

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลต่อความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น โดยนำเสนอผลการศึกษาลำดับดังนี้

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักของครอบครัวและครอบครัว

1.1.2 ข้อมูลสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Relationship diagram) และสัมพันธภาพของครอบครัว

กับสิ่งแวดล้อม (Ecomap)

1.1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1.4 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

1.2. ผลการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

1.3. ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 1 และกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น โดยจำแนกข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 ส่วนดังนี้

1.1.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักของครอบครัวและครอบครัว

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n=20	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	16	80	14	70
ชาย	4	20	6	30
อายุ				
21-30 ปี	3	15	6	30
31-40 ปี	6	30	6	30
41 ปีขึ้นไป	11	55	8	40
	(Min. = 21 Max. = 63)		(Min. = 21, Max. = 65)	
	$\bar{x} = 42.95, S.D. = 10.88$		$\bar{x} = 38.95, S.D. = 12.40$	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	19	95	15	75
มัธยมศึกษา	0	0	4	20
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	1	5	1	5
อาชีพ				
เกษตรกรหรือรับจ้าง	18	90	17	85
รับราชการ	0	0	1	5
ค้าขาย	0	0	1	5
ไม่ทำงาน	2	10	1	5
ศาสนา				
พุทธ	20	100	20	100
สถานภาพสมรส				
คู่	19	95	18	90
โสด	0	0	2	10
หม้าย	1	5	0	0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
คู่สมรส	7	35	11	55
มารดา	6	30	3	15
บุตร	3	15	2	10

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n=20	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ต่อ)				
บิดา	3	15	2	10
ปู่ ย่า/ตา ยาย	0	0	1	5
พี่น้อง	1	5	0	0
หลานชาย	0	0	1	5
โรคประจำตัวของดูแลหลักของครอบครัว				
ไม่มี	12	60	17	85
มี ระบุ....	8	40	3	15
โรคคอพอก/ไทรอยด์	4	20	0	0
โรคหัวใจ	2	10	0	0
โรคเบาหวาน	1	5	0	0
โรคความดันโลหิตสูง	1	5	0	0
โรคหอบหืด	0	0	1	5
โรคกระเพาะอาหาร	0	0	1	5
ไมเกรน	0	0	1	5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
< 1,000	3	15	5	25
1,000-3,000	12	60	8	40
3,001-5,000	5	25	5	25
5,001-8,000	0	0	2	10
	(Min. = 0, Max. = 5,000)		(Min. = 0, Max. = 8,000)	
	$\bar{x} = 2,670, S.D. = 1,349$		$\bar{x} = 2,850, S.D. = 2,254$	
จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (คน)				
1	14	70	13	65
2	2	10	6	30
3	4	20	1	5
	(Min. = 1, Max. = 3)		(Min. = 1, Max. = 3)	
	$\bar{x} = 1.55, S.D. = .94$		$\bar{x} = 1.44, S.D. = .60$	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n=20	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ลักษณะของครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	11	55	13	65
ครอบครัวขยาย	9	45	7	35
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)				
3-6	17	85	14	70
7-10	2	10	6	30
มากกว่า 10	1	5	0	0
	(Min. = 3 Max. = 11)		(Min. = 3, Max. = 10)	
	$\bar{x} = 5.35, S.D. = 2.08$		$\bar{x} = 5.50, S.D. = 2.06$	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)				
1,000-3,000	4	20	5	25
3,001-5,000	10	50	10	50
5,001-8,000	4	20	1	5
> 8,000	2	10	4	20
	(Min. = 2,000 Max. = 35,000)		(Min. = 2,000, Max. = 22,000)	
	$\bar{x} = 7,510, S.D. = 9,537$		$\bar{x} = 6,150, S.D. = 4,826$	
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว				
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	13	65	9	45
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	6	30	9	45
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	1	5	2	10

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุ 41 ปีขึ้นไป กลุ่มควบคุมร้อยละ 55 ส่วนกลุ่มทดลองร้อยละ 40 ทั้ง 2 กลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ทั้ง 2 กลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 95 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 90 และส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 35 กลุ่มทดลองร้อยละ 55 รองลงมาคือ เป็นมารดาของผู้ป่วยโดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 30 กลุ่มทดลองร้อยละ 15 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 95 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75 พบว่าอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรหรือรับจ้าง กลุ่มควบคุม ร้อยละ 90 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 85 รายได้ของผู้ดูแลหลักของ

ครอบครัวทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-3,000 บาท/เดือน กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 40 จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คน โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 70 กลุ่มทดลองร้อยละ 65 ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 55 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 ส่วนครอบครัวขยาย กลุ่มควบคุม ร้อยละ 45 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 35 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มี 3-6 คน โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 85 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 70 รองลงมาคือ 7-10 คน โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 10 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 30 และพบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวของทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ 3,001-5,000 บาท/เดือน เท่ากันคือ ร้อยละ 50 เมื่อศึกษาสถานะทางเศรษฐกิจพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่บอกว่า รายได้ไม่เพียงพอและมีภาวะหนี้สิน โดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 65 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 45

1.1.2 ข้อมูลสัมพันธภาพภายในครอบครัว(Relationship diagram) และสัมพันธภาพของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap)

จากการสังเกตและสัมภาษณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวของกลุ่มควบคุม จำนวน 18 ครอบครัว มีความผูกพันกันมาก ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีความรักใคร่ ห่วงใยกันดี มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่นจะสลับหมุนเวียนกันมาเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อว่าง หรือสมาชิกครอบครัวบางคนให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจโดยการให้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายแก่ผู้ดูแลหลักระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล หรือบางครอบครัวจะสลับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ซึ่งการปรับตัวของครอบครัวดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวตลอดระยะเวลาของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังตัวอย่างจากการบอกเล่าของผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “ฉันอยู่เฝ้าผู้ป่วยมาหนึ่งอาทิตย์แล้ว กินนอนที่โรงพยาบาลนี้แหละ เวลานอนก็หลับๆ ตื่น ห่วงผู้ป่วยต้องคอยดูมาดูแลกลางคืน เพราะบางทีฉันเห็นเขาคื่นมาก กลัวสายต่างๆ หลุด วันเสาร์นี้ลูกชายคนโตไม่ไปโรงเรียน เขาจะมาช่วยเฝ้า และจะให้ฉันกลับไปดูแลบ้านบ้าง ก็อาจทำให้หายเหนื่อยบ้าง ” ผู้ดูแลหลักอายุ 55 ปี ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่เป็นลูกชายบอกว่า “ฉันไม่อยากกลับบ้านหรอก อยากอยู่ดูอาการเขาทุกวัน ลูกๆคนอื่นบอกให้กลับบ้านจะมาเฝ้าแทน ฉันก็ไม่กล้ากลับบ้านกลัวอาการเขาเปลี่ยนไปแล้วจะไม่รู้ อยู่ถึงทำอะไรให้เขามากไม่ได้แต่เห็นเขาทุกวันก็อุ่นใจ กลับบ้านไปก็นอนไม่หลับ ” จากการสัมภาษณ์ดังกล่าวทำให้เห็นถึงความผูกพันกันของสมาชิกในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ และผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้รับการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในบทบาทที่กำลังปฏิบัติอยู่ ทำให้สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ได้ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล

มี 2 ครอบครัวในกลุ่มควบคุมที่มีความผูกพันกันปานกลาง ครอบครัวหนึ่งผู้ป่วยอายุ 45 ปี เป็นม่ายที่แยกครอบครัวจากครอบครัวเดิมได้ประมาณ 12 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่คนเดียวในครอบครัวเมื่อได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ บิดา มารดาที่อยู่ต่างจังหวัดต้องเป็นผู้ดูแล ซึ่งพบว่าการอยู่ดูแลจะไม่สม่ำเสมอ ให้เหตุผลว่า “ฉันก็มีงานยุ่งๆ อยู่ทางบ้านเหมือนกัน วันไหนปลื้มตัวมาได้ก็จะมาเฝ้า วันไหนไม่ว่างก็คงไม่ได้มา ก็ฝากไว้กับหมอแหละ พ่อเขาก็ต้องไปทำงานรับจ้างทุกวัน ถ้าเขาออกจากโรงพยาบาลได้ก็คงเอาไปดูแลกันต่อที่บ้านนั่นแหละ แล้วแต่เวรแต่กรรม ” อีกครอบครัวผู้ป่วยเป็นบุตรที่เกเร ไม่ตั้งใจเรียนหนังสือ ขบถจรรยาบรรณค่อนข้างเร็วและ

เสียงดังรบกวนเพื่อนบ้านอยู่เสมอ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวผู้ป่วยชอบมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกับสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ มารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวเล่าว่า “ช่วงที่เขาไม่ป่วยฉันก็หนักใจมากพออยู่แล้ว มาป่วยเป็นแบบนี้ก็ยิ่งจะลำบากมากขึ้นอีกเท่าไร ไ้งเขาก็เป็นลูกก็ต้องดูแลเขาให้ดีที่สุดนั่นแหละ หากคนมา สับเปลี่ยนดูแลช่วยก็ยากเพราะคนอื่น ๆ เขาต้องทำงานกันหมด ลูก ๆ คนอื่นมาเยี่ยมแล้วก็กลับไป ฉันอาศัยอยู่เฝ้าคนเดียวไม่อยากให้คนอื่น ๆ เค็ดร้อน ” จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความผูกพันปานกลางกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยครอบครัวก็ให้การดูแล ห่วงใย และมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา

สัมพันธภาพของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) แสดงถึงความสัมพันธ์ของครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ครอบครัวดั้งเดิม โรงเรียน วัด กลุ่มทางสังคม ผู้ให้บริการสุขภาพเป็นต้น จากการสัมภาษณ์สังเกตกลุ่มควบคุมพบว่า จำนวน 20 ครอบครัวจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสิ่งแวดล้อมของครอบครัว สังเกตพบว่ามีเพื่อนบ้าน หรือสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักจะสลับ หมุนเวียนกันมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ญาติคนหนึ่งให้ข้อมูลว่า “เห็นผู้ป่วยเป็นแบบนี้ก็สงสาร จึงพากันมาให้กำลังใจ แต่ก็ได้แต่ดูนั่นแหละ ทำอะไรไม่ถูกหรอก” มีญาติบางคนที่มาเยี่ยมผู้ป่วยจะนำอาหารผลไม้มาให้ผู้ดูแล พุดคุยแลกเปลี่ยน ประทับใจเรื่องอาการและการดูแลผู้ป่วย ปลอบโยน ให้กำลังใจผู้ดูแลหลัก และที่สำคัญแหล่งสนับสนุนที่ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและกลับไปอยู่ที่บ้านคือ สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน และครอบครัวเดิม

สำหรับในกลุ่มทดลองสัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 19 ครอบครัว มีความผูกพันกันมาก มี 1 ครอบครัวมีความผูกพันกันแบบเข้ากันไม่ได้ จากการสังเกต สัมภาษณ์ในกลุ่มทดลองซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีความผูกพันกันมาก พบว่า สมาชิกครอบครัวจะมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลัก และสมาชิกคนอื่น ๆ จะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยช่วยผู้ดูแลหลักของครอบครัว คือ มอบหมายให้คนอื่นที่ว่างจากงานมาช่วยดูแลผู้ป่วยในวันหยุด และให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้พักผ่อน หรือกลับบ้าน ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งกล่าวว่า “ถ้าไม่ได้น้องชายของผู้ป่วยซึ่งเป็นสามีของตนมาช่วยเฝ้าบ้างก็เหนื่อยมากเหมือนกัน เพราะต้องนอนเฝ้าผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืนคนเดียว” ผู้ดูแลหลักอายุ 65 ปี คนหนึ่งบอกว่า “ถ้าไม่ได้หลานมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยช่วย ขายก็แย่เหมือนกัน อายุมากแล้วทำอะไรมากก็ไม่ได้ เวลาหลานเลิกงานเขาแวะมาเฝ้าช่วยทุกวัน เสาร์-อาทิตย์เขาก็มาช่วยทั้งวัน ทำให้ขายได้พักผ่อนมากขึ้น ไม่เหนื่อยเกินไป” แสดงให้เห็นถึงสัมพันธภาพ ความผูกพันของสมาชิกภายในครอบครัว

ส่วนอีก 1 ครอบครัว ที่ผู้ป่วยเป็นสามี ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก มีสัมพันธภาพของสามีภรรยาเป็นแบบเข้ากันไม่ได้ เคยเกิดเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัวถึงขั้นแยกกันอยู่มาระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อสามีเกิดอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ภรรยาต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลัก โดยบอกว่า “ฉันคิดว่าทำตามหน้าที่ จะให้พ่อแม่เขามาดูแลก็ไม่ได้เพราะยังงั้นเรายังไม่ได้หย่าขาดจากกัน และเราก็มีลูกด้วยกัน 2 คน และลูกก็ยังเล็ก ถ้าหากคิดถ้าเขากลับตัวกลับใจได้ฉันก็จะอยู่กับทุกอย่าง ตอนนั้นก็คงต้องดูแลเขาให้ดีที่สุดนั่นแหละ” แสดงให้เห็นว่าการเข้ารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักบางครั้งด้านสัมพันธภาพในครอบครัว บางครั้งไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ทางสังคมของคนในสังคมไทย โดยเฉพาะสังคมในชนบทที่บางครั้งจะยึดถือหน้าที่ที่มีต่อครอบครัว

เป็นหลักมากกว่าความรู้สึกร่วมตัว การแสดงถึงความโอบอ้อมอารี มีน้ำใจ และการให้อภัยซึ่งกันและกันระหว่าง ภรรยาและสามีเมื่อมีเหตุการณ์ที่เป็นภาระวิกฤตของครอบครัว

ส่วนการประเมินสัมพันธภาพของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) พบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มี สัมพันธภาพระดับดีกับ ครอบครัวเดิม ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงกัน ตลอดจนแหล่งสนับสนุน ต่างๆ เช่น สถานีนามัย เพื่อนบ้านที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วัด โรงเรียน มีสมาชิกครอบครัว บางคนที่บ้านอยู่ไกล ต่างจังหวัด สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆหรือเพื่อนบ้านไม่ได้มาเยี่ยม หรือนานๆ ถึงจะมาเยี่ยม พบว่ามีการสร้างมิตรภาพใหม่เกิดขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันและกันระหว่างญาติผู้ป่วยด้วยกัน สังเกตพบว่า ผู้ดูแลหลัก มีสีหน้าคลายกังวล ผ่อนคลาย บางคนบอกว่า “เห็นผู้ป่วยคนนั้นแล้ว สงสารเขา เป็นมากกว่าคนไข้ของเราอีก ” ทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น และจากการสังเกตในกลุ่มทดลองเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ประกอบกับการได้รับการสอน แนะนำ สาธิตการดูแล การให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความกระตือรือร้นในการร่วมวิจัยและการ ฝึกการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สังเกตพบว่าการนำความรู้ที่ได้ไปพูดคุย แลกเปลี่ยนกับญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ ใน บางครั้ง และลงมือปฏิบัติช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่างเช่น ช่วยพลิกตะแคงตัว บอกวิธีการออกกำลังกาย และบางคนนำคู่มือที่ผู้วิจัยแจกเพื่อประกอบการสาธิตการดูแลให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นได้อ่านด้วย

สรุปข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวและสัมพันธภาพของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีความผูกพันกันมาก โดยมีการปรับเปลี่ยน โครงสร้างหน้าที่ และปรับบทบาทของครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้ตลอดระยะเวลา การรักษาตัวในโรงพยาบาลและคาดว่าจะดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนสัมพันธ ภาพที่แบบเข้ากันไม่ได้ในครอบครัวซึ่ง 1 ครอบครัวในกลุ่มทดลอง พบว่าไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติบทบาท การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแต่อย่างใด และครอบครัวยังค้นหาแหล่งสนับสนุนภายนอกของครอบครัวได้ เหมาะสมกับสภาพของครอบครัว คือ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพที่ดีกับสิ่งแวดล้อมของ ครอบครัว คือ เพื่อนบ้าน ครอบครัวเดิม เพื่อน สถานบริการสุขภาพที่ครอบครัวคาดหวังว่าจะไปรับบริการเมื่อ เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

1.1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n= 20	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	19	95	18	90
หญิง	1	5	2	10
อายุ				
น้อยกว่า 21 ปี	3	15	2	10
21-30 ปี	7	35	1	5
31-40 ปี	3	15	8	40
41 ปีขึ้นไป	7	35	9	45
	(Min. = 15 Max. = 69)		(Min. = 15, Max. = 72)	
	$\bar{x} = 36.45, S.D. = 10.58$		$\bar{x} = 40.70, S.D. = 11.40$	
การรักษาที่ได้รับ				
ไม่ได้ผ่าตัด	14	70	11	55
ได้รับการผ่าตัด	6	30	9	45
Glasgow Coma Score (คะแนน)				
8	4	20	4	20
9	2	10	3	15
10	6	30	7	35
11	4	20	4	20
12	4	20	2	10
	(Min. = 8 Max. = 12)		(Min. = 8, Max. = 12)	
	$\bar{x} = 10.2, S.D. = 1.73$		$\bar{x} = 9.8, S.D. = 1.28$	
จำนวนวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (วัน)				
1-7	5	25	4	20
8-14	4	20	8	40
15-21	3	15	4	20
22-28	3	15	3	15
29-36	5	25	1	5

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มควบคุม ร้อยละ 95 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 90 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี และ 41 ปีขึ้นไป เท่ากันคือ ร้อยละ 35 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการผ่าตัด คือ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 55 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน Glasgow coma score ส่วนใหญ่ 10 คะแนน คือ ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 35 ตามลำดับ จำนวนวันที่พักรักษาตัวมากที่สุด กลุ่มควบคุม 1-7 วัน และ 29-36 วัน เท่ากันคือ ร้อยละ 25 รองลงมา 8-14 วัน ร้อยละ 20 ส่วนในกลุ่มทดลองมากที่สุด 8-14 วัน ร้อยละ 40 รองลงมาคือ 1-7 วัน ร้อยละ 20

1.1.4 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ตารางที่ 3 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

กิจวัตรประจำวัน	กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n= 20	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
การรับประทานอาหาร				
ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง(ต้องป้อน/ให้ทางสายยาง)	15	75	17	8
ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร	5	25	3	15
การเคลื่อนย้าย				
ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้และทรงตัวนั่งไม่ได้	13	65	16	8
ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน	5	25	4	20
เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วย 1 คน	2	10	0	0
การเดิน				
เคลื่อนไหวไม่ได้	18	90	20	100
ใช้เก้าอี้เข็นหรือคลานได้	1	10	0	0
เดินได้โดยมีคนคอยช่วยเหลือบางขั้นตอน	1	10	0	0
การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า				
ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง	20	100	19	9
ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน	0	0	1	5
การอาบน้ำเช็ดตัว				
ไม่สามารถอาบน้ำเช็ดตัวได้	20	100	19	95
ต้องการความช่วยเหลือในบางขั้นตอน	0	0	1	5
สุขวิทยาส่วนบุคคล				
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	19	95	19	95
ต้องการความช่วยเหลือบางขั้นตอน	1	5	1	5

ตารางที่ 3 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (ต่อ)

กิจวัตรประจำวัน	กลุ่มควบคุม n=20		กลุ่มทดลอง n= 20	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
การใช้ห้องน้ำหรือกระโถน				
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	19	95	19	95
ต้องการความช่วยเหลือบางขั้นตอน	1	5	1	5
การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ				
กลั้น ไม่ได้ อุจจาระราดกะปริบกะปรอย				
/หรือท้องผูกต้องสวนอุจจาระ	17	85	19	95
กลั้นได้เป็นส่วนใหญ่	2	10	1	5
กลั้นได้/ต้องสวนอุจจาระแต่สามารถทำได้เอง	1	5	0	0
การควบคุมการขับปัสสาวะ				
กลั้น ไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอย				
/ต้องสวนปัสสาวะ	15	75	19	95
กลั้นไม่ได้ ประมาณวันละ 1 ครั้งต้องสวนปัสสาวะ	3	15	1	5
กลั้นปัสสาวะได้	2	10	0	0

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้ง 9 ด้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองเป็นส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้อื่นช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือการดูแลอาบน้ำเช็ดตัว กลุ่มควบคุม ร้อยละ 100 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 95 การสวมใส่เสื้อผ้า กลุ่มควบคุม ร้อยละ 100 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 95 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล กลุ่มควบคุมเท่ากับกลุ่มทดลอง คือ ร้อยละ 95 การใช้ห้องน้ำหรือการใช้กระโถน การเดิน ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือขนย้าย นอกจากกิจกรรมดังกล่าวด้านอื่นๆ ผู้ป่วยก็ยังคงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดูแลเกือบทั้งหมดเช่นกัน

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีเหตุการณ์ที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษที่ได้รับ ณ วันแรกที่ประเมิน คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ การได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ การได้รับการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และอื่นๆ เช่น การจำเป็นต้องได้รับการผูกยึดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มิ่ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไปสับสน บางคนไม่รู้เรื่อง มีปัญหาการสื่อสาร ความจำ และการรับรู้ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่สมาชิกครอบครัวต้องร่วมมือในการให้การดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมากทุกด้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ย่างยาก ซับซ้อน ต้องใช้ความรู้ความสามารถ ในการดูแลทั้งในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาจต่อเนื่องจนถึงกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.2. ผลการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการทดลอง ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอนดังนี้ วันที่ 1 ของการใช้กระบวนการพยาบาล ขั้นตอนที่ 1-3 ในกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว (Assessment) โดยการ สร้างสัมพันธภาพและตกลงเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นประเมินครอบครัวโดยใช้ผังเครือญาติ (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

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการดูแล (Nursing care planning) คือ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว กำหนดจุดมุ่งหมายและเกณฑ์ในการดูแลผู้ป่วย

วันที่ 2 ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคลเพื่อปฏิบัติตามแผนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 4 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพ สอน แนะนำ สาธิต วิธีการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ ร่วมกับการแจกรุ่นมือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถใช้แหล่งประโยชน์ภายใน และภายนอกครอบครัวได้เหมาะสม ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงาน ให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจ ในการการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลหลักของครอบครัว การติดตามเยี่ยมประเมินการปฏิบัติการดูแลอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ จนกว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวจะสามารถปฏิบัติได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ซึ่งขณะนี้ถ้ามีปัญหาเรื่องการดูแลสามารถปรึกษา ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และเมื่อจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามประเมินผล ในขั้นตอนที่ 5 ของการใช้กระบวนการพยาบาล ดังนี้

จากการศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลต่อความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น ได้ผลการวิจัยดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1-3 ในวันแรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ 2 ปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มทดลองใช้เวลา 45-60 นาที ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหา (Assessment) เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และประเมินครอบครัว

โดยใช้แผนผังเครือญาติ (Genogram) พบว่า สมาชิกครอบครัวมีความยินดีเข้าร่วมวิจัยและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย กล่าวระบายความรู้สึก ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยพร้อมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัว ร่วมกันประเมินและค้นหาสมาชิกครอบครัวที่จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งพบว่าสมาชิกในครอบครัวได้มีการปรับบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวเดี่ยวที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ผลจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทเป็นบิดาหรือสามี ไม่สามารถหารายได้ให้ครอบครัวได้ ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลให้ภรรยาต้องปฏิบัติบทบาทหน้าที่บางส่วนทดแทนและมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักให้กับสามีที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีการปรับบทบาทให้ลูกชายคนโตดูแลบ้านและน้อง จากคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักว่า “เครียดเหมือนกันไม่รู้จะทำอะไร ดีที่บุตรชายคนนี้โตพอไว้ใจดูแลบ้านได้ แต่เขาก็ต้องไปทำงานเหมือนกันหลังเลิกงานต้องกลับมาดูแลข้าวน้ำให้น้องๆ กิน เมื่อไหร่จะหายก็ไม่รู้ เงินก็ไม่ค่อยมี จะได้กลับไปอยู่บ้านแต่ก็กลัวแก่ไม่เหมือนเดิม กลัวพิการ” “ต้องดูแลกันไปให้ดีที่สุดจนกว่าจะหายนั้นแหละ เรื่องอื่นๆ ค่อยว่ากันทีหลัง ขอให้ผู้ป่วยหายดีก็พอใจแล้ว” นอกจากนั้นยังทำให้ทราบถึงความผูกพันของสมาชิกครอบครัว (Family interaction) พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีความผูกพันกันระดับดี และมีความกระตือรือร้นในการให้ความร่วมมือในการค้นหาปัญหาและวิธีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัย ด้านสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) และแหล่งสนับสนุนของครอบครัว พบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนเป็นอย่างมากกับบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัวเก่า ญาติ พี่ น้อง และบุคลากรทีมสุขภาพ รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน และผู้ป่วยบางรายต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ดังตารางที่ 2 ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด 8-14 วัน ร้อยละ 40 รองลงมาคือ 1-7 วัน ร้อยละ 20 และเมื่อกลับไปอยู่บ้านก็ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “ถ้าไม่ได้ญาติ และพ่อแม่ช่วยก็คงยุ่งยากเหมือนกัน เพราะที่บ้านลูกยังเล็กอยู่ทั้ง 2 คน เพราะตัวเองก็ต้องมาเฝ้าพ่อเขาอยู่โรงพยาบาลนานหลายวันแล้วไม่ได้กลับบ้านเลย ไม่รู้จะทำอะไร บางวันพ่อแม่ก็พาลูกๆ มาเยี่ยมและก็กลับไป เราอยู่โรงพยาบาลก็อาศัยคุณหมอนี้แหละ ทำยังไงก็ได้ขอให้หายเร็ว ฉันก็ทำอะไรไม่ถูกเหมือนกัน” นอกจากนี้ยังมีอีกหลายครอบครัวที่เพื่อนบ้านหมั่นเวียนกันมาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก สังเกตพบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวจะมีสีหน้าสดชื่นขึ้นหลังจากได้รับการพูดคุย ปลอดภัย แสดงความเห็นใจจากเพื่อนบ้านและญาติที่มาเยี่ยม นอกจากนั้นยังช่วยให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักค้นหาแนวทางแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ (Analysis of data) และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมกับครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความกระตือรือร้น และไว้วางใจเปิดเผยข้อมูลที่เป็นสภาพปัญหาและยอมรับว่าภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากความพิการที่หลงเหลือจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “ไม่คิดเลยว่าจะเกิดเรื่องแบบนี้กับลูกชายของตนกลัวเขาจะพิการไปตลอดชีวิต ป้าก็ดูแลเขาไม่เป็น พุดด้วยไม่รู้เขารู้เรื่องหรือเปล่า ทำอะไรก็ไม่ถูกกลัวไปหมด ได้แต่ยืนเฝ้าเขาเฉยๆ ถ้ามีคนมาแนะนำให้ความรู้ก็จะดีมากเลย ก็ได้แต่อาศัยหมอพยาบาลให้ดูแลให้” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางคนบอกว่า “แล้วแต่บุญกรรมของเขา ทำอะไรไม่เป็นแล้ว ก็คงดูแลไปตามเรื่อง เราก็ไม่มีความรู้อะไรมาก ทุกวันอาศัยภรรยาให้เขาหายเป็นปกติ ไม่อยากให้เขาพิการ เพราะคงมีความยุ่งยากตามมามากหลายอย่าง

