระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีการแสดงบทบาทอย่างเหมาะสม และมีความยืดหยุ่นของบทบาทในระหว่างสมาชิกครอบครัว

3. ครอบครัวมีความสามารถคงไว้ซึ่งการสื่อสารและสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

4. ใช้เหตุผลในการปฏิบัติกิจการในการดูแลตนเอง

5. ตัดสินใจดำเนินการจัดการครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม

6. ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องให้เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตครอบครัว ในฐานะที่บุคคลมีบทบาทในครอบครัวและชุมชน

ปัจจัยพื้นฐาน(Basic Conditioning Factors) ที่มีอิทธิพลต่อครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว รวมทั้งอิทธิพลต่อความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะกระทำการดูแลตนเอง ประเมินได้จาก

1. ลักษณะครอบครัว ชนิด จำนวนสมาชิก

2. พัฒนาการครอบครัว

3. ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของครอบครัว

4. ระบบบริการทางสุขภาพที่ครอบครัวใช้บริการ

5. สภาพทางเศรษฐกิจสังคมครอบครัว

6. การดำเนินชีวิตครอบครัว

7. สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม

8. แหล่งช่วยเหลือของครอบครัวอื่นๆ

9. การเผชิญปัญหาและประสบการณ์สำคัญของครอบครัว

ความพร่องในการดูแลตนเองของครอบครัว (Family Self – Care Deficit) หมายถึง สภาวะที่ความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัวไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของครอบครัว ซึ่งเป็นของผลมาจากการเปี่ยงเบนทางด้านภาวะสุขภาพ ทำให้ครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัวมี

ความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 อ้างถึงในรุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ระบบการพยาบาลครอบครัว (Family Nursing System) เป็นระบบการให้การดูแลครอบครัวที่ช่วยส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของครอบครัวและสมาชิกแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม มี 3 ระบบดังนี้คือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เมื่อครอบครัวมีภาวะการดูแลตนเองบกพร่องมาจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยสมาชิกในครอบครัว ถ้าเป็นระดับบุคคล เช่น มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ หรือไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง ระบบนี้พยาบาลจะเป็นผู้ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมด

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) ครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของครอบครัวหรือระดับบุคคลได้บางส่วน เช่น สมาชิกครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่สามารถคิดตัดสินใจการดูแลตนเองได้ แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเนื่องจากภาวะของโรคหรือจากแผนการรักษา ขาดความรู้หรือทักษะในการดูแลตนเอง ระบบนี้การพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางส่วน และช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวคนอื่นให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทดแทนได้ด้วยตนเอง

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่สามารถทำให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ด้วยตนเอง การพยาบาลระบบนี้จะใช้กับผู้ป่วยหรือครอบครัวตัดสินใจ ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ แต่ต้องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ดังนั้นเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นสภาวะที่ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลบกพร่องไป ย่อมต้องส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ครอบครัวเกิดความต้องการดูแลตนเอง เพื่อให้สมาชิก ครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ให้คงไว้ซึ่งสวัสดิภาพบุคคล และครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และในการที่ครอบครัวจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องมีความรู้ มีทักษะ สามารถประเมินปัญหาความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้ จึงจะเกิดความเชื่อมั่นในการลงมือปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่งผลให้เกิดความพิการทางกาย จิตและสังคม ซึ่งความพิการมากน้อยแตกต่างกัน บ้างก็พิการเฉพาะทางกาย บ้างก็พิการทางสติปัญญา หรือความคิด ซึ่งจัดเป็นความพิการทางจิตและสังคม ส่วนหนึ่ง หรือไม่ก็อาจจะพิการทั้งหมดโดยมีสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย แล้วแต่ตำแหน่งและความรุนแรงของพยาธิสภาพครั้งแรก แม้ว่าการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตจะมีการแก้ไขสภาพอย่างดีที่สุด มิให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นมาแล้วก็ตาม การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพนั้นนอกจากจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวคืนสู่สภาพ ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด และมีสัมพันธภาพกับบุคคลโดยรอบได้เป็นอย่างดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคลแล้วยังต้องดูแลเพื่อป้องกันความพิการเพิ่มขึ้นพร้อมทั้งช่วยฟื้นฟูสภาพในส่วนที่พิการให้สามารถทำหน้าที่ได้มากที่สุดตามที่สามารถจะฟื้นฟูได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (มยุรี แก้วจันทร์, 2531) ซึ่งในระยะนี้สมาชิกครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถฟื้นหายได้เร็ว

และป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การให้การส่งเสริมหรือคงไว้ในหน้าที่ โครงสร้างและความมั่นคงของร่างกายได้ตามความต้องการของผู้ป่วย จากภาวะการเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (จอม สุวรรณโณ, 2540) จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเรม (Orem, 1995) กล่าวว่า บุคคลย่อมมีโอกาสที่จะประสบข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลย่อมมีโอกาสที่ให้การดูแลบุคคลอื่นที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเช่นกัน ดังนั้นความต้องการ การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (Orem, 1991; Scherer, 1991; Hayn & Fisher, 1997 อ้างถึงใน สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541)

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอเป็น สิ่งที่จำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และ โครงสร้างภายในร่างกาย โดย

1.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อให้มีการระบายอากาศอย่างเพียงพอ โดยจัดให้นอนตะแคงหัน หน้าไปด้านข้างเพื่อป้องกันการอุดตันการสูดสำลักเสมหะ น้ำลายลงปอด ถอดฟันปลอมออกเพื่อป้องกันการหลุดไปอุด ทางเดินหายใจ และเฝ้าระวังสังเกตการหายใจที่ผิดปกติ

1.2 ดูแลให้มีการบริหารการหายใจ และการไอที่มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้มีการ แลกเปลี่ยนก๊าซ ช่วยขจัดเสมหะ และป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ในรายที่ไม่สามารถทำ ได้ต้องช่วยโดยการจับท่าเพื่อระบายเสมหะ เคาะปอด และดูดน้ำลาย หรือเสมหะออกอย่างระมัดระวัง รวมทั้งดูแล ให้ได้รับน้ำและความชื้นอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวระบายออกง่าย ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการเจาะ คอและใส่ท่อทางเดินหายใจ (tracheotomy tube) จนกระทั่งกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ผู้ป่วยต้องการการดูแลให้หายใจ โล่งจากการที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ

1.3 ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500 – 2,000 ซีซี ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด โดยจัดอุปกรณ์ให้ สะดวกแก่การดื่มน้ำวางไว้ตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบได้สะดวกหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องดื่มที่มีประ โยชน์ พร้อมทั้งสังเกตบันทึกสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน

1.4 ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ มีสารอาหารครบถ้วน และพลังงานอย่างน้อย 1,700- 2,000 แคลอรีต่อวัน ซึ่งผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวการกลืน เนื่องจากกล้ามเนื้อปาก อ่อนแรง หรือผู้ป่วยไม่รู้สีกินที่สูญเสียการกลืน ดังนั้นการเลือกชนิดอาหารควรเป็นอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย คำนึงถึงรสชาติและความชอบของผู้ป่วย จัดเตรียมอาหารวางไว้ให้ผู้ป่วยสามารถดื่อกินอาหารได้สะดวก หรือบาง รายไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างปลอดภัยไม่เกิดการ สำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการดูแลความสะอาดปากและฟัน ทั้งก่อนและหลังการ รับประทานอาหาร ในรายที่มีปัญหาการกลืน ซึ่งพบประมาณร้อยละ 59 ของผู้ป่วยทั้งหมด จะเกิดปัญหาการไอ การขย้อน และการสำลัก (Lugger, 1994 อ้างถึงในจอม สุวรรณโณ, 2540) จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุ และในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือกลืนได้ ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการให้อาหารทางสายยางให้อาหาร โดยจัดเตรียมอาหารผสม หรืออาหารเหลวที่มีสารอาหารครบถ้วน ถูกสัดส่วน มีความเข้มข้นของพลังงาน 1-1.2 แคลอรีต่อมิลลิลิตร เก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสม และให้อาหารอย่างถูกวิธี ตลอดจนติดตามประเมินภาวะโภชนาการ และภาวะสมดุลอิเล็กโทรลัยต์อย่างสม่ำเสมอ (Wojner, 1996)

2. คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ อาจเกิดปัญหาการขับถ่าย เช่น ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ หรือกลไกการขับถ่ายปัสสาวะสูญเสียชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยควบคุมการถ่ายอุจจาระไม่ได้ชั่วคราว ซึ่งอาจเกิดในระยะแรกเมื่อระบบประสาทเริ่มกลับมาทำงาน หรือผู้ป่วยเกิดปัญหาท้องผูกหรือไม่ถ่ายอุจจาระเป็นระยะหลายวันจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากสภาพที่ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น วิธีการสนองความต้องการดังกล่าวนี้ขึ้นกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ในรายที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยต่อสายสวนปัสสาวะลงในระบบปิดที่ปลอดภัย ไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ กรณีสายสวนปัสสาวะไม่ให้คั่งรังท่อนทางเดินปัสสาวะ หรือเคลื่อนเข้าออกพร้อมทั้งทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้ง พร้อมทั้งสังเกตบันทึกลักษณะ จำนวนปัสสาวะ ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยท้องผูก โดยกระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน ให้ได้รับน้ำเพียงพอ รวมทั้งอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยขับถ่าย ตลอดจนกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติ จัดสิ่งแวดล้อมให้ขับถ่ายบนเตียง หรือข้างเตียงโดยใช้หมอนอน เก้าอี้สำหรับถ่าย หรือกระบอกปัสสาวะ รวมทั้งให้ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องส้วม และช่วยทำความสะอาดหลังการขับถ่าย (สมจิต หनुเจริญกุล , 2538)

3. คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้องกันการเกิดปัญหาทางผิวหนังและคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกาย โดยดูแลความสะอาดสุขวิทยาส่วนบุคคล อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลปากฟัน ผมหงอก หวีหิ้ว เล็บมือ เล็บเท้า ช่วยเปลี่ยนผ้าหรือจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายที่ปกติ จะเป็นความต้องการการดูแลให้ร่างกายปราศจากเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวมักพบความผิดปกติ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อจากแผลกดทับ ความผิดปกติของระดับอุณหภูมิร่างกายมีผลต่อสมอง สมองอาจเกิดการขาดออกซิเจนทำให้เกิดภาวะสมองบวม การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งยากต่อการดูแลที่บ้าน นอกจากนั้นควรตรวจสอบผิวหนัง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ (Maklebust, 1987 อ้างถึงในจอม สุวรรณโณ, 2540) เกิดจากมีแรงกดทับ แรงเสียดสี หรือแรงดึงต่อผิวหนังเฉพาะที่ ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและเกิดเป็นแผล โดยมีสาเหตุส่งเสริมหลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การรับรู้ประสาทสัมผัสต่อผิวหนังลดลง ความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง การระคายเคืองจากปัสสาวะหรืออุจจาระ ภาวะทุพโภชนาการ มีวิธีป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยตรวจสอบประเมินผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่า หรือพลิกตะแคงตัว ใช้วัสดุที่นุ่มรองตามปุ่มกระดูก เช่น สะโพก ก้นกบ และสันเท้า การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลผิวหนังให้แห้งไม่อับชื้น ที่นอนต้องเรียบตึงเพื่อลดแรงเสียดสี ในรายที่เกิดแผลกดทับผู้ดูแลต้องเรียนรู้วิธีการดูแล และส่งเสริมการหายของแผล (Bergman- Evan, et al.,1994 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ,2540)

4. การคงไว้ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีกจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลเนื่องจากความเจ็บปวด ผู้ป่วยอาจเกิดความเจ็บปวดบริเวณกล้ามเนื้อจากการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทส่วนกลาง ความเจ็บปวดก่อให้เกิดการรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย นอกจากนั้นผลกระทบด้านร่างกาย

อาจเกิดจากการปวดศีรษะ เหนื่อย หายใจหอบ ซึ่งเป็นอาการมักพบในผู้ป่วยโรคนี้ ผลกระทบด้านจิตใจอันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญและปรับตัวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า มีอาการสับสน ผลกระทบเหล่านี้จะรบกวนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ (สุคศิริ หิริณภูหะ, 2541)

5. พัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวและการกระทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยที่เกิดการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกายอาจเป็นการสูญเสียบางส่วน ดังเช่น ผู้ป่วยมีแขนและขาข้างหนึ่งซีกใดอ่อนแรง หรือเป็นการสูญเสียการเคลื่อนไหวแขนและขาทั้ง 2 ข้าง การให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรงเพื่อส่งเสริมการทำงานของร่างกายกลับสู่สภาพเช่นเดิม หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องการการดูแลที่ส่งเสริมการกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ หรือการเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น การกระทำกิจกรรมด้วยตนเองจะช่วยให้กล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อต่อ และยังส่งเสริมกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอีกด้วย

6. ปราศจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เกิดพยาธิสภาพที่สมองต้องการการดูแลเพื่อให้ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลตนเองได้จากการที่สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักพยายามเคลื่อนไหวตนเองโดยการพยายามลุกนั่งหรือยืน หรือพยายามช่วยเหลือตนเองทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บได้ การจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้ผู้ป่วยปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น(สุคศิริ หิริณภูหะ, 2541) ผู้ดูแลต้องประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย คอยช่วยเหลือเมื่อเคลื่อนไหว เดินหรือเปลี่ยนท่า จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมมีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่นมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ มีราวสำหรับยึดเกาะ รวมทั้งต้องดูแลเฝ้าระวังความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง หรือสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะเกิดอันตรายได้ง่าย

7. พัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ด้านความคิดอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจพบปัญหาทางระบบประสาทอื่นๆนอกเหนือจากการสูญเสียการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น พูดไม่ชัด พูดตะกุกตะกัก ไม่เข้าใจคำพูดหรือภาษาในการสื่อสาร ความจำเสื่อม ช่วงความสนใจสั้น ขาดสมาธิ สับสน ก้าวร้าว มีพฤติกรรมและคำพูดในการตอบสนองไม่เหมาะสม เป็นต้น ผู้ป่วยจึงต้องการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ความคิดอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม ในการพัฒนาความสามารถเหล่านี้ บางครั้งผู้ป่วยต้องการข้อเสนอแนะหรือการฝึกจากผู้ชำนาญเฉพาะทาง เช่น นักการบำบัด บำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

8. พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การส่งเสริมการพึ่งตนเอง ผู้ป่วยต้องการการดูแลตนเองเพื่อสามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม สามารถพึ่งตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยอย่างยิ่ง ความสามารถในการดูแลและพึ่งตนเองในผู้ป่วยแต่ละคนสามารถพัฒนาได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเรียนรู้ทักษะ ความจำ และความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพของการได้รับบาดเจ็บ

9. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียด และปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากโรคและความพิการที่เหลืออยู่ ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในการติดต่อกับสังคม และส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

10. ควบคุมและสังเกตอาการของโรคอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง

11. สนใจติดตามผลการตรวจรักษา และต้องให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษา

12. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา คุณผลของยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ละลายลิ่มเลือด หรือยับยั้งการเกาะติดกันของเกร็ดเลือดซึ่งจะทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และอวัยวะอื่นๆ ได้ง่าย (Wojner, 1996) ผู้ดูแลจะต้องทราบชื่อ ขนาด เวลาที่รับประทาน การเก็บรักษา ฤทธิ์ของยา การสังเกตและจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา

13. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตบำบัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

14. เรียนรู้ พัฒนาทักษะ ในการติดต่อขอความช่วยเหลือ จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ตลอดจนแหล่งประโยชน์อื่นๆ ในชุมชนที่อยู่อาศัย

จะเห็นได้ว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลยาวนาน ผู้ดูแลจึงต้องเรียนรู้ พัฒนาความสามารถ และทักษะเฉพาะ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีตามมา ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานร่วมกับครอบครัวต้องตระหนักถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยต้องสามารถประเมินความรู้ แรงจูงใจและทักษะเฉพาะที่สามารถส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ (V.Ruth Gray, 1996 cited in Perri J. Bomar, 1996)

จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีความบกพร่องในด้านการรู้คิด การตัดสินใจ และการควบคุมการเคลื่อนไหว การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย คือ การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถกลับมาช่วยเหลือและดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งในขณะที่เจ็บป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ ดังนั้น พยาบาลและสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่จะสามารถให้การช่วยเหลือดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันที่ผู้ป่วยต้องอยู่และดำรงชีวิตต่อไป การช่วยเหลือส่งเสริมศักยภาพการดูแลให้แก่สมาชิกครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลจะเป็นบุคคลที่สามารถให้การสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถของสมาชิกครอบครัวให้ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งการนำแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัวของโอเร็มไปใช้โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับ โดยประเมินความต้องการการพยาบาลของครอบครัว วางแผนการให้การพยาบาล ลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ และประเมินผลการพยาบาล (V.Ruth Gray, 1996 cited in Perri J. Bomar, 1996)