ใครจะดูแล ใครจะเฝ้าเขาใกล้ๆ มากเลย เราก็ดูแลอะไรไม่เป็น อยู่โรงพยาบาลก็ยังมีพยาบาลมีหมอช่วยรักษา ถ้าต้องกลับบ้านแล้วพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่รู้จะดูแลอย่างไร ” ตัวอย่างข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยทราบถึงความต้องการของครอบครัวและความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และ แบบประเมินความสามารถผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้ง 9 ด้าน(pre-test) นำไปสู่การให้คำปรึกษาและสะท้อนปัญหาดังกล่าวให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเข้าใจและยอมรับที่จะเผชิญปัญหา เพื่อให้ความร่วมมือในการวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการดูแล (Nursing care planning) การกำหนดจุดมุ่งหมายของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่สมาชิกครอบครัวสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม และร่วมกันวางแผนวิธีการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกัน พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้ง 9 ด้าน ทำให้สามารถร่วมวางแผนแก้ปัญหาและยินดีร่วมฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนแนะนำ ให้คำปรึกษาและให้ผู้ดูแลหลักใช้คู่มือที่สร้างขึ้นใช้ประกอบการฝึกการดูแล มีผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “มีกิจกรรมที่ต้องทำให้ผู้ป่วยในวันๆ มาก บางทีป้าก็ทำไม่ได้ มีคู่มือนี้ก็จะได้อามาเปิดดูทบทวน ในข้อที่ป้าสงสัย ” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งที่มาเฝ้าดูแลสามีที่ป่วยบอกว่า “มีคู่มือดูประกอบก็ดี อย่างการที่ต้องออกกำลังกายให้ผู้ป่วยมีเยอะมากเลย บางทีทำไม่ได้ ในคู่มือมีรูปให้อ่านประกอบด้วย ก็จะช่วยให้อ่านทบทวนได้ง่ายขึ้น ” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “ญาติของผู้ป่วยข้างเตียงเขาก็ขอคู่มือด้วย ก็เอาไปแบ่งเขาอ่าน เขาก็บอกว่าดีเหมือนกัน แต่เนื้อหามันเยอะมาก อ่านไม่ไหว ” จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถพิจารณาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ สามารถตัดสินใจเลือกและวางแผนวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “ ช่วงนี้ผู้ป่วยอาการเริ่มคงที่แล้ว ฉันคิดว่าช่วงบ่ายสองโมงหลังอาบน้ำเสร็จฉันจะช่วยออกกำลังกายแขนขาให้เขา ” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางคนบอกว่า “ พอถึงเวลาเย็นฉันจะมาลูบมาช่วยพุงเขา ลูกนั่งบ๊องเพราะเขาท้องหายใจออกได้แล้ว และเขาก็พอรู้เรื่องบ้างแล้ว จะทำได้ไหม ” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “เขามีแผลที่ก้นเล็กน้อย แต่ก่อนก็ไม่รู้ว่าจะต้องจับเขานอนตะแคงตัว และเขาก็คืนไป - มา มาก ฉันก็เฝ้าอยู่คนเดียวดูแลยาก ต่อไปนี้อาจจะต้องให้ญาติคนอื่น ๆ ที่มาเยี่ยมช่วยจัดให้เขานอนตะแคงตัวบ้าง ” ตลอดจนร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุน ภายในและภายนอกครอบครัวที่เหมาะสม ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเพศหญิงคนหนึ่งบอกว่า “ แต่ก่อนจะเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร ได้แต่นั่งเฝ้าเฉยๆ ทำอะไรไม่ถูก บีนบวดตามแขนขาบ้าง เมื่อรู้แบบนี้แล้วทำให้รู้ว่าจะช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ” และได้ตกลงนัดหมายกับผู้วิจัยเพื่อจะเริ่มฝึกปฏิบัติทักษะการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางคนบอกว่า “ ทำให้มันใจมากขึ้นว่าจะวางแผนทำอะไรให้ผู้ป่วยบ้างในแต่ละวันที่มาเฝ้า ” มีผู้ดูแลหลักของครอบครัวเพศหญิง อายุ 65 ปี คนหนึ่งบอกว่า “ ยายขกผู้ป่วยไม่ไหวหรอก แต่จะให้หลาน ลูกๆ มาช่วย ในวันที่เขาว่างจากงาน บางอย่างที่เขาเองไม่ได้ ยายจะสอนหลานให้ช่วยอีกแรง ” แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถที่จะพิจารณาหาแนวทางในการวางแผนแก้ปัญหา และหาแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวได้เหมาะสมมากขึ้น และได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกันตามแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัวของโอเรมดิงนี่คือ

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
ด้านที่ 1. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ S: “ทำไมไม่เป็นหรอก ไม่เคยให้อาหารทางสายยาง” “ฉันป้อนข้าวที่ไร เขาไอทุกที ให้กินเท่าที่ได้นี้แหละ” O: - พยาบาลเป็นคนให้อาหารทางสายยาง - พบผู้ป่วยนอนราบขณะให้อาหารทางสายยาง - ผู้ป่วยไอ สำลัก ขณะผู้ดูแลหลักป้อนอาหาร - ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เล็กน้อย หยุดป้อน เพราะผู้ป่วยรับประทานช้า ใช้เวลาป้อนอาหารนาน Analysis : การดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการกลืน การเคี้ยว ไม่รู้สีกตัว เป็นทักษะเฉพาะที่ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแล Planing: เป้าหมาย – ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะให้ได้รับได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ โดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน 1. การเตรียมอาหารได้เหมาะสม 2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร 3.การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ 4.การป้องกันการสำลักอาหาร	1.เลือกชนิดอาหารที่ย่อยง่ายหรือกลืนได้สะดวก/เตรียมอาหารทางสายยางได้ 2. ปริมาณเพียงพอครบ 5 หมู่ 1. จัดทำนั่ง ลำตัวตรง หรือนอนหัวสูง 2. เกาะปอด คุดเสมหะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งก่อนให้อาหาร (ในรายที่มีเสมหะ/ใส่ท่อเจาะคอ) 1. ป้อนอาหาร/กระตุ้นให้ผู้ป่วยดัก ป้อนอาหารเอง 2. คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการรับประทานอาหาร 3. ไม่เร่งผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร 4. ดูแลให้ได้รับอาหารครบ 3 มื้อ /ปริมาณอาหารทางสายยางถูกต้อง ครบจำนวนมื้อ 1. ตักอาหารคำเล็กๆ 2. ป้อนทางมุมปากข้างที่ปกติ 3. ให้ผู้ป่วยเคี้ยวกลืนอาหารช้าๆ /ให้อาหารทางสายยางช้าๆ ใช้เวลา 20-30 นาที

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
5.การแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร 6. การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ด้านที่ 2. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ S: “บางที่ผู้ป่วยหอบ ไม่รู้จะทำอย่างไร” “เห็นใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่กล้าจับตัวผู้ป่วยหรือกลัว” “ไม่รู้วิธีดูแลต่อเจาะคอ” “บางทีมีเสียงเสมหะไม่กล้าไม่บอกพยาบาล” O: - ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีสีหน้ากังวลเมื่อเห็นผู้ป่วยหายใจหอบ - บอกวิธีประเมินการหายใจไม่ถูกต้อง Analysis : การไม่มีความรู้และประสบการณ์การดูแลย่อมทำให้ไม่กล้าให้การดูแล กังวลได้เพราะเป็นทักษะเฉพาะที่ต้องใช้ความสามารถสูง Planing: เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน	4. หลังรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หรือนอนศีรษะสูง 30 องศา ประมาณ 30-40 นาที 1. ขณะให้อาหาร ถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลักควรหยุดให้อาหารทันที 2. การให้อาหารทางสายยาง 2.1 หากดูดอาหารออกเป็นอาหารไม่ย่อยมากกว่า 50 ซีซี ให้ใส่อาหารกลับและเลื่อนเวลาในการให้อาหารไป 1 ชั่วโมง 2.2 หากดูดออกมาเป็นเลือดสด หรือสีดำคล้ำให้ดูดทิ้งพร้อมทั้งจดบันทึกจำนวนไว้แล้วปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล 1. หลังอาหารควรให้น้ำดื่มสุกประมาณ 50-100 ซีซี. 2. ให้น้ำ/น้ำผลไม้/เครื่องดื่มบำรุงกำลัง ระหว่างมื้อ 100-150 ซีซี.

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
1. การประเมินลักษณะการหายใจ 2. การดูดเสมหะ/น้ำลายในปาก คอ 3. การดูแลท่อเจาะคอ 4. การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ 5. การป้องกันการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ด้านที่ 3. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลด้านการขับถ่าย S: “เวลาคนไข้ถ่ายก็มีเจ้าหน้าที่อาบน้ำเปลี่ยนผ้าให้ บางทีก็ทำเอง แต่ถ้าวุ่นคนเดียวก็ทำไม่เป็น” “ไม่รู้หรือว่าต้องฝึกให้ผู้ป่วยถ่าย และไม่รู้จะทำอย่างไร” “คนไข้ไม่รู้เรื่องจะทำอย่างไร” “ถ้าถ่ายบ่อยก็ไปบอกหมอ” O: - ผู้ดูแลหลักบางคนยื่นผ้าข้างเตียงเฉย - เวลาตะแคงตัวบางครั้งจึงรองรับปัสสาวะชกสูงเกินระดับเอว - ผู้ป่วยบางรายนอนทับสายสวนปัสสาวะ	1. บอกอาการของการมีเสมหะอุดตันในทางเดินหายใจ/ประเมินเสียงเสมหะได้ถูกต้อง 2. สังเกตอาการหายใจผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก ไม่สม่ำเสมอ 1. ใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะได้ถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ 2. การทำความสะอาดสายดูดเสมหะ/ลูกสูบขางก่อนและหลังดูดเสมหะ 3. วิธีการดูดเสมหะ - ดูดเสมหะในท่อเจาะคอใช้เวลา 5-10 วินาที - ดูดเสมหะแต่ละครั้งห่างกันประมาณ 3 นาที 1. ทำแผล ดูแลความสะอาดท่อเจาะคอได้ 2. ทำความสะอาดท่อภายในวันละ 1-2 ครั้ง 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ/เคาะปอดและดูดเสมหะในรายที่ไม่สามารถไอได้หรือเจาะคอ 2. จัดท่าศีรษะสูงให้อยู่ในลักษณะปอดขยาย 3. อาการไม่ดีขึ้นเช่น เหนื่อย หอบมาก หายใจลำบาก เจ็บว ให้รีบรายงานแพทย์หรือพยาบาล 1. ดูดเสมหะอย่างถูกวิธี ตามหลักปราศจากเชื้อ 2. ทำความสะอาดท่อภายในอย่างถูกวิธี 3. ล้างมือทุกครั้งก่อนดูดเสมหะหรือดูแลท่อเจาะคอ

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
Analysis : การให้การดูแลจากการผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ด้านการขับถ่าย นับเป็นทักษะการดูแลที่ซับซ้อน ยุ่งยาก Planing: เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลด้านการขับถ่ายโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน 1. การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ 2. การฝึกขับถ่าย 3. การแก้ไขปัญหาท้องผูก 4. การแก้ไขปัญหาท้องเสีย 5. การแก้ไขเมื่อมีปัสสาวะคั่ง 6. การดูแลเมื่อใส่คาสาขสวนปัสสาวะ	1. ทำความสะอาดภายหลังขับถ่ายทุกครั้ง 2. จัดวางหมอนอนหรือกระบอกปัสสาวะให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก / ช่วยสอดคั้งหมอนอน/รองผ้าอ้อม/ใส่ถุงปัสสาวะ 1. กระตุ้นให้ขับถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมง 2. ฝึกถ่ายในท่าปกติโดยให้นั่งกระโถนเป็นเวลาทุกวัน 3. ให้กำลังใจตลอดเวลา 1. จัดอาหารที่มีกาก 2. คั้นน้ำ 2-3 ลิตร 3. ให้ยาระบาย/เหน็บยาหรือล้างอุจจาระตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล 1. บันทึกจำนวนและลักษณะของอุจจาระ 2. คั้นสารน้ำและเกลือแร่ 3. เมื่ออาการไม่ทุเลาให้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล 1. ใช้ผ้าเย็นประคบบริเวณท้องน้อย 2. กดบริเวณท้องน้อยเบาๆ 3. หากไม่ถ่ายปัสสาวะนานเกิน 8 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์หรือพยาบาล 1. แวนดูปัสสาวะไว้ข้างเตียง 2. สายสวนปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ 3. หากผู้ป่วยนอนตะแคงให้สายสวนปัสสาวะอยู่ด้านหลังและไม่นอนทับสาย

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
ด้านที่ 4. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลความสะอาดของร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล S: “ทุกวันจะมีเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลมาอาบน้ำให้ผู้ป่วยเอง” “ฉันทำไมเป็นหโรค คนไข้ไม่รู้เรื่อง ฉันหนัก ได้แค่เช็ดตัวข้างหน้าก็พอแล้ว” “อยากอาบน้ำให้สะอาดแต่เขาเดินไปห้องน้ำไม่ไหว ไม่รู้จะทำอะไร” O: - เวลาฉันนั่งเปียกผู้ดูแลหลักบางส่วนเรียกพยาบาล บางคนรอให้ถึงเวลาอาบน้ำของหอผู้ป่วยจึงจะอาบน้ำให้ ไม่ล้างปากแปรงฟันให้ผู้ป่วย Analysis : ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ช่วยขยับตัวแขน ขา ได้ไม่ปกติ ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้านนี้ลำบาก และผู้ดูแลของครอบครัวคนเดียวอาจปฏิบัติได้ยาก Planing: เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน 1. การดูแลความสะอาดร่างกาย 2. การดูแลความสะอาดปากฟัน 3. การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ด้านที่ 5. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย S: “ผู้ป่วยยังไม่หายดี ไม่รู้เรื่อง เขาคงทำอะไรเองไม่ได้ รอให้หายดีก่อนถึงจะให้ทำ ” “ พอว่างๆ ก็บิบนวดให้บ้าง ก็คงทำได้แค่นี้แหละ” O: ผู้ดูแลหลักของครอบครัว จะเป็นคนป้อนข้าว เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ไม่ได้พูดคุยหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกทำด้วยตนเอง	1. อาบน้ำหรือเช็ดตัวได้สะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 2. ใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแปรงฟัน/ใช้ผ้า/สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดปากและฟัน 2. ทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 1. เปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวันและเมื่อเปื้อน/สกปรก 2. เปลี่ยนผ้าปู/บอกพยาบาลทุกครั้งเมื่อเปื้อนปัสสาวะหรืออุจจาระ 3. ผ้าปูที่นอนเรียบตึง ไม่มีรอยย่นและสิ่งแปลกปลอม

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
Analysis : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวหลายคนคิดว่าผู้ป่วยจะกระทำได้ดีต่อเมื่อหายเป็นปกติ และเข้าใจว่าพยาบาลหรือตนต้องเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมด้านนี้ให้ทั้งหมด Planing: เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน 1. การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย 2. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านที่ 6. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยการเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน S: “ฉันเข้ามาเยี่ยมก็เห็นคนไข้ถูกมัดไว้อย่างนี้แหละ คงกลัวคืนมาก” “มาเยี่ยม ขายก็ได้แต่นั่งเฝ้าเฉยๆ อย่างนี้แหละ ไม่กล้าทำอะไรให้หรอก กลัว ทำอะไรไม่ถูก” O: พบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวหลายคน นั่งเฝ้าข้างเตียงเฉยๆ สีหน้ากังวล บางคนสัมผัส ป้อนนวดด้วยความไม่มั่นใจ	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายวันละ 2-3 ครั้ง 2. คอยดูแลให้ผู้ป่วยได้เกร็งกล้ามเนื้อและข้อด้วยท่าที่ถูกต้อง 3. บริหารข้อต่างๆ ตามแนวการเคลื่อนไหว 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำ 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย ปากฟัน เล็บและผม 3. ฝึกให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าด้วยตนเอง 4. ฝึกและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการนั่ง ยืน และเดิน/การใช้รถเข็น หรือเครื่องช่วยพยุง 5. กระตุ้นให้จับถ่ายและทำความสะอาดด้วยตนเองบนเตียง/ข้างเตียง/ในห้องน้ำ

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
Analysis : ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ มีอาการสับสน ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป ไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงจากการตกเตียง หรืออุบัติเหตุอื่นๆ ได้ ตลอดจนการนอนนานๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้าผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลอาจมีผลต่อการดูแล เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน Planing: เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน 1. การกระตุ้นให้สนใจแขนขาข้างที่อ่อนแรง 2. การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง 3. การป้องกันอุบัติเหตุ 4. การป้องกันแผลกดทับ	1. สัมผัสหรือบีบนิ้วแขนขาข้างที่อ่อนแรง 2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบีบนิ้วแขนขาข้างที่อ่อนแรง 3. ให้เข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่อ่อนแรง 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบีบนิ้วขาข้างที่อ่อนแรง 2. สึกและคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยออกกำลังขาข้างที่อ่อนแรง 1. ป้องกันผู้ป่วยตกเตียง โดยการใช้ไม้กันเตียงและหมอนอัดไว้รอบเตียง 2. ตรวจสอบให้ผู้ปวยนั่งอย่างมั่นคงหรือช่วยพยุงเดิน/ตรวจสอบความปลอดภัยของอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือต่างๆ 3. ไม่ใช้กระเป๋าน้ำแข็ง หรือกระเป๋าน้ำร้อนวางบริเวณแขนขาข้างที่อ่อนแรง 1. ใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆ พับรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ 2. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 3. ไม่ให้นอนทับบริเวณข้างที่อ่อนแรงเกิน 1 ชั่วโมง 4. ไม่ดึง ลาก หรือกระชากผู้ป่วยหรือผ้าปูที่นอนขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียง 5. สังเกตผิวหนังที่ถูกกดและบริเวณใกล้เคียงทุกครั้งที่เปลี่ยนท่านอน 6. นวดผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเมื่อเปลี่ยนท่าใหม่

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
ด้านที่ 8. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและ การมีเวลาส่วนตัว ร: “ไม่รู้จะคุยอะไรกับคนไข้ เขาไม่รู้เรื่อง ฉันก็นั่ง เฝ้าเฉยๆ นี่แหละ” “พยายามพูดด้วยแล้ว ไม่รู้เรื่อง หรอก จะเป็นแบบนี้อีกนานไหม จะหายไหม” “ไม่ กล้าเดินไปไหนไกลๆ เลย กลัวเวลาเขาคืน จะไม่มีคน ดูแล” อ: ผู้ดูแลหลักของครอบครัวหลายคน พูดคุยกับ ผู้ป่วยไม่รู้เรื่องและบางครั้งมีอาการหงุดหงิด และ บางครั้ง ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้หรือไม่รู้ว่า ผู้ป่วยต้องการอะไร ก็เพิกเฉยไม่สนใจ นั่งเฝ้าเฉยๆ Analysis : การไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วย หรือ ประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ส่งผลให้ผู้ดูแล หลักของครอบครัว ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็ม ความสามารถ และผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการตอบสนอง ตามความต้องการ Planing: เป้าหมาย : ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้ การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติการหรือบอกวิธีการดูแล ดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน 1.การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่คนเดียวเป็นครั้งคราวตาม ต้องการ 2. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น	1. จัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ลำพังเมื่อต้องการ 2. เฝ้าสังเกตผู้ป่วยเป็นระยะๆ และให้ความช่วยเหลือ ทันทีเมื่อผู้ป่วยร้องขอ 1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลที่ ต้องการ 2. แนะนำผู้ป่วยเมื่อมีผู้มาเยี่ยม/ เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ เกี่ยวข้อง 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บอกความต้องการของตนเอง 4. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยหรือ โรงพยาบาลตามความต้องการ

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	เกณฑ์การประเมินผล
3. การสื่อสารกับผู้ป่วย ด้านที่ 9. ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา S: “ป้าไม่รู้หรือว่าเขาได้ยาอะไรบ้าง เห็นพยาบาลเอามาให้” “ขอให้หายก็ดีใจแล้ว แล้วแต่หมอ” “เป็นหน้าที่ของหมอ เรื่องสำคัญแบบนี้ดูแลไม่ได้หรอก” O: - ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่ได้รับการให้ข้อมูลเรื่องการให้ยาและแผนการรักษา - ไม่ซักถามพยาบาล เมื่อนำยามาให้ผู้ป่วยรับประทาน Analysis : การไม่มีความรู้ เกี่ยวกับยาและแผนการรักษาทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคิดว่าหน้าที่การดูแลให้ยา เป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือแพทย์ ซึ่งเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยด้านนี้ได้ อย่างไม่มีประสิทธิภาพ Planing: เป้าหมาย: ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามกิจกรรมหรือบอกวิธีการดูแลดังต่อไปนี้ได้ถูกต้องครบถ้วน 1. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของยา	1. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดสั้นๆและง่าย / ปรับวิธีการสื่อสาร โดยใช้สัญลักษณ์ หรือการเขียน 2 ใช้คำถามทีละคำถาม 3. ไม่แสดงท่าทีรำคาญเบื่อหน่าย ล้อเลียนผู้ป่วย 1. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา 2. สังเกตหรือบอกอาการข้างเคียงที่ผิดปกติจากยาหรือแพ้ยาได้ 3. หยุดยาเมื่อมีอาการผิดปกติได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน ชักและหมดสติ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) ดำเนินการทดลองในวันที่ 2 หลังจากผ่านกระบวนการทดลองขั้นตอนที่ 1-3 โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการสอนให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของผู้ป่วยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง ข้อมูลการรักษา สาริต ผักทักะในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2 ครั้งติดต่อกัน โดยใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ศีรษะประกอบการเรียนรู้และผักทักะหลังจากนั้นติดตามผลการปฏิบัติของครอบครัวอย่างน้อย 2 วันติดต่อกัน วันละ 1 – 1 ½ ชั่วโมง พบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวเกิดความเข้าใจในอาการและอาการที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้นหลังจากการสอน แนะนำ สาริต วิธีการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วย

เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และระหว่างการศึกษาปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจ ในการปฏิบัติบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัว ตลอดจนช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม (Family resources) ซึ่งผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่พยายามถ่ายทอดความรู้วิธีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ที่มาช่วยเหลือในบางวันหรือสลับหมุนเวียนกันดูแลซึ่งนับเป็นบุคคลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรองจากผู้ดูแลหลักของครอบครัว โดยบางคนให้เหตุผลว่า “ ถ้าไม่ได้น้องชายมาช่วยก็แย่เหมือนกัน เพราะเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเหนื่อยมาก มีน้องชายมาช่วยก็ผ่อนแรงได้มาก สลับกันไปพักผ่อน เวลาจะให้เขาช่วยก็สอนและบอกเขา เขาก็ช่วยได้มาก ” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางคนบอกว่า “ มีลูกสาวคนโตมาอยู่เป็นเพื่อนก็อุ่นใจขึ้น ผู้ป่วยตัวใหญ่ บางทีพลิกตะแคงตัว หรืออาบน้ำคนเดียวไม่ไหว สอนให้เขาช่วยออกกำลังกายให้ผู้ป่วยเขาก็สามารถทำได้ ” นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความกล้าที่จะซักถามและขอความช่วยเหลือจากทีมบุคลากรสุขภาพคนอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น มีผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “แต่ก่อนไม่ค่อยกล้าไปถามอะไรกับหมอพยาบาลหรอก เห็นเขายุ่งมาก บางทีก็ไปถามญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ แทน หลังจากเข้าร่วมวิจัยก็ทำให้มีความรู้มากขึ้น กล้าดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น และกล้าที่จะขอร้องให้พยาบาลช่วยผู้ป่วยในสิ่งที่เราไม่กล้าทำเอง อันที่สามารถทำได้ก็พยายามทำให้ผู้ป่วยเอง ” ซึ่งจะพบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถวิเคราะห์และพิจารณาปัญหา และแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างมั่นใจมากยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ผู้วิจัยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสมาชิกครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้ด้วยตัวเอง และสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยได้เองทั้งหมดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการประเมินผลการทดลองก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วัน จากการประเมินการปฏิบัติบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าหลังการทดลองให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้วิจัยติดตามเยี่ยมได้สังเกตและสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Post-test) พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวในกลุ่มทดลองมีความสามารถดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้ง 9 ด้าน ถึงแม้บางกิจกรรมที่ผู้ดูแลหลักได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระดับหนึ่งและยังไม่เกิดความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้สอน สาธิตและสนับสนุนให้กำลังใจจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจมากขึ้น และผู้ดูแลหลักของครอบครัวทราบและเชื่อมั่นว่าเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะสามารถหาแหล่งสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถสรุปผลความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดังต่อไปนี้

1.3. ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ศึกษาถึงความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทั้ง 9 ด้าน ได้ผลการวิจัยต่อไปนี้คือ

1.3.1. คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายชื่อ

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1.การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ												
1.1 การเตรียมอาหารได้เหมาะสม	.80	.52	ปานกลาง	1.05	.39	ปานกลาง	.55	.51	ปรับปรุง	1.65	.49	ดี
1.2 การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร	.70	.57	ปานกลาง	.95	.39	ปานกลาง	.75	.64	ปานกลาง	2.00	.00	ดี
1.3 การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ	.75	.64	ปานกลาง	1.00	.46	ปานกลาง	.70	.80	ปานกลาง	1.90	.31	ดี
1.4 การป้องกันการสำลักอาหาร	.40	.50	ปรับปรุง	.70	.57	ปานกลาง	.40	.50	ปรับปรุง	2.00	.00	ดี
1.5 การแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	.20	.41	ปรับปรุง	.45	.51	ปรับปรุง	.50	.61	ปรับปรุง	1.45	.51	ดี
1.6 การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ	.95	.39	ปานกลาง	.95	.22	ปานกลาง	.55	.60	ปรับปรุง	1.95	.22	ดี
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 1	.63	.30	ปรับปรุง	.85	.26	ปานกลาง	.57	.43	ปรับปรุง	1.83	.17	ดี

จากตารางที่ 4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .63$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การเตรียมอาหารให้เหมาะสม ($\bar{x} = .80$) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร ($\bar{x} = .70$) การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = .75$) และการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = .95$) และมีความสามารถอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ดังนี้คือส่วนการป้องกันการสำลัก ($\bar{x} = .40$) และการแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ($\bar{x} = .20$) ในกลุ่มทดลอง พบว่าความสามารถโดยรวมด้านนี้อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .57$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร ($\bar{x} = .75$) และการดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = .70$) และมีความสามารถอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ดังนี้คือ การเตรียมอาหารให้เหมาะสม ($\bar{x} = .55$) การป้องกันการสำลักอาหาร ($\bar{x} = .40$) การแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ($\bar{x} = .50$) และการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = .55$)

หลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = .85$) เมื่อพิจารณา กิจกรรมการดูแลรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การเตรียมอาหาร ให้เหมาะสม ($\bar{x} = 1.05$) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร ($\bar{x} = .95$) การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = 1.00$) การป้องกันการสำลักอาหาร ($\bar{x} = .70$) และการดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = .95$) และมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง คือ การแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ($\bar{x} = .45$) ในกลุ่มทดลองมีความสามารถโดยรวมด้านนี้อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.83$) เมื่อพิจารณา กิจกรรมการดูแลรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถเพิ่มเป็นระดับดีทุกข้อ คือ การเตรียมอาหารได้เหมาะสม ($\bar{x} = 1.65$) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร ($\bar{x} = 2.00$) การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = 1.90$) การป้องกันการสำลักอาหาร ($\bar{x} = 2.00$) การแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ($\bar{x} = 1.45$) การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ($\bar{x} = 1.95$)

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ด้านที่ 2 การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
2.การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ												
2.1 การประเมินลักษณะการหายใจ	.70	.66	ปานกลาง	.85	.37	ปานกลาง	.85	.59	ปานกลาง	1.85	.41	ดี
2.2 การขจัดเสมหะ หรือน้ำลายในปาก คอ	.15	.49	ปรับปรุง	.20	.52	ปรับปรุง	.45	.60	ปรับปรุง	1.45	.51	ดี
2.3 การดูแลท่อเจาะคอ	.09	.30	ปรับปรุง	.25	.46	ปรับปรุง	.57	.65	ปรับปรุง	1.31	.63	ปานกลาง
2.4 การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ	.85	.37	ปานกลาง	.85	.37	ปานกลาง	.75	.64	ปานกลาง	1.80	.41	ดี
2.5 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	.15	.37	ปรับปรุง	.15	.37	ปรับปรุง	.20	.41	ปรับปรุง	1.40	.50	ดี
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 2	.42	.31	ปรับปรุง	.49	0.18	ปรับปรุง	.56	.38	ปรับปรุง	1.58	.26	ดี