3. ความสามารถที่จำเป็นของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการและการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกลับมาใช้ชีวิตในโรงพยาบาล (สุทธพร ขจรฤทธิ์, 2547) การกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกต่างๆ เป็นต้น เป้าหมายการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับความรู้หรือข้อมูล ตลอดจนทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลได้เองด้วยความมั่นใจเมื่อถึงเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่าการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ควรเริ่มให้เร็วที่สุดจะมีผลดีต่อผู้ป่วย แต่การที่จะบอกว่าผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะพักฟื้น และช่วยเหลือตัวเองได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หลักการฟื้นฟูสภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวปฏิบัติดังนี้คือ

1. เตรียมแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมากมักทำภายหลัง 24-36 ชั่วโมง หรือเมื่อพ้นจากภาวะวิกฤต สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือ พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อทราบถึงการพยากรณ์ของโรค และแนวทางในการช่วยเหลือ โดยทั่วไปสามารถพยากรณ์ปัญหาการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้อย่างคร่าวๆ (กัมมันต์ พันธุมจินดา และคณะ, 2537 อ้างถึงใน สุทธพร ขจรฤทธิ์, 2547) ดังนี้

1.1 กลุ่มที่สามารถขยับแขนขาได้เองใน 1 สัปดาห์ และขยับมือได้เองใน 2 สัปดาห์ จะมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถใช้มือและแขนได้ปกติ แต่ถ้าไม่ดีขึ้นเลยภายใน 2 สัปดาห์แรก อาการอ่อนแรงนั้นจะดีขึ้นต่อไปได้ไม่มากนัก และถ้ายังมีอาการมากอยู่ถึง 6 เดือนอาการมักจะไม่ได้ดีขึ้น พบว่าอาการดีขึ้นของอาการอ่อนแรงจะค่อยเป็นค่อยไป โดยกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าจะดีขึ้นก่อน ตามด้วยกล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนและต้นขา สำหรับกล้ามเนื้อส่วนปลายมือปลายเท้าจะดีขึ้นช้ากว่า สำหรับลานสายตาที่ผิดปกติ (Hemianopsia) จะไม่ดีขึ้นถ้าเป็นมากกว่า 1 สัปดาห์

1.2 กลุ่มที่มีปัญหาทางอารมณ์และความผิดปกติทางจิตใจซึ่งเป็นผลจาก โรคทางระบบประสาท (neurophysiology) อื่นๆ มักเป็นอยู่นาน ส่วนภาวะปฏิเสธ (denial) ภาวะเพิกเฉย (neglect) และความผิดปกติด้านความรู้สึกมักดีขึ้นภายใน 1 เดือน และบางรายอาจเป็นปกติ อาการผิดปกติของก้านสมอง เช่น พูดสำเนียงผิดปกติ (dysarthria) กลืนลำบาก (dysphasia) และอาการวิงเวียน (vertigo) ส่วนใหญ่จะหายภายใน 4-8 สัปดาห์ การสูญเสียการได้ยินมักจะไม่ได้ดีขึ้น ความผิดปกติของการกลอกตา (conjugate gaze) มักจะหายเป็นปกติเสมอ ส่วนการเคลื่อนไหวอย่างขาดความมั่นคง (ataxia) จากสาเหตุของซีรีเบลลัมมักจะดีขึ้น

1.3 สำหรับกลุ่มอาการที่พูดไม่ได้ (aphasia) การฟื้นตัวมักเป็นไปได้อย่างแต่จะค่อยๆ ดีขึ้น

2. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง และการให้สมาชิกครอบครัวได้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวโดย (สุราพร ขจรฤทธิ์, 2547 อ้างจาก นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2531)

2.1 ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวแขนและขา มือ ด้วยการฝึกให้กำมือ เขี่ยคมือ หยิบสิ่งของ เพื่อให้มีการเหยียดของกระดูกและงอข้อมือ เขยียดและงอข้อศอก กางแขน หุบแขนและหมุนแขน เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อในส่วนต่างๆ (Baggerly 1986; Perry 1983)

2.2 การทำงานของกล้ามเนื้อปาก ลิ้นและใบหน้า (Oro- facial function) ประกอบด้วย การกลืน การออกเสียง การเคี้ยว การดูด การเป่าปาก การหายใจและการแสดงสีหน้าต่างๆ เช่น การยิ้ม เป็นต้น การให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินสมรรถภาพในการติดต่อสื่อสารของผู้ป่วยให้ถูกต้องอย่างรอบคอบและเอาใจใส่ เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยเสียสมรรถภาพส่วนใด และส่วนใดของสมองที่เกี่ยวข้องและเหลืออยู่ทำหน้าที่ในการติดต่อได้บ้าง กล่าวคือ

1) สูญเสียการรับรู้ภาษาพูด (auditory receptive aphasia) แสดงว่ามีพยาธิสภาพที่ Wernicke's area ในสมองส่วนกลีบเทมโปรัล (temporal lobe)

2) สูญเสียการรับรู้ภาษาเขียน (visual receptive aphasia or alexia) หมายถึง มีพยาธิสภาพอยู่ที่บริเวณ parietal occipital area

3) สูญเสียสมรรถภาพในการพูด (expressive speaking aphasia) แสดงว่ามีพยาธิสภาพที่ Broca's area ในสมองส่วนกลีบฟรอนทัล (frontal lobe)

4) สูญเสียสมรรถภาพในการเขียน (expressive writing aphasia or agraphia) แสดงว่ามีพยาธิสภาพที่ส่วนหลังของสมองส่วนกลีบฟรอนทัล

หากประเมินได้ถูกต้องแล้ว ก็จะสามารถฟื้นฟูสภาพในส่วนที่ยังคงทำหน้าที่ได้ให้สามารถใช้ในการติดต่อได้ผลที่สุดต่อไป ทั้งนี้ในการทดสอบการรับรู้ต้องใช้การสื่อสารภาษาแต่ละวิธีทั้งวิธีพูดและวิธีเขียนด้วยภาษาง่ายๆ สั้นๆ และชัดเจนให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่ง เช่น “ อ้าปาก ” “ หลับตา ” “ กำมือ ปล่อยมือ ” ส่วนการทดสอบสมรรถภาพในการพูดก็ให้ใช้คำถามปลายเปิด ที่จะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองความคิดเห็นในเรื่องง่ายๆ เช่น ถามว่า “ คุณชอบผลไม้อะไรบ้าง ” หรือเรียกชื่อสิ่งของต่างๆ ที่อยู่ใกล้ๆ และทดสอบการเขียน ด้วยการหาปากกาและกระดาษให้แล้วบอกให้ผู้ป่วยเขียนชื่อ นามสกุล ของเขาก่อน ต่อมาค่อยให้เขียนบรรยายความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งรอบข้างแบบง่ายๆ ออกมา และประเมินว่าจะสามารถทำได้ถูกต้อง รวดเร็วเพียงใด โดยไม่ควรเร่งเร้าผู้ป่วยให้ทำตามคำสั่งเร็วๆ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ได้ ไม่อยากให้ความร่วมมือในการทดสอบและไม่อยากติดต่อกับใครๆ ต่อไปอีกก็ได้ (มยุรี แก้วจันทร์, 2531)

2.3 การฝึกนั่งจากท่านอน (setting up from supine)

2.4 การฝึกนั่งตัวตรง ไม่ให้เอียง (Balance sitting) เป็นการบริหารกล้ามเนื้อและลำตัวที่มีอาการอ่อนแรงจากการได้รับกระทบกระเทือนที่สมอง

2.5 การฝึกการยืนขึ้นและการนั่งลง (Balance Standing and Walking) ซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยรัดหรือการพยุง เช่น เครื่องค้ำ (splint) หรือใช้ไม้เท้า เป็นต้น

เมื่อผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวได้แล้วญาติหรือผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแปรงฟัน ถูหน้า โกนหนวด สระผม หวีผม การแต่งกาย

ท่าความสะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ หากผู้ป่วยทำไม่ได้ทั้งหมดควรช่วยเหลือให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีความเชื่อมั่นในตนเอง นอกจากนี้พยาบาลควรแนะนำให้ญาติผู้ดูแลปรึกษานักกิจกรรมบำบัด เพื่อหาอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ช้อนที่มีที่ยึดติดกับมือจะช่วยให้ผู้ป่วยตักอาหารเองได้ง่ายขึ้น แปรงดัดนิ้ว และเก้าอี้นั่งสำหรับอาบน้ำ เป็นต้น พยาบาลต้องฝึกให้ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวให้สามารถฝึกผู้ป่วยใช้แขน ขา และลำตัวที่มีพยาธิสภาพให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Galameau, 1993 อ้างถึงใน สุชาพร ขจรฤทธิ์, 2547)