จากตารางที่ 5 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ด้านที่ 2 การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .42$) และ ($\bar{x} = .56$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อในกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การประเมินลักษณะการหายใจ ($\bar{x} = .70$) และการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ ($\bar{x} = .85$) และมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง ดังนี้คือ การจัดเสมหะหรือน้ำลายในปาก คอ ($\bar{x} = .15$) การดูแลผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอ ($\bar{x} = .09$) และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ($\bar{x} = .15$) ในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การประเมินลักษณะการหายใจ ($\bar{x} = .85$) การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ ($\bar{x} = .75$) และมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง ดังนี้คือ การจัดเสมหะหรือน้ำลายในปาก คอ ($\bar{x} = .45$) การดูแลผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอ ($\bar{x} = .57$) และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ($\bar{x} = .20$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีความสามารถเหมือนก่อนการทดลองทั้งโดยรวมและรายข้อทุกข้อ คือ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การประเมินลักษณะการหายใจ ($\bar{x} = .85$) และการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ ($\bar{x} = .85$) และมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง ดังนี้คือ การจัดเสมหะหรือน้ำลายในปาก คอ ($\bar{x} = .20$) การดูแลผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอ ($\bar{x} = .25$) และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ($\bar{x} = .15$) ในกลุ่มทดลอง มีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($\bar{x} = 1.58$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นทุกข้อ ดังนี้คือ การประเมินลักษณะการหายใจ ($\bar{x} = 1.85$) การจัดเสมหะ หรือน้ำลายในปาก คอ ($\bar{x} = 1.45$) การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ ($\bar{x} = 1.80$) การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ($\bar{x} = 1.40$) ยกเว้น การดูแลผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอ ($\bar{x} = 1.31$) มีความสามารถระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
3. การดูแลด้านการขับถ่าย												
3.1 การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	1.35	.75	ดี	1.75	.44	ดี	1.20	.89	ปานกลาง	1.95	.22	ดี
3.2 การฝึกขับถ่าย	.15	.37	ปรับปรุง	.25	.55	ปรับปรุง	.10	.31	ปรับปรุง	1.10	.45	ปานกลาง
3.3 การแก้ไขปัญหาท้องผูก	.55	.60	ปรับปรุง	.75	.55	ปานกลาง	.70	.66	ปานกลาง	1.75	.44	ดี
3.4 การแก้ไขปัญหาท้องเสีย	.75	.55	ปานกลาง	.85	.49	ปานกลาง	.65	.59	ปรับปรุง	1.75	.44	ดี
3.5 การดูแลเมื่อปัสสาวะคั่ง	.20	.52	ปรับปรุง	.15	.49	ปรับปรุง	.15	.37	ปรับปรุง	1.65	.49	ดี
3.6 การดูแลเมื่อคาสาขสวนปัสสาวะ	.15	.38	ปรับปรุง	.25	.46	ปรับปรุง	.61	.61	ปรับปรุง	1.88	.34	ดี
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 3	.55	0.28	ปรับปรุง	.68	.18	ปานกลาง	.57	.46	ปรับปรุง	1.48	.22	ดี

จากตารางที่ 6 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .55$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับดี ดังนี้คือ การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ($\bar{x} = 1.35$) มีความสามารถระดับปานกลาง คือ การแก้ปัญหาท้องผูก ($\bar{x} = .75$) และมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง ดังนี้คือ การฝึกขับถ่าย ($\bar{x} = .15$) การแก้ไขปัญหาท้องผูก ($\bar{x} = .55$) การดูแลเมื่อปัสสาวะคั่ง ($\bar{x} = .20$) และการดูแลเมื่อคาสาขสวนปัสสาวะ ($\bar{x} = .15$) ในกลุ่มทดลอง มีความสามารถโดยรวมระดับต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .57$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ($\bar{x} = 1.20$) และ การแก้ปัญหาท้องผูก ($\bar{x} = .70$) และ มีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง ดังนี้คือ การฝึกขับถ่าย ($\bar{x} = .10$) การแก้ปัญหาท้องเสีย ($\bar{x} = .65$) การดูแลเมื่อปัสสาวะคั่ง ($\bar{x} = .15$) และการดูแลเมื่อคาสาขสวนปัสสาวะ ($\bar{x} = .61$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีความสามารถโดยรวมระดับต้องปานกลาง ($\bar{x} = .68$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับดี คือ การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ($\bar{x} = 1.75$) มีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การแก้ปัญหาท้องผูก ($\bar{x} = .75$)

และการแก้ปัญหาท้องเสีย ($\bar{x} = .85$) และมีความสามารถที่ต้องปรับปรุงดังนี้คือ กิจกรรมการฝึกขับถ่าย ($\bar{x} = .25$) การดูแลเมื่อปัสสาวะคั่ง ($\bar{x} = .15$) และการดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะ ($\bar{x} = .25$) ในกลุ่มทดลอง มีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($\bar{x} = 1.48$) และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดีทุกข้อดังนี้คือ การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ($\bar{x} = 1.95$) การแก้ไขปัญหาท้องผูก ($\bar{x} = 1.75$) การแก้ไขปัญหาท้องเสีย ($\bar{x} = 1.75$) การดูแลเมื่อปัสสาวะคั่ง ($\bar{x} = 1.65$) และ การดูแลเมื่อคายสวนปัสสาวะ ($\bar{x} = 1.88$) ยกเว้น การฝึกการขับถ่าย ($\bar{x} = 1.10$) มีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายชื่อ ด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
4. การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล												
4.1 การดูแลความสะอาดร่างกาย	1.35	.49	ดี	1.45	.51	ดี	1.65	.49	ดี	2.00	.00	ดี
4.2 การดูแลความสะอาดปากฟัน	.20	.41	ปรับปรุง	.55	.51	ปรับปรุง	.60	.50	ปรับปรุง	1.75	.44	ดี
4.3 การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน	1.15	.75	ปานกลาง	1.35	.59	ดี	.85	.37	ปานกลาง	1.95	.22	ดี
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 4	.90	.20	ปานกลาง	1.12	.33	ปานกลาง	1.03	.37	ปานกลาง	1.90	.16	ดี

จากตารางที่ 7 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความสามารถเหมือนกันทั้งโดยรวมและรายชื่อคือ ความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับต้องปานกลางคือ ($\bar{x} = .90$) และ ($\bar{x} = 1.03$) ตามลำดับ เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายชื่อในกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับดี คือ การดูแลความสะอาดร่างกาย ($\bar{x} = 1.35$) มีความสามารถระดับปานกลาง คือ การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ($\bar{x} = 1.15$) และมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง คือ การดูแลความสะอาดปากฟัน ($\bar{x} = .20$) ส่วนในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับดี ดังนี้คือ การดูแลความสะอาดร่างกาย ($\bar{x} = 1.65$) มีความสามารถระดับปานกลาง คือ การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ($\bar{x} = .85$) มีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง คือ การดูแลความสะอาดปากฟัน ($\bar{x} = .60$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมยังคงมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.12$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายชื่อ พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวยังคงมีความสามารถระดับดีคือ การดูแลความสะอาดร่างกาย ($\bar{x} = 1.45$) มีความสามารถอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงคือ การดูแลความสะอาดปากฟัน ($\bar{x} = .55$) ส่วนการเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ($\bar{x} = 1.15$) มีความสามารถเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็น

ระดับดี ($\bar{x} = 1.35$) ส่วนในกลุ่มทดลองความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทั้งโดยรวม ($\bar{x} = 1.90$) และรายข้อทุกข้อดังนี้คือ การดูแลความสะอาดร่างกาย ($\bar{x} = 2.00$) และการดูแลความสะอาดปากฟัน ($\bar{x} = 1.75$) ส่วนการเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ($\bar{x} = 1.95$)

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
5.การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย												
5.1 การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย	.75	.64	ปานกลาง	.65	.59	ปรับปรุง	.65	.49	ปรับปรุง	1.70	.47	ดี
5.2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.20	.41	ปรับปรุง	.30	.47	ปรับปรุง	.55	.60	ปรับปรุง	1.75	.44	ดี
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 5	.48	0.41	ปรับปรุง	.48	.38	ปรับปรุง	.60	.50	ปรับปรุง	1.73	.44	ดี

จากตารางที่ 8 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .48$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง คือ การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายมีความสามารถระดับปานกลาง ($\bar{x} = .75$) และมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุงคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x} = .20$) ส่วนในกลุ่มทดลอง ความสามารถโดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ซึ่งมีความสามารถโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .60 และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อมีความสามารถอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงทุกข้อ ดังนี้คือ การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ($\bar{x} = .65$) และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x} = .55$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมยังคงมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .48$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ($\bar{x} = .65$) มีความสามารถลดลงจากระดับปานกลางเป็นความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง ส่วนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x} = .55$) ยังคงมีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง ในกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ดูแลหลักของ

ครอบครัวยังมีความสามารถดีขึ้นทั้งโดยรวมและรายข้อ ซึ่งมีความสามารถโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อมีความสามารถอยู่ในระดับดีทุกข้อ ดังนั้นคือ การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ($\bar{x} = 1.70$) และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x} = 1.75$)

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน

ความสามารถของผู้ดูแลหลัก ของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
6. การเฝ้าระวังป้องกัน อุบัติเหตุและ ภาวะแทรกซ้อน												
6.1 การกระตุ้นให้สนใจ แขนขาที่อ่อนแรง	.60	.68	ปรับปรุง	.75	.64	ปาน กลาง	.35	.59	ปรับปรุง	1.70	.47	ดี
6.2 การกระตุ้นให้สนใจขา ข้างที่อ่อนแรง	.60	.68	ปรับปรุง	.80	.62	ปาน กลาง	.35	.59	ปรับปรุง	1.70	.47	ดี
6.3 การป้องกันอุบัติเหตุ	1.25	.72	ปาน กลาง	1.3 0	.57	ปาน กลาง	.10	.31	ปรับปรุง	2.00	.00	ดี
6.4 การป้องกันแผลกดทับ	.40	.50	ปรับปรุง	.60	.50	ปรับปรุง	.10	.31	ปรับปรุง	1.95	.22	ดี
6.5 การป้องกันข้อติดและ กล้ามเนื้อลีบ	.40	.50	ปรับปรุง	.70	.47	ปาน กลาง	.35	.49	ปรับปรุง	1.90	.31	ดี
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 6	.65	0.40	ปรับปรุง	.73	.38	ปาน กลาง	.25	.32	ปรับปรุง	1.88	.20	ดี

จากตารางที่ 9 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .65$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลางคือ การป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{x} = 1.25$) มีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุงดังนี้คือ การกระตุ้นให้สนใจแขนขาที่อ่อนแรง ($\bar{x} = .60$) การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง ($\bar{x} = .60$) การป้องกันแผลกดทับ ($\bar{x} = .40$) และ การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ ($\bar{x} = .40$) ในกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งความสามารถโดยรวม ($\bar{x} = .25$) และรายข้อผู้ดูแลหลักมีความสามารถด้านนี้อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงทุกข้อ ดังนั้นคือ การป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{x} = .10$) ส่วนการกระตุ้นให้สนใจแขนขาที่อ่อนแรง ($\bar{x} = .35$) การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง ($\bar{x} = .35$) การป้องกันแผลกดทับ ($\bar{x} = .10$) และ การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ ($\bar{x} = .35$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = .73$) เมื่อพิจารณา

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางคือ การป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{x} = 1.30$) ส่วนการกระตุ้นให้สนใจแขนข้างที่อ่อนแรง ($\bar{x} = .75$) การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง ($\bar{x} = .80$) และ การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ ($\bar{x} = .70$) ยกเว้นการป้องกันแผลกดทับ ($\bar{x} = .60$) ผู้ดูแลหลักของครอบครัวยังคงมีความสามารถอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทั้งโดยรวม ($\bar{x} = 1.88$) และรายข้อทุกข้อ คือ การป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{x} = 2.00$) ส่วนการกระตุ้นให้สนใจแขนข้างที่อ่อนแรง ($\bar{x} = 1.70$) การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง ($\bar{x} = 1.70$) การป้องกันแผลกดทับ ($\bar{x} = 1.95$) และ การป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ ($\bar{x} = 1.90$)

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ด้านที่ 7 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
7.การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน												
7.1การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ	.95	.51	ปานกลาง	.85	.59	ปานกลาง	.50	.51	ปรับปรุง	2.00	.00	ดี
7.2 การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ	.25	.44	ปรับปรุง	.20	.62	ปรับปรุง	.50	.51	ปรับปรุง	1.35	.49	ดี
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 7	.60	.38	ปรับปรุง	.53	.55	ปรับปรุง	.50	.40	ปรับปรุง	1.68	.24	ดี

จากตารางที่ 10 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 7 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .60$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลาง คือ การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ ($\bar{x} = .95$) มีความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุงคือ การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ ($\bar{x} = .25$) ส่วนในกลุ่มทดลองผู้ดูแลหลักมีความสามารถทั้งโดยรวม ($\bar{x} = .50$) และรายข้ออยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงทุกข้อ ดังนี้คือ การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ ($\bar{x} = .50$) และการดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อน ($\bar{x} = .50$)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุม ผู้ดูแลหลักยังคงมีความสามารถเหมือนเดิมทั้ง โดยรวมและรายข้อคือความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .53$) ส่วนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อยังคงพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับปานกลางคือ การดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ ($\bar{x} = .85$) มี

ความสามารถระดับที่ต้องปรับปรุง คือ การดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ ($\bar{x} = .20$) ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ดูแลหลักมีความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทั้งโดยรวม ($\bar{x} = 1.68$) และรายข้อทุกข้อ ดังนี้คือ ทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับ ($\bar{x} = 2.00$) และการดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนหย่อนใจ ($\bar{x} = 1.35$)

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ความสามารถของ ผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
8. การช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น												
8.1 การใช้เวลา พักผ่อนส่วนตัว ให้ผู้ป่วยตาม ความต้องการ	.75	.64	ปาน กลาง	1.10	.64	ปาน กลาง	.30	.47	ปรับปรุง	1.9 5	.22	ดี
8.2 การช่วยเหลือให้ ผู้ป่วยติดต่อสื่อสาร กับผู้อื่น	.85	.49	ปาน กลาง	1.55	.60	ดี	.50	.51	ปรับปรุง	2.0 0	.00	ดี
8.3 การสื่อสารกับ ผู้ป่วย	.90	.55	ปาน กลาง	1.70	.57	ดี	.50	.51	ปรับปรุง	2.0 0	.00	ดี
ความสามารถโดยรวม ด้าน ที่ 8	.83	.40	ปาน กลาง	1.45	.46	ดี	.43	.41	ปรับปรุง	1.9 8	.07	ดี

จากตารางที่ 11 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = .83$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ทุกกิจกรรมมีความสามารถระดับปานกลาง ดังนี้คือ การใช้เวลาพักผ่อนส่วนตัวให้ผู้ป่วยตามความต้องการ ($\bar{x} = .75$) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ($\bar{x} = .85$) และการสื่อสารกับผู้ป่วย ($\bar{x} = .90$) ในกลุ่มทดลองพบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถทั้งโดยรวม ($\bar{x} = .43$) และรายข้ออยู่ในระดับต้องปรับปรุง ดังนี้คือ การใช้เวลาพักผ่อนส่วนตัวให้ผู้ป่วยตามความต้องการ ($\bar{x} = .30$) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ($\bar{x} = .50$) และการสื่อสารกับผู้ป่วย ($\bar{x} = .50$)

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($\bar{x} = 1.45$) เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยรายข้อพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ($\bar{x} = 1.55$) และการสื่อสารกับผู้ป่วย ($\bar{x} = 1.70$) มีความสามารถอยู่ใน

ระดับปานกลาง คือส่วนการจัดเวลาพักผ่อนส่วนตัวให้ผู้ป่วยตามความต้องการ ($\bar{x} = 1.10$) ในกลุ่มทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทั้งโดยรวม ($\bar{x} = 1.98$) และรายข้อทุกข้อ ดังนี้คือ การจัดเวลาพักผ่อนส่วนตัวให้ผู้ป่วยตามความต้องการ ($\bar{x} = 1.95$) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยติดต่อกสื่อสารกับผู้อื่น ($\bar{x} = 2.00$) และการสื่อสารกับผู้ป่วย ($\bar{x} = 2.00$)

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
9.การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา												
9.1 การดูแลให้ได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา	.16	.37	ปรับปรุง	.00	.00	ปรับปรุง	.15	.37	ปรับปรุง	1.05	.22	ปานกลาง
ความสามารถโดยรวมด้านที่ 9	.16	.37	ปรับปรุง	.00	.00	ปรับปรุง	.15	.37	ปรับปรุง	1.05	.22	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม มีความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .16$) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยด้านนี้มี 1 กิจกรรมคือ การดูแลให้ได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถระดับต้องปรับปรุงทั้งก่อนการทดลอง ($\bar{x} = .16$) และหลังการทดลอง ($\bar{x} = .00$) ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่าก่อนการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถด้านนี้อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .15$) หลังการทดลองพบว่า ความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.05$)

ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ โดยรวมทั้ง 9 ด้าน

ความสามารถของ ผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว	กลุ่มควบคุม						กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความสามารถ โดยรวม	.58	.21	ปรับปรุง	.74	.19	ปานกลาง	.52	.23	ปรับปรุง	1.61	.12	ดี

จากตารางที่ 13 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมทั้ง 9 ด้าน ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลหลักก่อนการทดลอง พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ($\bar{x} = .58$) และ ($\bar{x} = .52$) ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมยังคงมีความสามารถอยู่ในระดับที่ต้องปานกลาง ($\bar{x} = .74$) ส่วนกลุ่มทดลองมีความสามารถอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 1.61$)

1.3.2 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว	กลุ่มควบคุม				$\bar{d}$	$S_{\bar{d}}$	t	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง					
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
1.การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ	.63	.30	.85	.26	-.22	.22	-4.47	<.001**
2.การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ	.42	.31	.49	.18	-.07	.26	-1.18	.125
3. การดูแลด้านการขับถ่าย	.55	.28	.68	.18	-.14	.27	-2.26	.018*
4.การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล	.90	.41	1.12	.33	-.22	.41	-2.37	.014*
5.การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมและการออกกำลังกาย	.48	.41	.48	.38	.00	.28	.00	.500
6.การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน	.65	.40	.73	.38	-.08	.22	-1.63	.060
7.การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน	.60	.38	.53	.55	.07	.52	.65	.264
8.การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	.83	.40	1.45	.46	-.62	.41	-6.75	<.001**
9.การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา	.16	.37	.00	.00	.16	.37	1.83	.041*
ความสามารถโดยรวม	.58	.21	.74	.19	.16	.12	6.08	<.001**

* $\alpha = .05$

** $\alpha = .01$

จากตารางที่ 14 ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ paired t – test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักของครอบครัวโดยรวมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อศึกษารายด้านพบว่า มี 4 ด้านที่สมาชิกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ดังนี้คือ ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ (p-value <.001) ด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย (p-value = .018) ด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล (p-value < .001) ด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (p-value < .001) ส่วนด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา(p-value = .041) พบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ที่พบวก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้ ด้านที่ 2 การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ ด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน และ ด้านที่ 7 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน

1.3.3 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง				$\bar{d}$	$S\bar{d}$	t	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง					
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
1.การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ อย่างเพียงพอ	.57	.43	1.83	.17	-1.25	.38	-14.84	<.001**
2. การดูแลให้ได้รับอากาศและการ หายใจอย่างเพียงพอ	.56	.38	1.58	.26	-1.02	.43	-10.62	<.001**
3. การดูแลด้านการขับถ่าย	.57	.46	1.48	.22	-.91	.42	-9.73	<.001**
4. การดูแลความสะอาดร่างกายและ สุขวิทยาส่วนบุคคล	1.03	.37	1.90	.16	-.87	.41	-9.44	<.001**
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำ กิจกรรมและการออกกำลังกาย	.60	.50	1.73	.44	-1.13	.48	-10.41	<.001**
6.การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและ ภาวะแทรกซ้อน	.25	.32	1.88	.20	-1.04	.46	-10.18	<.001**
7.การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน	.50	.40	1.68	.24	-1.18	.44	-2.01	<.001**
8.การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	.43	.41	1.98	.07	-1.55	.39	-7.59	<.001**
9.การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและ การรักษา	.15	.37	1.05	.22	-.90	.45	-9.00	<.001**
ความสามารถโดยรวม	.52	.23	1.61	.12	1.09	.20	24.72	<.001**

* $\alpha = .05$

** $\alpha = .01$

จากตารางที่ 15 ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired t – test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักของครอบครัวโดยรวมหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เมื่อศึกษารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองทั้ง 9 ด้าน ดังนี้คือ ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ (p-value < .001) ด้านที่ 2 การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ (p-value < .001) ด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย (p-value< .001) ด้านที่ 4 การ

ดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล (p-value < .001) ด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย(p-value<.001) ด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน (p-value< .001) ด้านที่ 7 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน(p-value< .001) ด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (p-value < .001) และด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา (p-value < .001)

1.3.4 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความสามารถผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว	ก่อนการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1.การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ อย่างเพียงพอ	.63	.30	.57	.43	.51	.311
2. การดูแลให้ได้รับอากาศและ การหายใจอย่างเพียงพอ	.42	.31	.56	.38	-1.27	.107
3. การดูแลด้านการขับถ่าย	.55	.28	.57	.46	-.25	.402
4. การดูแลความสะอาดร่างกาย และสุขวิทยาส่วนบุคคล	.90	.41	1.03	.37	-1.08	.143
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำ กิจกรรมและการออกกำลังกาย	.48	.41	.60	.50	-.86	.198
6.การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุ และภาวะแทรกซ้อน	.65	.40	.25	.32	3.48	<.001**
7. การดูแลด้านการนอนหลับ พักผ่อน	.60	.38	.50	.40	.81	.212
8. การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	.83	.40	.43	.41	3.15	<.003 **
9. การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา และการรักษา	.16	.37	.15	.37	.00	.500
ความสามารถโดยรวม	.58	.21	.52	.23	.86	.197

* α = .05

** α = .01

จากตารางที่ 16 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความสามารถโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เมื่อศึกษารายด้านทั้ง 9 ด้าน พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน ดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับระดับ .05 (p-value < .001) และกลุ่มควบคุมยังมีคะแนนเฉลี่ยด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดีกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับระดับ .05 (p-value < .003) และความสามารถ 7 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้คือ ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ด้านที่ 2 การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ ด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย ด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านที่ 7 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน และ ด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา

1.3.5 คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ความสามารถของผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว	หลังการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	x	S.D.	x	S.D.		
1.การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำ อย่างเพียงพอ	.85	.26	1.83	.17	-14.17	<.001**
2. การดูแลให้ได้รับอากาศและการ หายใจอย่างเพียงพอ	.49	.18	1.58	.26	-15.18	<.001**
3. การดูแลด้านการขับถ่าย	.68	.18	1.48	.22	-12.49	<.001**
4. การดูแลความสะอาดร่างกายและ สุขวิทยาส่วนบุคคล	1.12	.33	1.90	.16	-9.60	<.001**
5. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำ กิจกรรมและการออกกำลังกาย	.48	.38	1.73	.44	-9.58	<.001**
6.การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและ ภาวะแทรกซ้อน	.73	.38	1.88	.20	-4.95	<.001**
7. การดูแลด้านการนอนหลับ พักผ่อน	.53	.55	1.68	.24	-8.55	<.001**
8. การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	1.45	.46	1.98	.07	-5.09	<.001**
9. การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและ การรักษา	.00	.00	1.05	.22	-21.000	<.001**
ความสามารถโดยรวม	.74	.19	1.61	.12	-17.53	<.001**

* α = .05

** α = .01

จากตารางที่ 17 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนี้คือ ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 2 การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 7 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ($p\text{-value} < .001$) และด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา ($p\text{-value} < .001$)

2. อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลต่อความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้คือ

สมมติฐานที่ 1 ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล หลังการทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ดีวก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้คือ

จากการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังการได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15 ทั้งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยรวมและรายด้านทั้ง 9 ด้าน ดังตารางที่ 4-13 ดังนี้คือ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ กลุ่มทดลองมีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับดี ดังตารางที่ 4 ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้คือ การเตรียมอาหารได้เหมาะสม การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้อาหาร การดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ การป้องกันการสำลักอาหาร การแก้ไขเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และ การดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ จากความสามารถการดูแลที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน จากกระบวนการพยาบาลของ Hanson (2001) ซึ่งเป็นการเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของครอบครัว (Assessment) เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ และประเมินครอบครัวโดยใช้แผนผังเครือญาติ (Genogram) เพื่อทราบถึงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ ค้นหาผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ร่วมกันค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2 หลังจากนั้นร่วมกันวางแผนการดูแล (Nursing care planning) การ

กำหนดจุดมุ่งหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ การกำหนดและเลือกวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ตลอดจนค้นหาแหล่งสนับสนุน ภายในและภายนอกครอบครัวที่เหมาะสม และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในขั้นตอนที่ 3 จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลหลักปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) ในขั้นตอนที่ 4 โดยการให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของผู้ป่วยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สอน แนะนำ สาธิต วิธีการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ ฝึกปฏิบัติ วิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการให้การดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจ ในการปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยค้นหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมของครอบครัว (Family resources) และ ในบางกิจกรรมต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากทีมสุขภาพ ได้แก่ การเตรียมอาหารเหลวเพื่อให้ทางสายยาง ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลในการดำเนินการประสานงานกับหน่วยโภชนาการ ประสานกับผู้วิจัยใช้คู่มือที่สร้างขึ้นในการทำความเข้าใจของผู้ดูแลหลัก หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความรู้ สังเกตวิธีการดูแลโดยใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในขั้นตอนที่ 5 ของการใช้กระบวนการพยาบาล พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15 นอกจากนี้พบว่า กิจกรรมบางอย่างผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยตระหนักรู้ว่าเป็นความต้องการที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้เอง และต้องการความช่วยเหลือที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก จึงลงมือกระทำให้ผู้ป่วย จากการศึกษาของจอม สุวรรณโณ(2540)พบว่า ญาติผู้ดูแลยังสามารถเรียนรู้จากการจดจำประสบการณ์ การสังเกตวิธีปฏิบัติของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและญาติผู้ดูแลรายอื่น และจากการศึกษาของทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย (2548) ศึกษาผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร มีระดับคะแนนปฏิบัติพัฒนาจากระดับน้อยไปสู่ระดับมากถึงมากที่สุด

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 2 การดูแลให้ได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอ พบว่าหลังการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับดี ยกเว้นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอ ที่มีความสามารถในการดูแลหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 5 ซึ่งนับเป็นกิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อน ต้องอาศัยทักษะการดูแลเฉพาะในการปฏิบัติ และต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เช่น การดูแลเสมหะในท่อเจาะคอ การทำความสะอาดรอบๆ บริเวณท่อเจาะคอ เป็นต้น จากการสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติการดูแล พบว่าผู้ดูแลหลักรู้ว่าเป็นกิจกรรมการดูแลที่ต้องให้ความระมัดระวังสูงในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินอาการ การหายใจที่บ่งบอกถึงอาการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอากาศไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ ดังผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “แต่ก่อนกลัวเครื่องช่วยหายใจมาก ผู้ป่วยไอ เสียงเสมหะมากไม่รู้จะทำอย่างไร กลัวผู้ป่วยหายใจไม่ออก ตอนนี้รู้แล้วว่าต้องไปบอกพยาบาลถ้ามีเสียงเสมหะ ถ้าไอเล็กน้อยก็ช่วยจัดท่อดีๆ บางทีผู้ป่วยก็หายใจดีขึ้น” บางคนบอกว่า “เวลาผู้ป่วยไอขับเสมหะออกมารอบๆ ท่อเจาะคอก็ช่วยเช็ดออกให้ ถ้ามีมากจริงๆ ไอไม่หยุดก็ไปบอกพยาบาล” ซึ่งภายหลังการได้รับความรู้ และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ การประเมินลักษณะการหายใจ การจัดเสมหะ หรือน้ำลายในปาก คอ การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจผิดปกติ และ การป้องกันการติดเชื้อในระบบ

ทางเดินหายใจ ผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจ ให้ความสำคัญ และรับรู้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หายใจได้เร็ว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือว่าเป็นแรงจูงใจในทางบวกที่มุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก (Schulz, et al., 1989 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540) และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอากาศและการหายใจอย่างเพียงพอดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ดังตารางที่ 15

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย หลังการใช้กระบวนการพยาบาลกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับดี ดังตารางที่ 6 ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้คือ การดูแลการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การแก้ไขปัญหาท้องผูก การแก้ไขปัญหาท้องเสีย การดูแลเมื่อปัสสาวะคั่ง การดูแลเมื่อคาสาขสวณปัสสาวะ ซึ่งกิจกรรมการดูแลดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก ผู้ดูแลหลักรับรู้ว่าเป็นความต้องการการดูแลที่เป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และเมื่อมีการสอน สาธิตให้ความรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วมากยิ่งขึ้น ดังที่ จินนระรัตน์ ศรีภักทธิบุญโณ (2540) กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดที่ผู้ดูแลต้องกระทำ เมื่อผู้ป่วยจะกลับไปอยู่บ้าน อย่างเป็นขั้นตอน มีการทบทวนสรุปและประเมินความรู้ทุกครั้ง ทำให้ผู้ดูแลหลักได้ประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ จึงมีความเข้าใจชัดเจนและมั่นใจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนกิจกรรมการฝึกการขับถ่าย ที่ผู้ดูแลหลักมีความสามารถระดับปานกลาง ผู้ดูแลหลักบางคนให้ข้อมูลว่า ไม่สามารถฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายได้สำเร็จ การไม่สามารถกระตุ้นให้ขับถ่ายปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมง แต่ผู้ดูแลจะปล่อยให้ผู้ป่วยปัสสาวะราดบนที่นอน แล้วเปลี่ยนผ้าให้ หรือส่วนใหญ่ใส่ถุงปัสสาวะให้ในผู้ป่วยผู้ชาย และดูแลเปลี่ยนให้เมื่อปัสสาวะเต็ม ดังนั้นกิจกรรมการดูแลด้านนี้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติ มีผู้ดูแลคนหลักของครอบครัวหนึ่งบอกว่า “บอกแกไม่ได้หรอกค่ะ พูดยุทธธรรมาแกยังไม่ค่อยรู้เรื่อง” บางคนบอกว่า “ลูกนั้งก็ไม่ได้ ให้แกถ่ายราดบนที่นอนก็ได้ เคียะจะเปลี่ยนให้เอง” บางคนบอกว่า “แกคงกลืนถ่ายไม่ได้หรอก ตอนนี้ ก็เลยไม่ได้กระตุ้นให้แกถ่ายเป็นเวลา” ดังนั้นหลังการทดลอง ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยได้กระตุ้นให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการกระตุ้นและฝึกฝนให้ผู้ป่วยขับถ่าย ถึงแม้จะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคิดว่า เป็นไปได้อย่างที่ผู้ป่วยจะทำได้ แต่การได้รับการฝึกขับถ่ายจะทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกการใช้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการขับถ่ายฟื้นฟูสภาพได้เร็วมากยิ่งขึ้น และที่สำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ หากไม่เริ่มให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองตามเวลาที่เหมาะสม มีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ ดังนั้นการเริ่มให้ผู้ป่วยฝึกขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้เร็วขึ้น และลดปัญหาดังกล่าวได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538) ผู้ดูแลเห็นความสำคัญ และกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตามขึ้น พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลด้านการขับถ่ายดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับดี ดังตารางที่ 7 ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้คือ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลความสะอาดปากฟันและ การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ซึ่งผู้ดูแลหลักของครอบครัวทุกรายรับรู้ว่าเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการดูแล ในผู้ป่วยบางรายที่มีเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยประเมินความรู้ ปัญหาการให้การดูแลของผู้ดูแลหลัก

ของครอบครัว โดยพูดคุย รับฟังสิ่งที่ผู้ดูแลหลักของครอบครัวระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในการดูแล ประเมินความต้องการการช่วยเหลือทั้งของผู้ดูแลหลักของครอบครัวและผู้ป่วย จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา พบว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้ยังต้องการความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงวางแผนร่วมกับผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว หลังจากนั้นเริ่มให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแล และประเมินผลการปฏิบัติ จนผู้ดูแลหลักของครอบครัว สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี พบว่าหลังการทดลองความสามารถของ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทุกกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านนี้ ผู้ดูแลหลักของ ครอบครัวต้องกระทำทุกวันทั้งขณะที่ผู้พักอาศัยตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บางครั้งอาจทำให้ เหนื่อยล้า เบื่อหน่ายกับภาระที่กำลังเผชิญอยู่ ดังนั้นผู้ดูแลหลักของครอบครัวรายหนึ่งบอกว่า “นอนไม่เต็มอิ่มมา หลายวันแล้ว และผู้ป่วยก็ยังช่วยตัวเองไม่ได้ จะเป็นอย่างนี้อีกนานไหม บางทีก็รู้สึกเครียด ไม่รู้จะทำอย่างไร สงสารผู้ป่วยก็สงสาร แต่เหนื่อยก็เหนื่อย ” ผู้วิจัยให้คำปรึกษากับผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการนำสมาชิก ครอบครัวคนอื่นมามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแล เป็นการเปิดโอกาสให้เรียนรู้วิธีการดูแลและแบ่งเบาภาระ การดูแลกับผู้ดูแลหลักของครอบครัว ตลอดจนเข้าใจความต้องการของผู้ดูแลหลักของครอบครัว โดยมุ่งหวังว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีอารมณ์มั่นคงและเกิดพลังต่อสู้ เพราะ การมีสมาชิกคนหนึ่งเจ็บป่วยในครอบครัวและมีความต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลาย่อมก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวเช่นกัน ครอบครัวต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว (สุคติวิริ หิรัญขุนหะ, 2541) เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลหลักของครอบครัวและสมาชิก ครอบครัวคนอื่นๆ เพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ผล พบว่ามีผู้ดูแลหลักของครอบครัวหลายคนที่สามารถแบ่งบทบาทหน้าที่ให้สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ หมุนเวียน มาช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อมีโอกาสดังกล่าว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถพิจารณาและเลือกใช้แหล่ง สนับสนุนการดูแลได้เหมาะสม พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลความ สะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคลดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุง เป็นระดับดี ดังตารางที่ 8 ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้คือ การช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย และการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านนี้ ก่อนการทดลองผู้ดูแลหลักของ ครอบครัว มีความเข้าใจว่า ตัวผู้ดูแลหลักของครอบครัวหรือบุคลากรทีมสุขภาพจะเป็นบุคคลที่ต้องปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันทดแทนผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านระบบการคิด การเคลื่อนไหวผิดปกติ การสื่อสาร เปลี่ยนไป ผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางคนเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องได้รับการพักผ่อนให้มากที่สุด และการออกกำลังกาย จะกระทำเมื่อผู้ป่วยหายเป็นปกติ หรือเมื่อผู้ป่วยสามารถเดินได้ ทำให้พบว่าการทดลองผู้ดูแลหลักของ ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ผู้วิจัยจึงให้ความรู้สะท้อนให้เห็นความจำเป็น และความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นความจำเป็นต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยระยะ ยาว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวได้ญาติหรือผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหารการอาบน้ำ แปรงฟัน ถูหนัง ขัดฟัน โกนหนวด การแต่งกายเป็นต้น หากผู้ป่วยไม่ สามารถทำได้ทั้งหมดควรช่วยเหลือให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีความเชื่อมั่นในตนเอง

(สุราพร ขจรฤทธิ์, 2541) ทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญและกระตือรือร้นในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมบางอย่างมีความซับซ้อนและยุ่งยากในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ผู้วิจัยได้ใช้คู่มือที่สร้างขึ้นประกอบการสอน ให้บทวนและฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการประสานงานนักกายภาพบำบัดในการช่วยสอน สาธิตวิธีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นเมื่อประเมินผลหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 6 การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อน พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับที่ดี ดังตารางที่ 9 ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้คือ การกระตุ้นให้สนใจแขนข้างที่อ่อนแรง การกระตุ้นให้สนใจขาข้างที่อ่อนแรง การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ ซึ่งก่อนทดลองในบางกิจกรรมผู้ดูแลหลักของครอบครัวสังเกตการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพและปฏิบัติตามแต่ไม่เข้าใจเหตุผล ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดทำอนตะแคงเพื่อป้องกันแผลกดทับ ทำให้ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยบางราย มีผู้ดูแลหลักของครอบครัวหลายคนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำอนตะแคงของผู้ป่วยว่า “ฉันเข้ามาก็เห็นหมोजัดให้อนตะแคงทำนี่แหละ ฉันจะเปลี่ยนท่าก็ทำไม่ไหว บางทีเขาก็โอ และเหมือนจะนอนไม่สบาย” บางคนบอกว่า “ที่บ้านผู้ป่วยชอบนอนหงาย ก็เลยชอบให้ผู้ป่วยนอนหงายอย่างนี้แหละ เขาจะได้หลับสบาย” ผู้วิจัย ให้ความรู้ เน้นให้เห็นความสำคัญ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวทราบความสำคัญ และมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติจากการสังเกต ชักถาม จากเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยให้กำลังใจ และชมเชย เสริมความมั่นใจให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง หลังการทดลองจึงพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถอยู่ในระดับดีทุกกิจกรรม และหลังการทดลองมีความสามารถด้านการเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนดีกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15 สัมพันธ์กับการศึกษาของ รัมภ์คา อินทร(2539) เรื่องผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ Date Goede & Werner (1987) ได้ศึกษาการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จำนวน 54 คน โดยการสอนญาติให้ช่วยเหลือในการพยาบาลง่ายๆ เช่น การอาบน้ำ การให้อาหาร จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้มีสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยก่อนได้รับอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยสามารถฟื้นหายโดยถูกจากเตียงได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการนำกระบวนการพยาบาลครอบครัวในการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว คือ Mackay (1992) ทำการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง จำนวน 17 คน ได้รับการรักษาโดยมีโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ อย่างมีแบบแผน อีกกลุ่ม 21 คน ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งส่วนหนึ่งของโปรแกรมนี้อคือการให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพที่กระทำตั้งแต่ระยะแรก ได้แก่ การกระตุ้นประสาทรับรู้ส่วนต่างๆ (multisensory stimulation) การออกกำลังกาย เปลี่ยนท่านอนเพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะไม่รู้สึกลดน้อยลงและใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีแบบแผนประมาณ 1 ต่อ 3 และพบว่าระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นกว่า

อย่างมีนัยสำคัญ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 7 การดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับดี ดังตารางที่ 10 ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้คือ การดูแลให้ผู้ปวยนอนหลับ และ การดูแลให้ผู้ปวยพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งก่อนการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่เข้าใจว่าจะจัดให้ผู้ปวยนอนหลับ หรือพักผ่อนหย่อนใจอย่างไร เพราะผู้ปวยส่วนใหญ่นอนบนเตียงตลอดเวลา บางรายตื่นไป มา บางรายนอนนิ่งๆ ไม่สามารถขยับร่างกายได้เอง ดังนั้นผู้ดูแลหลักของครอบครัวรายหนึ่งบอกว่า “ไม่ได้เฝ้าตลอดเวลา มาเยี่ยมเขาที่ไรก็เห็นเขาหลับอย่างนี้แหละ” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวอีกรายหนึ่งบอกว่า “ไม่รู้จะทำให้เขาหลับได้อย่างไร บางทีก็เห็นเขาคืนตลอด” ผู้ดูแลหลักของครอบครัวคนหนึ่งบอกว่า “ปกติที่บ้านเขาชอบฟังเพลง ไม่รู้ฉันจะเอาวิทยุมาให้เขาฟังได้ไหม” ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ดูแลจัดให้ผู้ปวยได้หลับตามเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังการรับประทานอาหารควรงดกิจกรรมการดูแลที่ไม่เร่งด่วนกับผู้ปวย การจัดสิ่งแวดล้อมที่นอนให้สะอาด สงบ จัดท่านอนที่ผู้ปวยรู้สึกสบาย ค้นหาสาเหตุที่จะทำให้ผู้ปวยนอนไม่หลับ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมการจัดให้ผู้ปวยได้พักผ่อนหย่อนใจ แนะนำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวจัดให้ผู้ปวยได้ทำกิจกรรมที่ชอบหรือเคยทำประจำที่สามารถทำได้ ดูแลให้ผู้ปวยผ่อนคลายความเครียด ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความเข้าใจ และปฏิบัติได้อย่างมั่นใจมากขึ้น หลังการทดลองจึงพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านนี้อยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาความสามารถก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลด้านการนอนหลับพักผ่อน ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ปวยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับดี ดังตารางที่ 11 ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลดังนี้คือ การจัดเวลาพักผ่อนส่วนตัวให้ผู้ปวยตามความต้องการ การช่วยเหลือให้ผู้ปวยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นและ การสื่อสารกับผู้ปวย ซึ่งก่อนการทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่ รับรู้ว่าผู้ปวยต้องได้รับการดูแลและเฝ้าติดตามอาการตลอดเวลา ทั้งจากญาติหรือผู้ดูแลหลักเองและจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางคนกลัวว่าถ้าตนไม่อยู่เฝ้าผู้ปวย อาจเกิดอันตรายได้ ทำให้เกิดความเครียด ส่วนกิจกรรมการช่วยเหลือให้ผู้ปวยติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ในผู้ป่วยรายที่ได้รับการใส่ท่อหายใจ หรือผู้ป่วยที่พูดไม่ได้ สื่อสารไม่รู้เรื่อง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวไม่ทราบวิธีการที่จะสื่อสารกับผู้ปวย หรือผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางรายไม่พูดคุยกับผู้ปวย ถ้ามีการพูดคุยกับผู้ปวยไม่เข้าใจจะเกิดอาการหงุดหงิด เบื่อหน่าย ดังนั้นผู้วิจัยรับฟังอย่างเข้าใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยดังนี้คือ การพูดคุยกับผู้ปวยด้วยคำพูดสั้นๆ ง่ายๆ หรืออาจปรับวิธีการสื่อสารโดยใช้สัญลักษณ์ หรือการเขียน ใช้คำถามทีละคำถาม ไม่แสดงท่าทีเบื่อหน่ายเมื่อไม่สามารถสื่อสารกับผู้ปวยให้รู้เรื่องได้ หรือไม่ควรเร่งรัดผู้ปวยให้ทำตามคำสั่งเร็วๆ ซึ่งอาจทำให้ท้อแท้ ไม่ให้ความร่วมมือในการทดสอบและไม่อยากติดต่อสื่อสารกับใครๆ (มยุรี แก้วจันทร์, 2534) กรณีที่ผู้ปวยไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจพยายามกระตุ้นให้ผู้ปวยได้พูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลที่ต้องการ แนะนำเมื่อมีผู้มาเยี่ยม ส่งเสริมให้ผู้ปวยได้บอกความต้องการของตนเอง หรือถ้ามีกิจกรรมในหอผู้ป่วยให้นำผู้ปวยเข้าร่วมกิจกรรม หลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจในตัวผู้ปวย และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของเนาวรัตน์ ชินธิราช (2548) เรื่อง ผลของโปรแกรมการกระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่

ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นประสาทการรับรู้ด้วยการใช้เสียงและการสัมผัสที่คุ้นเคย มีระดับความรู้สึกรู้ตัวเพิ่มมากขึ้นหลังการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถก่อนและหลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับปานกลาง ดังตารางที่ 12 ซึ่งมีกิจกรรมการดูแล 1 ข้อคือ การดูแลให้ได้รับยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ซึ่งจากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าร่าเริงที่อยู่ที่โรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของพยาบาลและแพทย์หรือทีมสุขภาพ ประกอบกับเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยใกล้จำหน่าย ปริมาณยาให้กับผู้ป่วยลดลง และบางครั้งบอกว่า “เห็นยาที่พยาบาลเอามาให้ ก็แล้วแต่หมอละขอให้ผู้ป่วยหายก็ดีใจแล้ว” เมื่อผู้วิจัยซักถามถึงการเฝ้าระวังภาวะข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับยา ผู้ดูแลหลักของครอบครัวบางรายจำได้ไม่ครบถ้วน ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้านนี้เพิ่มเติม เพราะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเองทั้งหมดส่งผลให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวส่วนใหญ่เข้าใจและสามารถปฏิบัติได้มากขึ้นแต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วน เมื่อประเมินผลก่อนการจำหน่าย พบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการให้ได้รับยาและการรักษาดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมทั้ง 9 ด้าน ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลหลักของครอบครัวหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีความสามารถโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับดี ซึ่งเป็นผลจากการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ในการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะตามแนวคิดการดูแลตนเองของครอบครัวของโอเร็ม แทนนุคคัลอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในขั้นตอนที่ 1-2 เป็นการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าการที่ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ค้นหาแหล่งสนับสนุนได้เหมาะสม เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีกำลังใจ ในการที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญขุนพะ(2541) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลมีพลังในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ พรชัย จุลเมตต์(2540) กล่าวว่า การให้สมาชิกครอบครัวกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา แนะนำ จึงทำให้สมาชิกครอบครัวในกลุ่มทดลองมีความยินดีและกระตือรือร้น พร้อมเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การร่วมกันวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 3 ของการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing care planning) เป็นการให้ผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นมีความกระตือรือร้นในการร่วมวางแผนแก้ปัญหาและยินดีร่วมฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนแนะนำ สนับสนุนให้ลงมือฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติทุกครั้งอย่างเป็นระบบ ให้คำปรึกษาส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวใช้คู่มือที่สร้างขึ้นประกอบการฝึกปฏิบัติ

และทบทวนเมื่อลืมหรือนำไปอ่านที่บ้านได้ Miller (1985) กล่าวว่า การให้ผู้มีประสบการณ์สอนนับเป็นกลวิธีที่จำเป็นในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในคู่มือประกอบด้วยรูปภาพพร้อมคำบรรยาย จะทำให้ผู้รับบริการสามารถทบทวนได้ด้วยตนเองในกรณีที่มีข้อสงสัย หรือต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Miller, 1985 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) ตลอดจนร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุน ภายในและภายนอกครอบครัวที่เหมาะสม ซึ่ง ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) กล่าวว่า การได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจต่อวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ และยินดีที่จะร่วมมือในการแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยนำกระบวนการพยาบาลขั้นตอนที่ 4 มาใช้ร่วมกับผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation of nursing care) โดยดำเนินการทดลองในวันที่ 2 หลังจากผ่านกระบวนการทดลองขั้นตอนที่ 1-3 และติดตามผลการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักของครอบครัวอย่างน้อย 2 วันติดต่อกัน วันละ 1 - 1 ½ ชั่วโมง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของผู้ป่วยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ อาการ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเกิดความเข้าใจในอาการและอาการที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลหลักของครอบครัวปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ โดยผู้วิจัยทำการสอน แนะนำ สาธิต วิธีการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้คู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และมีการประเมินผลการปฏิบัติทุกครั้งอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวในกลุ่มทดลองมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เกิดความเชื่อมั่นในการให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจ ในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแลหลักของครอบครัวและมีกำลังใจและมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง สัมพันธ์กับการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ (2540) เรื่องผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาระเชิงประนัยและเชิงอัตนัยของข้อมูลและอารมณ์ต่อการดูแลผู้ป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา อยู่เปล่า (2543) ที่พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ สามารถลดลงได้ด้วยการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ตั้งแต่ระยะแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังการทดลองสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการตัดสินใจเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวพยายามเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีพื้นฐานความรัก ความใกล้ชิด ความรู้สึกที่ดี ที่ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้รับจากผู้ป่วยที่เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลที่ให้การเลี้ยงดูในวัยเด็ก (Pohl, et al., 1995; Schulz, et al., 1989 อ้างถึงใน จอม สุวรรณ โณ, 2540) รวมทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การได้รับความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชยจากสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะที่ น้อง ที่เห็นความสำคัญ เป็นการส่งเสริมแรงใจให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้ตระหนักถึงความสามารถ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยังมีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สัมพันธ์กับการศึกษาของจอม สุวรรณ โณ (2540) กล่าวว่า ปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความรู้สึกกดดันน้อยลง คือการมีผู้ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระจะทำให้มีเวลาสำหรับดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และสามารถปลื้มใจได้เมื่อต้องการพักผ่อน หรือจัดการธุระส่วนตัวรวมทั้งการ

ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็น ตลอดจนข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ในเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ล้วนให้ญาติผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น (นงลักษณ์ พื้นชมภู, 2540; Hull, 1989 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540) และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองนั้นสอดคล้องกับปรัชญาของการจัดระบบบริการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัว โดยวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลจัดกระทำทำให้ ทั้งการสอน การสนับสนุน การชี้แนะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และจัดให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพอื่น เป็นการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้(Supporting education nursing system) ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ, 2540) และเมื่อเข้าสู่กระบวนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 5 เป็นการประเมินผลความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วัน ซึ่งผู้วิจัยติดตามเยี่ยมสังเกตและสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินชุดเดิมเพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Post-test) ซึ่งผลศึกษา พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 15 ซึ่งเป็นดังสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานที่ 2 หลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะดีกว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลรูปแบบปกติ พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ผู้วิจัยประยุกต์จากกระบวนการพยาบาลครอบครัวของ Hanson(2001) หลังการทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะดีกว่าผู้ดูแลหลักที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 17 ทั้งความสามารถการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมและรายด้านทั้ง 9 ด้าน ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 คือ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะดีกว่าครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ สามารถอภิปรายผลการทดลองดังนี้คือ

ในกลุ่มทดลองก่อนการลงมือปฏิบัติการสอนฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัว ผู้วิจัยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ การใช้แผนผังครอบครัว (genogram) ช่วยให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวทราบบทบาทหน้าที่ ร่วมกับการประเมินความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว(family interaction) ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจสถานะของครอบครัว ความรู้สึกรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลัก การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ นำมาประยุกต์ในการให้การดูแลครอบครัว และที่สำคัญการกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา สำรวจความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และ วิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สัมพันธ์กับการศึกษาของ รัมภ์รดา อินทร (2539) พบว่า การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการที่ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักได้ร่วมกันวิเคราะห์และลงมือแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้สามารถเข้าใจถึงความรู้สึก ภาวะทางอารมณ์ และจิตใจของผู้ดูแลหลักของครอบครัว จากการที่ผู้วิจัยได้รับฟัง และเป็นที่ปรึกษา สนับสนุนด้านจิตใจร่วมกับการปรับประครองทางอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลหลักครอบครัวมีกำลังใจ พลังและความพร้อมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยสามารถลงมือฝึกปฏิบัติทักษะ และเรียนรู้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยได้ตลอดการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งในการทดลองผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวนำไปทบทวน เมื่อเกิดปัญหาการดูแล หรือเมื่อกลับบ้านจากการสัมภาษณ์ ทำให้ทราบว่าผู้ดูแลหลักของครอบครัวพึงพอใจ และคิดว่าจะเป็นประโยชน์เมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจมากยิ่งขึ้นสัมพันธ์กับการศึกษาของ จินนระรัตน์ ศรีภักธิบุญ (2540) เรื่อง ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับการ ได้รับแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน สัมพันธ์กับการศึกษาของ ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย (2648) เรื่อง ผลการเตรียมครอบครัวต่อการปฏิบัติการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมองของครอบครัว พบว่า การเตรียมครอบครัวโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ หลังการทดลองครอบครัวที่ได้รับการเตรียมโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจากการศึกษาของ อารมย์ บุญเกิด (2540) ประสิทธิภาพของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลพบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติตัวและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนแก่่น ส่งผลให้ความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีขึ้นทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นกิจกรรมการดูแลด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวพัฒนาจากระดับต้องปรับปรุงเป็นระดับปานกลาง ดังที่กล่าวมาแล้ว

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ ผลการศึกษาพบว่าระดับความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวโดยรวมมีการพัฒนาจากระดับต้องปรับปรุงก่อนการทดลองเป็นระดับปานกลางหลังการทดลองดังตารางที่ 13 และเมื่อนำมาทดสอบโดยใช้สถิติ paired t - test พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 14 และเมื่อศึกษารายด้านพบว่า มีความสามารถ 4 ด้านที่ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ ด้านที่ 1 การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ($p\text{-value} < .001$) ด้านที่ 3 การดูแลด้านการขับถ่าย ($p\text{-value} = .018$) ด้านที่ 4 การดูแลความสะอาดร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล ($p\text{-value} = .014$) ด้านที่ 8 การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

($p\text{-value} < .001$) ส่วนความสามารถด้านที่ 9 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษา ($p\text{-value} = .041$) ผู้ดูแลหลักของครอบครัวในกลุ่มควบคุมมีความสามารถหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลหลักกลุ่มควบคุมอาจได้รับการสอนแนะนำ จากเจ้าหน้าที่แต่ไม่เพียงพอ หรือไม่ตรงกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักครอบครัว จากการซักถามพยาบาลพบว่า เคยมีแผนการสอน แต่ยังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทุกด้าน และยังไม่ได้นำไปปฏิบัติจริง หรือมีการสอนอย่างไม่มีแบบแผน เป็นขั้นตอน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้าง คือ พยาบาล 4 คน ต่อจำนวนผู้ป่วย 20-30 คน ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยวิกฤติและเรื้อรัง และอาจเป็นไปได้ว่าในการสอน การแนะนำอาจไม่ได้รับการประเมินภาวะปัญหาด้านครอบครัวตลอดจนการไม่ได้กำหนดหรือค้นหาผู้ดูแลหลักของครอบครัว ก่อนให้คำแนะนำ แต่เป็นการให้ข้อมูลกับสมาชิกครอบครัวหรือญาติทั่วไปที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลาต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีสมาชิกครอบครัวหรือญาติที่หมุนเวียนกันมาเยี่ยมหรือเฝ้า ดังนั้นการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่เป็นลักษณะการพูดคุยตอบคำถามแก่สมาชิกครอบครัวหรือญาติ ไม่ได้เตรียมแผนการสอน แต่สอนเมื่อมีโอกาสดังกล่าวหรือเมื่อสมาชิกครอบครัวซักถามข้อสงสัย ไม่ได้มีแผนการประเมินความต้องการของผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัว จึงทำให้ไม่เกิดการเรียนรู้ บางครั้งสมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ แผนการรักษาพยาบาล รวมถึงความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและความสำคัญของการให้สมาชิกครอบครัวครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ อาจมีความผิดพลาดในการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวทำให้เกิดความคับข้องใจไม่พึงพอใจต่อระบบบริการได้ และที่สำคัญครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ทำได้ ซึ่งในบางกิจกรรมที่เป็นการดูแลที่ซับซ้อน ยุ่งยาก เจ้าหน้าที่ได้สอนวิธีการดูแลให้ เช่น การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง ที่เจ้าหน้าที่คิดว่าสมาชิกครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ แต่ไม่ได้มีการติดตามการประเมินผลการดูแลที่เป็นระบบ และบางครอบครัวมีการเรียนรู้การดูแลด้วยตนเอง จากการสังเกตวิธีการดูแลจากพยาบาลหรือญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2540) เรื่อง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ญาติผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยการสังเกตจากบุคลากรพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 86.7 รองลงมาคืออาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ร้อยละ 66.7 นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 60 และญาติผู้ดูแลคนอื่น ร้อยละ 40 ดังนั้นหลังการทดลองพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ จึงมีการพัฒนาจากระดับที่ต้องปรับปรุงเป็นระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลหลักของครอบครัว มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ดังตารางที่ 14

กล่าวโดยสรุป จากผลการวิจัยครั้งนี้การใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัว มีผลทำให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีขึ้นหลังการทดลอง และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลรูปแบบปกติ ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอนแก่น