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการทำกิจกรรม เป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงสุดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและเกิดพยาธิสภาพที่สมอง คือ การส่งเสริมหรือฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัย ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องสามารถประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยภายหลังให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวได้ สิ่งที่ต้องประเมินคือ

- 1) ความสามารถในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายของผู้ป่วย
- 2) ขนาดและน้ำหนักตัวของผู้ป่วย
- 3) จิตสำนึกในความปลอดภัยของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) การประเมินด้านการรับรู้ต่อการสัมผัส ร้อน เย็น ความทรงจำ ว่าเป็นอย่างไร
- 5) ความร่วมมือของผู้ป่วยและความสามารถในการจดจำ ความพร้อมที่จะรับฟังคำแนะนำและการรับการช่วยเหลือจากครอบครัวและพยาบาลทั้งนี้ควรเน้นครอบครัวให้โอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย

6) การช่วยเหลือด้านจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ครอบครัวจะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยในฐานะบุคคล ไม่แสดงท่าทีสมเพชหรือปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง ถ้าผู้ป่วยหลงลืม ครอบครัวใช้ความอดทน กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกฝนใช้ความคิด ผู้ป่วยอาจไม่มีสมาธิ หงุดหงิด แต่ญาติผู้ดูแลต้องค่อยๆ กระตุ้นความทรงจำเกี่ยวกับบุคคล สถานที่และเหตุการณ์ที่สำคัญที่ละน้อยต่อไป จึงเริ่มฝึกฝนความจำ ความคิด และขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวันทีละน้อย

ถ้าผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ต้องหลีกเลี่ยงการล้อเลียนผู้ป่วย ควรแนะนำให้ครอบครัวพาผู้ป่วยไปรับการบำบัดด้วยการฝึกพูด โดยนักอรรถบำบัด (Speech pathologist)

4. ช่วยพัฒนาการปรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้กลับสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมให้มากที่สุดได้แก่ (มยุรี แก้วจันทร์, 2531)

- 4.1 รับฟัง และยอมรับความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วยที่แสดงออกมา
- 4.2 อธิบายให้ญาติผู้ดูแลทราบถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนออกไป หรือมีความคิดอ่านหรือความจำเสื่อมลง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและยอมรับสภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- 4.3 เพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกไม่เหมาะสมบางประการ โดยไม่ต่อว่าหรือแสดงการยอมรับ แต่ถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมใดที่เหมาะสมก็ให้ชมเชย เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยตามสมควร
- 4.4 แสดงท่าทีสงบเมื่อผู้ป่วยร้องไห้ หรือหัวเราะออกมาง่ายๆ อย่างไม่น่าจะเป็น พยายามแสดงความสนใจอย่างอื่นในตัวผู้ป่วยโดยไม่ถามเหตุผลว่าร้องไห้ หรือหัวเราะทำไม ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ และอารมณ์จะไม่คงตัว จึงทำให้มีพฤติกรรมเช่นนี้ออกมา ซึ่งครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต้อง

ยอมรับสภาพดังกล่าวของผู้ป่วยโดยไม่แสดงท่ารำคาญ หรือซักถามให้ผู้ป่วยตอบเหตุผลออกมา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และอาจไม่ยอมสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพามุทิตาผู้อื่น ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จอม สุวรรณโณ (2540) ซึ่งปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของประสมศรี บุญยตุลานนท์ และสุจินต์ สุระภาคย์พงศ์ (2539) ที่สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีความต้องการการดูแลที่จำเป็นของโอเร็ม ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 5 ท่าน จากนั้นนำไปประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาฝึกประเมินร่วมกับพยาบาลผู้ชำนาญทางคลินิก ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย โดยการสังเกต 2 คน ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกตเท่ากับ 0.97 ซึ่งแบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยความสามารถของญาติผู้ดูแล 9 ด้าน ดังนี้คือ

ด้านที่ 1. การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 6 กิจกรรม ได้แก่

- 1.1 การเตรียมอาหารได้เหมาะสม
- 1.2 การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร
- 1.3 การดูแลให้ได้รับอาหาร
- 1.4 การป้องกันการสำลักอาหาร
- 1.5 การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร
- 1.6 การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

ด้านที่ 2. การดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 5 กิจกรรม ได้แก่

- 2.1 การประเมินลักษณะการหายใจ
- 2.2 การขจัดเสมหะ และน้ำลายในปากหรือคอ
- 2.3 การดูแลท่อเจาะคอ
- 2.4 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ
- 2.5 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ด้านที่ 3. การดูแลด้านการขับถ่าย 6 กิจกรรม ได้แก่

- 3.1 การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ
- 3.2 การฝึกขับถ่าย
- 3.3 การแก้ไขปัญหาท้องผูก
- 3.4 การแก้ไขปัญหาท้องเสีย
- 3.5 การแก้ไขเมื่อมีปัสสาวะคั่ง
- 3.6 การดูแลเมื่อใส่สายสวนปัสสาวะ

ด้านที่ 4. การดูแลความสะอาดของร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล 3 กิจกรรม ได้แก่

- 4.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย
- 4.2 การดูแลความสะอาดปากฟัน
- 4.3 การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน

ด้านที่ 5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมการออกกำลังกาย 2 กิจกรรม ได้แก่

- 5.1 การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย
- 5.2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ด้านที่ 6. การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน 5 กิจกรรม ได้แก่

- 6.1 การกระตุ้นให้สนใจแขนขาข้างที่อ่อนแรง
- 6.2 การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง
- 6.3 การป้องกันอุบัติเหตุ
- 6.4 การป้องกันแผลกดทับ
- 6.5 การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ

ด้านที่ 7. การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน 2 กิจกรรม ได้แก่

- 7.1 การจัดช่วงเวลาอนและการพักผ่อน
- 7.2 การดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหย่อนใจ

ด้านที่ 8. การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีเวลาส่วนตัว 3 กิจกรรม ได้แก่

- 8.1 การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่คนเดียวเป็นครั้งคราวตามต้องการ
- 8.2 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น
- 8.3 การสื่อสารกับผู้ป่วย

ด้านที่ 9. การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา 4 กิจกรรม ได้แก่

- 9.1 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของยา
- 9.2 การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น
- 9.3 การปรึกษาทีมสุขภาพ
- 9.4 การจัดการให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อจำเป็น

จะเห็นได้ว่าแต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน รวมทั้งหมด 36 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีคะแนน 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และต้องปรับปรุง จาก 0- 2 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 72 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนยิ่งสูงแสดงว่าญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดี แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้าน การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา ออก 3 กิจกรรม เพราะต้องประเมินการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน ได้แก่ ข้อที่ 9.2) การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น 9.3) การปรึกษาทีมสุขภาพ และ 9.4) การจัดการให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อจำเป็น ยังคงเหลือความสามารถที่จำเป็นของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น 9 ด้าน รวม 33 กิจกรรม โดยมีคะแนนความสามารถสูงสุดเท่ากับ 66 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 ใช้วิธีการประเมินโดยสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์

การให้คะแนน และการแปลความหมาย

0 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ หรือไม่สามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

1 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้บางส่วนแต่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องบางส่วน

2 คะแนน หมายถึง ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ได้ถูกต้องครบถ้วน หรือสามารถบอกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน

การที่สมาชิกครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและมีพยาธิสภาพที่สมองตามมา พยาบาลจำเป็นจะต้องให้การช่วยเหลือและสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องปลอดภัย คัดสนใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย สามารถพึ่งพาตนเอง ตั้งแต่ระยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน นับเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ Morgan (1988) ทำการศึกษาถึงผลของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 82 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพที่กระทำตั้งแต่แรก (น้อยกว่า 7 วันหลังการบาดเจ็บ) กับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่เริ่มให้การฟื้นฟูสภาพภายหลัง 8 วันหลังการบาดเจ็บ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพในระยะ 7 วัน เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีผลลัพธ์ที่ดีในด้านสติปัญญา การรับรู้ และทักษะการเคลื่อนไหว โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังจากอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 45 วัน (Morgan, et al., 1988 cite in Mackay, et al. 1992 อ้างถึงใน รัมภ์รดา อินทร, 2539 อ้าง) สัมพันธ์กับการศึกษาของ Mackay (1992) ทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง จำนวน 17 คน ได้รับการรักษาโดยมีโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างมีแบบแผน อีกกลุ่ม 21 คน ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งส่วนหนึ่งของโปรแกรมนี้คือการให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพที่กระทำตั้งแต่ระยะแรก ได้แก่ การกระตุ้นประสาทรับรู้ส่วนต่างๆ (multisensory stimulation) การออกกำลังกาย เปลี่ยนท่านอนเพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะไม่รู้สึกรู้สีกตัวน้อยกว่า และใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีแบบแผนประมาณ 1 ต่อ 3 และพบว่าระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และ Date Goede & Werner (1987) ได้ศึกษาการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 54 คน โดยการสอนญาติให้ช่วยเหลือในการพยาบาลง่ายๆ เช่น การอาบน้ำ การให้อาหาร จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้มีสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยก่อนได้รับอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายโดยถูกจากเตียงได้เร็วขึ้น มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการนำกระบวนการพยาบาลครอบครัวในการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวดังนี้

ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย (2548) ศึกษาผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนซึ่งได้รับเตรียมครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว และกลุ่มควบคุม 15 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลอง ครอบครัวในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ค่าคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รัมภ์รดา อินทร(2539) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย กลุ่มทดลอง 13 ราย พบว่าหลังการทดลองการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) ศึกษาผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

อรมน บัญเกิด (2540) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ด้วยการสัมภาษณ์ สังเกต และให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลทำให้อีกก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมเมื่อรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาผลการวิจัยดังกล่าว การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้เร็วยิ่งขึ้น บทบาทสำคัญของพยาบาลคือการสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นหายได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งต้องเริ่มกระทำการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยตั้งแต่วะยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นการพัฒนาความสามารถการดูแลของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไร

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรูปแบบปกติ

การพยาบาล คือ การปฏิบัติการของพยาบาล โดยใช้กระบวนการในการเก็บข้อมูล ประเมินวิเคราะห์ข้อมูล วินิจฉัยเพื่อนำไปสู่การให้การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหา และประเมินผลการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ปี 1980 สมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nursing Association) ได้ให้ความหมายสาขานิติศาสตร์สาขานิติพยาบาลไว้ว่า เป็นการให้การวินิจฉัย การบำบัด การตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วและมีแนวโน้มที่จะเกิด (ศิริอร สินธุ, 2543) ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้มากขึ้น คือ การมองผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญที่มีองค์ประกอบของร่างกาย จิต จิตวิญญาณและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กัน โดยมีเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการจริง คือกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพ การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (ยุวดี เกตุสัมพันธ์, 2543)

ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติประจำวันหรือการดูแลตนเอง มีภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ตั้งแต่ระยะแรกที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะที่ยังมีภาวะวิกฤตที่ถูกควบคุมชีวิตพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเป็น

สำคัญ เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤต ญาติหรือสมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่ต้องรับภาระ หรือมีหน้าที่ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

การให้การดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยที่ศีรษะดังกล่าว พบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวใกล้ชิดครอบครัวมากที่สุด เป็นที่ยอมรับว่ากระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการพยาบาลเริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการด้วยวิธีการต่างๆ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลจากข้อมูลที่มีอยู่ วางแผนแก้ไขปัญหามาโดยลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหาคำหนดกิจกรรมการพยาบาลรวมทั้งเกณฑ์ในการประเมินผล ลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้เป็นขั้นสุดท้าย อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะประสบผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมายได้นั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องใช้ความรู้ความชำนาญในทักษะต่างๆ ของการพยาบาล ในปัจจุบันได้มีการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการพยาบาลหลายหน่วยงานพบว่า ยังขาดความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงและการพยาบาลด้านจิตสังคม (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2546) ทั้งระดับตัวผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลโดยภาพรวมพบว่า ปัญหาพบมากที่สุด 4 ด้าน คือ การมีปริมาณงานที่มากเกินไปที่จะทำให้สมรรถนะได้ การกระทำการรักษาเกินความรู้ความสามารถที่ได้รับการเรียนจากสถาบันการศึกษา การขาดที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์ทางวิชาการ และการทำงานที่ไม่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ดังนั้นระบบการพยาบาลที่เป็นอยู่จึงยากที่จะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมทั่วถึง มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

โรงพยาบาลศูนย์เป็นหน่วยงานที่มีการจัดควบคุมและพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 56.5) โดยมีการค้นหาวิธีการใหม่ เพื่อประสิทธิภาพการบริการและเป็นผู้ดำเนินการพัฒนาระบบและทีมสุขภาพ (ทัศนาศ นุญทอง, 2542) ซึ่งการให้บริการพยาบาลของพยาบาลในระดับตติยภูมิและตติยภูมิ หมายถึงการบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัย ที่เน้นการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยและผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรงจนถึงวิกฤต ต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหา ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดหลังการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในสถานการณ์ของการให้บริการพยาบาลในสังคมปัจจุบันที่ประชาชนมีความความต้องการและความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น แต่พยาบาลอาจยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากปัญหาดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้เกิดปัญหาต่อประชาชนในการรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จากการศึกษาของ ดร.ทัศนาศ นุญทอง (2542) พบว่า ประชาชนไม่สามารถดูแลตนเองที่บ้าน ได้หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเมื่อต้องได้รับการรักษาหลังจากนั้นก็จะต้องกลับมารักษาที่ โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ เป็นภาระกับผู้อื่น รวมทั้งปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่าย ประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.42 ระบุให้พยาบาลเป็นผู้ดูแลต่อเมื่อที่บ้านหลังการจำหน่าย (ทัศนาศ นุญทอง, 2542)

โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลที่ให้การพยาบาลในระดับตติยภูมิ ที่รองรับการให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต มีบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเกือบทุกด้าน รวมถึงการให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งระดับการเจ็บป่วยเล็กน้อย ระดับรุนแรงและวิกฤต แต่ก็ยังพบปัญหาในการให้บริการพยาบาลเหมือนกันกับการศึกษาของ

ดร.ทีศนา บุญทอง (2542) คือ การมีปริมาณงานที่มากเกินไป การกระทำการรักษาเกินความรู้ความสามารถที่ได้รับ การศึกษาในสถาบันการศึกษา การขาดที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์ทางวิชาการ และการทำงานที่ไม่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทำให้เกิดการะงานที่พยาบาลต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้น เช่น งานเกี่ยวกับเอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการพยาบาล ถึงแม้บุคลากรทางการพยาบาลจะพยายามพัฒนาศักยภาพของตนเองและทีมพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนให้มากที่สุด แต่จากการศึกษาสำรวจปัญหาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้วิจัยยังพบว่า ครอบครัวขาดความรู้ความสามารถที่จะนำไปปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้อย่างถูกต้องครอบคลุม และพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติการพยาบาลมีปริมาณงานที่มากเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการมารับบริการของผู้ป่วย คือ เวรเข้า พยาบาล 5 คน ต่อ ผู้ป่วย 30 คน เวรบ่ายและเวรดึก พยาบาล 4 คน ต่อผู้ป่วย 30 คน (ยอดผู้ป่วยที่มารับบริการประมาณ 150-200 คน/เดือน) จากภาระงานดังกล่าวอาจทำให้พยาบาลไม่สามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครอบคลุม ประกอบกับการปฏิบัติการพยาบาลบางครั้งเกินความรู้ความสามารถและยังขาดแหล่งสนับสนุนทางวิชาการและรูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่เอื้อต่อการปฏิบัติให้ได้ครอบคลุม ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำกระบวนการพยาบาลครอบครัวของ Hanson (2001) ซึ่งพัฒนาและปรับปรุงจากการให้บริการโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว ให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเมื่อผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้ด้วยตนเอง ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยยังพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและทีมสุขภาพ เกิดความเชื่อมั่นต่อครอบครัวว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป

5. การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ดูแลหลักของครอบครัวให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่ให้แก่สังคมโดยเป็นหน่วยที่อบรมเลี้ยงดู และให้การดูแลรักษาเมื่อสมาชิกทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะการเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีระดับบุคคลและระบบครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกัน มีโครงสร้าง บทบาท หน้าที่ของแต่ละบุคคล ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมากที่สุดสถาบันหนึ่งของสังคม เพราะถ้าบุคคลได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างดีในครอบครัวย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยได้น้อย ในขณะเดียวกันถ้ามีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการส่งเสริมสนับสนุน ให้การดูแลให้กลับมีสุขภาพดีได้หรือในทางกลับกันอาจทำให้บุคคลนั้นมีภาวะเจ็บป่วยทรุดลงได้เช่นกัน (อรรณ สุวิทย์พันธุ์, 2546)

กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัวของพยาบาล โดยเฉพาะการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถ ค้นหา ปัญหา ความต้องการ กำหนดเป้าหมาย วิธีการแก้ไขปัญหาในการให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวหรือชุมชน โดย

พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ ข้อมูล เป็นที่ปรึกษาและประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยใช้แหล่งสนับสนุนทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวได้เหมาะสม สามารถรักษาสมดุลและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวต่อไปมีรายงานการศึกษาของ ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย (2548) เกี่ยวกับการ เตรียมครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งการใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวเป็นยุทธวิธีในการเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในเชิงรูปธรรมสู่การปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดการพยาบาลของโอเร็มเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของครอบครัว ในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งนับเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นในครอบครัว และระบบการพยาบาลครอบครัว (Family Nursing System) นั้นเป็นระบบการให้การดูแลครอบครัวที่ส่งเสริมความสามารถของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของครอบครัวและสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นเพื่อพัฒนาความสามารถของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของครอบครัวให้ตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมนั้นต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล ในการประเมินปัญหา ความต้องการ ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล (Taylor, 1989 cited in Perri J. Bomar, 1996) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวของ Hanson (2001) ซึ่งมีสิ่งนำเข้าที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว (Family input) เช่น การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย หรือสมาชิกครอบครัวได้รับผลกระทบจากภาวะที่มีบุคคลในครอบครัวเกิดปัญหา ซึ่งนำไปสู่การให้การดูแลครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวมี 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ

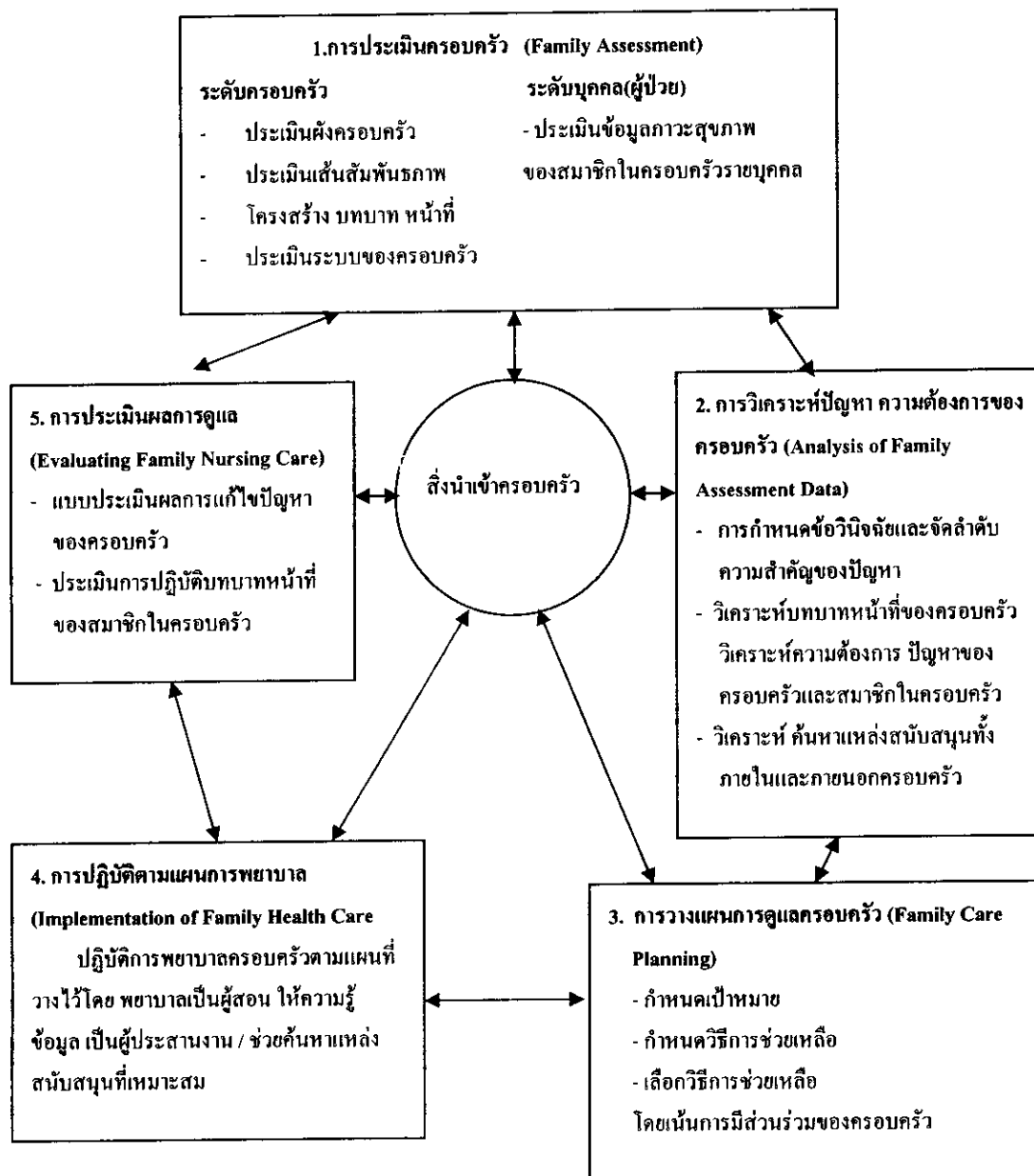
1. การประเมินครอบครัว (Family Assessment) หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับครอบครัวผู้ป่วย ประเมินแผนผังครอบครัวเพื่อทราบถึงการทำหน้าที่ บทบาทและ โครงสร้างของครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ประเมินความต้องการ/ปัญหาของครอบครัว

2. การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของครอบครัว (Analysis of Family Assessment Data) หมายถึง การนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินครอบครัวมาวิเคราะห์ถึงปัญหา ความต้องการของครอบครัว และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือความต้องการของครอบครัว เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. การวางแผนการดูแลครอบครัว (Family Care Planning) หมายถึง การกำหนดจุดมุ่งหมาย ค้นหาแหล่งสนับสนุน ภายในและภายนอกครอบครัว กำหนดวิธีการให้ความช่วยเหลือ เลือกวิธีการช่วยเหลือ ให้การพยาบาล โดยให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ปัญหาในการแก้ไขปัญหา

4. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลครอบครัว (Implementation of Family Health Care) หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้ เพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว ให้สามารถใช้แหล่งประโยชน์ ภายใน และภายนอกครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน สอนทักษะและวิธีการ แก้ไขปัญหา ตลอดจนเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การประเมินผลการดูแลครอบครัว (Evaluating Family Nursing Care) การประเมินประสิทธิภาพในการตอบสนองของครอบครัว ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวให้บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ดังแผนภูมิที่ 2



↔ หมายถึง มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

แผนภูมิที่ 2 กระบวนการพยาบาลครอบครัว (Family Nursing Process) (Hanson, 2001)

จากแผนผังขั้นตอนกระบวนการพยาบาลครอบครัว ที่แสดงตามแผนภูมิที่ 2 ผู้วิจัยประยุกต์มาใช้เป็นกระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งนับเป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองของครอบครัวต่อไป มี 5 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว (Assessment) คือ สร้างสัมพันธภาพและตกลงเข้าร่วมวิจัย ประเมินครอบครัวโดยใช้ผังเครือญาติ (Genogram) สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว (Family interaction) เพื่อทราบถึงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ การมอบหมายบทบาทผู้ดูแลหลักของครอบครัว ประเมินสัมพันธภาพครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) เพื่อค้นหาแหล่งสนับสนุนของครอบครัว ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประเมินความสามารถผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลหลักของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 9 ด้าน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ (Analysis of data) คือ การนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินครอบครัวมาวิเคราะห์ถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัวจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้ง 9 ด้าน และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ

ในการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเบื้องต้นของผู้วิจัยเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระยะฟื้นฟูสภาพที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 10 คน ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2547 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวขาดความรู้ ไม่เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพการเจ็บป่วย ความรู้ ทักษะการดูแล ไม่สามารถประเมินความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อวางแผนกลับบ้าน ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามลำพัง โดยปราศจากบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลยังขาดการสนับสนุนความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวและไม่มีกระบวนการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมผลจากการมีสมาชิกครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและพยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าจะต้องใช้ระยะเวลาเท่าไร ซึ่งโอเรียม เรียกบุคคลดังกล่าวว่า เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาจำเป็นต้องมีผู้กระทำการดูแลทดแทน (Orem, 1995) ดังนั้น ผู้ดูแลหลักของครอบครัวต้องมีความรู้ความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยได้ และจากแนวคิดดังกล่าว ประสมศรี บุญย ตูลานนท์ และ สุจินต์ สุระภักย์พงศ์ (2539) นำมาสร้างแบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง และจอม สุวรรณโณ (2540) นำมาปรับใช้ประเมินความสามารถในของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพยาธิสภาพผู้ป่วยดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยประเมินความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยและความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่า การระบายความรู้สึก

(Subjective data) และจากการสังเกตพฤติกรรม เวชระเบียนและแบบสัมภาษณ์ (Objective data) ซึ่งขั้นตอนนี้ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวและผู้วิจัยร่วมกันวิเคราะห์ ประเมินปัญหาและความต้องการ จัดลำดับความสำคัญของ ปัญหาการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นร่วมกัน นำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้คือ

1. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
2. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลด้านการขับถ่าย
4. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลความสะอาดของร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล
5. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย
6. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน
7. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน
8. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการมีเวลาส่วนตัว
9. ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการดูแล (Nursing care planning) คือ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว กำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย กำหนดวิธีการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย นำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้ คือ

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว

ด้านที่ 1. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

Analysis: การดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการกลืนการเคี้ยว ไม่รู้สึกตัว จากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นทักษะเฉพาะที่ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแล

Planning:

เป้าหมาย – ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะให้ได้รับได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ โดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1. การเตรียมอาหารได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. เลือกชนิดอาหารที่ย่อยง่ายหรือกลืนได้สะดวก/เตรียมอาหารทางสายยางได้
2. ปริมาณเพียงพอครบ 5 หมู่
2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. จัดทำนั่ง ลำตัวตรง หรือนอนหัวสูง
2. เตะปอด คู้คอเสกหะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้อาหาร (ในรายที่มีเสมหะ/ใส่ท่อเจาะคอ)
3. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ป้อนอาหาร/กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่ก ป้อนอาหารเอง
2. คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการรับประทานอาหาร
3. ไม่เร่งผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร
4. ดูแลให้ได้รับอาการครบ 3 มื้อ /ปริมาณอาหารทางสายยางถูกต้อง ครบจำนวนมื้อ
4. การป้องกันการสำลักอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดักอาหารค้ำเล็กน้อย
2. ป้อนทางมูมปากข้างที่ปกติ
3. ให้ผู้ป่วยเคี้ยวกลืนอาหารช้าๆ /ให้อาหารทางสายยางช้าๆ ใช้เวลา 20-30 นาที
4. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือนอนศีรษะสูง 30 องศา ประมาณ 30-40 นาที
5. การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะให้อาหาร ถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลักควรหยุดให้อาหารทันที
2. การให้อาหารทางสายยาง
 - 2.1 หากดูคุดอาหารออกเป็นอาหาร ไม่ย่อยมากกว่า 50 ซีซี ให้ใส่อาหารกลับและเลื่อนเวลาในการให้อาหารไป 1 ชั่วโมง
 - 2.2 หากดูคุดออกมาเป็นเลือดสด หรือสีดำคล้ำให้คุดทิ้งพร้อมทั้งจดบันทึกจำนวนไว้แล้วปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

6. การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. หลังอาหารควรให้น้ำดื่มสุกประมาณ 50-100 ซีซี.
2. ให้น้ำ/น้ำผลไม้/เครื่องดื่มบำรุงกำลัง ระหว่างมื้อ 100-150 ซีซี.
- ด้านที่ 2. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

Analysis: การไม่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลย่อมทำให้ไม่กล้าให้การดูแล กังวลได้ เพราะเป็นทักษะเฉพาะที่ต้องใช้ความสามารถสูง

Planning:

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกรวธิการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1.ก ารประเมินลักษณะการหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.บอกอาการของการมีเสมหะอุดตันในทางเดินหายใจ/ประเมินเสียงเสมหะได้ถูกต้อง
2. สังเกตอาการหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก ไม่สม่ำเสมอ

2. การดูดเสมหะ/น้ำลายในปาก คอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะได้ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ
2. การทำความสะอาดสายดูดเสมหะ/ลูกสูบยางก่อนและหลังดูดเสมหะ
3. วิธีการดูดเสมหะ
 - ดูดเสมหะในท่อเจาะคอใช้เวลา 5-10 วินาที
 - ดูดเสมหะแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 3 นาที

3. การดูแลท่อเจาะคอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทำแผล ดูแลความสะอาดท่อเจาะคอได้
2. ทำความสะอาดท่อภายในวันละ 1-2 ครั้ง

4.การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ/เคาะปอดและดูดเสมหะในรายที่ไม่สามารถไอได้หรือเจาะคอ
2. จัดท่าศีรษะสูงให้อยู่ในลักษณะปอดขยาย
3. อาการ ไม่ดีขึ้นเช่น เหนื่อย หอบมาก หายใจลำบาก เจ็บว ให้รีบรายงานแพทย์หรือพยาบาล

5. การป้องกันการติดเชื้อในทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดูดเสมหะอย่างถูกวิธี ตามหลักปราศจากเชื้อ
2. ทำความสะอาดท่อภายในอย่างถูกวิธี
3. ล้างมือทุกครั้งก่อนดูดเสมหะหรือดูแลท่อเจาะคอ

ด้านที่ 3. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลด้านการขับถ่าย

Analysis: จากพยาธิสภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย หรือไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการขับถ่ายได้ การดูแลด้านนี้จึงเป็นการดูแลที่ค่อนข้างซับซ้อน ผู้พยาบาลจึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้

Planning:

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลด้านการขับถ่ายโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1.การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทำความสะอาดภายหลังขับถ่ายทุกครั้ง
2. จัดวางหมอนนอนหรือกระบอกปัสสาวะให้ผู้ป่วย หยิบ ได้สะดวก / ช่วยสอดคั้งหมอนนอน/รองผ้าอ้อม/

ใส่ถุงปัสสาวะ

2. การฝึกขับถ่าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. กระตุ้นให้ขับถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมง
2. ฝึกถ่ายในท่าปกติโดยให้นั่งกระโถนเป็นเวลาทุกวัน
3. ให้กำลังใจตลอดเวลา

3. การแก้ไขปัญหาท้องผูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. จัดอาหารที่มีกาก
2. คั้นน้ำ 2-3 ลิตร
3. ให้ยาระบาย/เหน็บยาหรือล้างอุจจาระตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล

4. การแก้ไขปัญหาท้องเสีย

เกณฑ์การประเมินผล

1. บันทึกจำนวนและลักษณะของอุจจาระ
2. คั้นสารน้ำและเกลือแร่
3. เมื่ออาการ ไม่ทุเลาให้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

5. การแก้ไขเมื่อมีปัสสาวะคั่ง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ใช้ผ้าเย็นประคบบริเวณท้องน้อย
2. กดบริเวณท้องน้อยเบาๆ
3. หากไม่ถ่ายปัสสาวะนานเกิน 8 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์หรือพยาบาล

6. การดูแลเมื่อใส่คาสาขสวนปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือ

บอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1. การดูแลความสะอาดร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาบน้ำหรือเช็ดตัวได้สะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
2. ใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด

2. การดูแลความสะอาดปากฟัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟัน/ใช้ผ้า/สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดปากและฟัน
2. ทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
3. การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน

เกณฑ์การประเมินผล

1. เปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวันและเมื่อเปื้อน/สกปรก
2. เปลี่ยนผ้าปู/บอกลพยาบาลทุกครั้งเมื่อเปลี่ยนปัสสาวะหรืออุจจาระ
3. ผ้าปูที่นอนเรียบตึงไม่มีรอยขุ่นและสิ่งแปลกปลอม

ด้านที่ 5. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมและการออกกำลังกาย

Analysis: ผู้ดูแลหลักของครอบครัวหลายคนคิดว่า ผู้ป่วยจะกระทำได้ดีต่อเมื่ออาการทางระบบประสาทหายเป็นปกติ และรับรู้ว่ายากลำบากหรือตนเองต้องเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมด้านนี้ให้ทั้งหมด

Planning:

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1. การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายวันละ 2-3 ครั้ง
2. คอยดูแลให้ผู้ป่วยได้เกร็งกล้ามเนื้อและข้อด้วยท่าที่ถูกต้อง
3. บริหารข้อต่างๆ ตามแนวการเคลื่อนไหว

2. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำ
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย ปากฟัน เล็บและผม
3. ฝึกให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าด้วยตนเอง
4. ฝึกและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการนั่ง ยืน และเดิน/ การใช้รถเข็น หรือเครื่องช่วยพยุง
5. กระตุ้นให้ขับถ่ายและทำความสะอาดด้วยตนเองบนเตียง/ข้างเตียง/ในห้องน้ำ

ด้านที่ 6. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยการเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน

Analysis: ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีพยาธิสภาพด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ มีอาการสับสน ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป ไม่รู้เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากการตกเตียง หรืออุบัติเหตุอื่นๆ ได้ ตลอดจนการนอนนานๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะถ้าผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลจะมีผลต่อการดำรงชีวิต เมื่อออกไปอยู่ที่บ้าน

Planning:

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือ
บอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1. การกระตุ้นให้สนใจแขนขาข้างที่อ่อนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัมผัสหรือบีบนิ้วแขนขาข้างที่อ่อนแรง
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบีบนิ้วแขนขาข้างที่อ่อนแรง
3. ให้เข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่อ่อนแรง

2. การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบีบนิ้วขาข้างที่อ่อนแรง
2. ฝึกและคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยออกกำลังกายขาข้างที่อ่อนแรง

3. การป้องกันอุบัติเหตุ

1. ป้องกันผู้ป่วยตกเตียงโดยการใช้ไม้กันเตียงและหมอนอัดไว้รอบเตียง
2. ตรวจสอบให้ผู้ป่วยนั่งอย่างมั่นคงหรือช่วยพยุงเดิน/ตรวจสอบความปลอดภัยของอุปกรณ์เครื่องช่วย

เหลือต่างๆ

3. ไม่ใช้กระเป๋าน้ำแข็ง หรือกระเป๋าน้ำร้อนวางบริเวณแขนขาข้างที่อ่อนแรง

4. การป้องกันแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆ พับรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ
2. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
3. ไม่ให้นอนทับบริเวณขาข้างที่อ่อนแรงเกิน 1 ชั่วโมง
4. ไม่ดึง ลาก หรือกระชากผู้ป่วยหรือผ้าปูที่นอนขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียง
5. สังเกตผิวหนังที่ถูกกดและบริเวณใกล้เคียงทุกครั้งที่เปลี่ยนท่านอน
6. นวดผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเมื่อเปลี่ยนท่าใหม่

5. การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ฝึกกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายไหล่ และแขน
2. ฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังข้อสะโพกและข้อเข่า
3. ดูแลและสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 10-15 นาที

ด้านที่ 7. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อน

Analysis: ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคิดว่าหน้าที่ของผู้ป่วยนอนเป็นเพียงเป็นการพักผ่อน และไม่กล้าไม่แน่ใจที่จะจัดทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบเช่นการฟังเพลงเพื่อให้ผ่อนคลาย

Planning:

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1. การจัดช่วงเวลาพักผ่อนและการพักผ่อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. จัดที่นอนและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและสงบ
2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
3. ค้นหาและขจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

2. การดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหย่อนใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. จัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ชอบหรือเคยทำเป็นประจำ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียด

ด้านที่ 8. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและใช้เวลาส่วนตัว

Analysis: การไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วย หรือประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัว ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มความสามารถ และผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

Planning:

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

1. การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่คนเดียวเป็นครั้งคราวตามต้องการ

เกณฑ์การประเมินผล

1. จัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ลำพังเมื่อต้องการ
2. เผื่อสังเกตผู้ป่วยเป็นระยะๆ และให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อผู้ป่วยร้องขอ

2. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลที่ต้องการ
2. แนะนำผู้ป่วยเมื่อมีผู้มาเยี่ยม/ เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บอกความต้องการของตนเอง
4. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยหรือ โรงพยาบาลตามความต้องการ

3. การสื่อสารกับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดสั้นๆและง่าย / ปรับวิธีการสื่อสาร โดยใช้สัญลักษณ์ หรือการเขียน
- 2 ใช้คำถามที่ละคำถาม
3. ไม่แสดงท่าทีรำคาญเมื่อหน้าย สอเลี่ยนผู้ป่วย

ด้านที่ 9. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา

Analysis: การ ไม่มีความรู้ เกี่ยวกับยาและแผนการรักษาทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคิดว่าหน้าทีการดูแลให้ยา เป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือแพทย์ ซึ่งเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยด้านนี้ได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ

Planning:

เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน

- 1.การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของยา

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา
 2. สังเกตหรือบอกอาการข้างเคียงที่ผิดปกติจากยาหรือแพ้ยาได้
 3. หูดยาเมื่อมีอาการผิดปกติได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ชักและหมดสติ
- เมื่อร่วมกันกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลเรียบร้อยแล้ว นำสู่ขั้นตอนที่ 4 ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพ สอน แนะนำ สาธิต วิธีการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ ร่วมกับการแจคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถใช้แหล่งประโยชน์ภายใน และภายนอกครอบครัวได้เหมาะสม ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงาน ให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจ ในการการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลหลักของครอบครัว การติดตามเยี่ยมประเมินการปฏิบัติการดูแลอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ จนกว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวจะสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งระบบการพยาบาลครอบครัวตามแนวคิดของโอเร็ม กล่าวว่า เป็นการให้การดูแลครอบครัวที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของครอบครัวและสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้เหมาะสม ซึ่งในแต่ละครอบครัว ผู้ดูแลหลักของครอบครัวหรือผู้ป่วยบางราย อาจต้องใช้ระบบการพยาบาล ทั้ง 3 ระบบ ไปพร้อมๆ กัน คือ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด คือ เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ทั้งหมด หรือไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผลในการดูแล พยาบาลต้องเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งหมด ระบบการพยาบาลทดแทนบางส่วน ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถตอบสนองการดูแลผู้ป่วยได้บางส่วน พยาบาลจะช่วยเหลือ ส่งเสริมให้เกิดความสามารถเพิ่มเติมบางส่วน และสุดท้ายคือ ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ คือผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง แต่ต้องการพัฒนาความสามารถในการดูแลให้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ พยาบาลเป็นผู้สอน ให้ความรู้ ข้อมูล เป็นที่ปรึกษา สนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวฝึกทักษะการดูแลจนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดูแล (Evaluation nursing care) คือ การประเมินประสิทธิภาพ ในการตอบสนองของผู้ดูแลหลักของครอบครัว ประเมินความสามารถผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วย (Post-test) โดยใช้แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้ง 9 ด้าน

ขั้นตอนการประเมินผลผู้วิจัยคิดตามการให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักของครอบครัวตลอดเวลา เพื่อให้ทราบว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด โดยยึดผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัวเป็นหลัก พร้อมทั้งนำผลการปฏิบัติย้อนกลับเพื่อปรับปรุงแผนการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถในการพิจารณา กำหนดวิธีการและทางเลือกวิธีการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามความต้องการดูแลที่จำเป็นทั้ง 9 ด้าน

ปัจจุบันแนวโน้มที่จะให้การฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้นๆ จากนั้นจะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และฝึกโปรแกรมต่อที่บ้าน โดยมีบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือชุมชนที่คอยสนับสนุน ทั้งเรื่องการดูแลผู้ป่วยและการฝึกโปรแกรมของผู้ป่วยในระยะเวลาที่กำหนด พบว่าผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวได้เร็ว และประหยัดค่าใช้จ่าย แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าบริการดังกล่าวจะช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพทางกายและทางอารมณ์ของผู้ดูแลหรือครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด การให้ความรู้แก่ครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547) การดูแลสุขภาพของครอบครัวนอกจากสิ่งที่สามารถประเมินได้จากสิ่งที่มองเห็นแล้วสิ่งสำคัญที่พยาบาลครอบครัวต้องคำนึง คือ การรับรู้ความเชื่อของแต่ละบุคคล และครอบครัว มองหาความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นผลกระทบจากการที่มีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างเป็นเหตุเป็นผลจะทำให้เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวและสามารถให้การดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนเอกสาร ผลงานวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แต่ยังคงขาดการศึกษาถึงผลของการนำกระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัวมาให้เป็นรูปธรรม ในการประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัวและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพา ของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่จะสามารถตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งนับเป็นขั้นแรกที่จะสามารถทำให้สมาชิกครอบครัวหรือผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมองเห็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลต่อความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล