บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาทางด้านอุบัติเหตุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการจราจร ซึ่งอุบัติเหตุจากการจราจรก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่อวัยวะได้หลายระบบแต่ที่พบมากที่สุดคือการบาดเจ็บที่ศีรษะ ในประเทศไทยจากสถิติ พ.ศ.2548 พบผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 976,357 ราย เฉลี่ยบาดเจ็บชั่วโมงละ 107 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 13,711 ราย เฉลี่ยวันละ 37 ราย ซึ่งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรดังกล่าว เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในกลุ่มประชากรชายรองจากโรคเอดส์ และเป็นอันดับที่ 7 ในกลุ่มประชากรหญิง (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2550) ซึ่งพบการบาดเจ็บศีรษะได้สูงถึงร้อยละ 73.4 ของการบาดเจ็บทั้งหมด (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ การถูกทำร้ายร่างกาย การพลัดตกหกล้ม การถูกตีหรือกระแทกจากวัตถุหรือสิ่งมีชีวิต การทำร้ายตนเองเป็นต้น ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะพบว่า ร้อยละ 4.2 ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและเป็นกลุ่มวัยทำงานที่สร้างผลผลิตให้กับประเทศชาติ (สันต์ หัตถีรัตน์, 2543)

การบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด บุคคลไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจเพื่อรับกับเหตุการณ์ดังกล่าว ก่อให้เกิดความวิกฤตในชีวิตทั้งต่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว สำหรับผู้ป่วย การบาดเจ็บศีรษะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา การรับรู้ พฤติกรรม ความสามารถในการปฏิบัติงาน และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งแตกต่างกันตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ ตั้งแต่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยซึ่งมีระดับความรู้สึกตัวตามคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) อยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน ระดับปานกลางซึ่งมีระดับความรู้สึกตัว (GCS) อยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน จนถึงระดับรุนแรงซึ่งมีระดับความรู้สึกตัว (GCS) อยู่ระหว่าง 3-8 คะแนน โดยจะพบว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระยะแรก เกิดความผิดปกติด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความผิดปกติด้านร่างกาย ที่พบคือ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับรุนแรงจนถึงระดับหมดสติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวนี้จะมีผลต่อการรับรู้และแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2534) ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสีย

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ความทรงจำ มีภาวะพร่องการรู้คิด (Cognitive Impairment) ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ การคิด และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยบางรายอาจเป็นอัมพาต หรือเกิดความพิการ (ทิพพาพร ตังอำนวย, 2541) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนังสูญเสียหน้าที่ เกิดแผลกดทับ (ทิพพาพร ตังอำนวย, 2541; George & James, 2003) และผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ได้ง่าย สับสน หงุดหงิด วิตกกังวล ก้าวร้าวหรือเกิดภาวะซึมเศร้า (Wenden, Crawford, Wade, & King, 1998) จากความผิดปกติต่าง ๆ ที่พบเหล่านี้จะส่งผลต่อการฟื้นสภาพภายหลังการบาดเจ็บของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงมีผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ฟื้นสภาพได้ดีร้อยละ 29 มีความพิการปานกลางร้อยละ 8 มีความพิการ รุนแรงและไม่ฟื้นสภาพร้อยละ 16 และเสียชีวิตร้อยละ 47 (จิรนาถ ฉัตร์วิวัฒน์, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่รอดชีวิตร้อยละ 90 ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างคนปกติและต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Shiel et al., 2001) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางนั้นพบว่า มีโอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงได้ ส่งผลให้มีการฟื้นสภาพได้เพียงร้อยละ 22 และไม่สามารถทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 5-6 (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งกลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคมต่อไปภายหลัง

นอกจากผลที่เกิดกับตัวผู้ป่วยแล้ว การบาดเจ็บศีรษะยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยด้วย นับตั้งแต่วินาทีแรกที่ครอบครัวได้รับข่าวว่า มีบุคคลในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีเวลาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเวลาเลยในการเตรียมตัวเตรียมใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด (Hickey, 2003) ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้นี้ จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลและความเครียดเป็นอย่างสูง (ดารารัตน์ ปานดี, 2549; Halm & Titler, 1990) ส่งผลถึงการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวตามมา (ดารารัตน์ ปานดี, 2549) อาจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของครอบครัว (Cleveland, 1980 อ้างถึงใน ชญานิศ ลือวานิช, 2540) สมาชิกครอบครัวจึงจำเป็นต้องปรับตัวให้ได้กับสิ่งที่เกิดขึ้น หากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินบทบาทหรือปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดได้ ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาทางกายได้แก่ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Leske, 1992) ปัญหาทางจิตใจได้แก่ วิตกกังวล ร้องไห้ ซึมเศร้า แยกตัวเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมรอบตัว โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโดยอาจมีการแสดงออกต่อผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ไม่สนใจหรือไม่กล้าที่จะเข้ามา

ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว ไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นแนวคิดสำคัญของการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล (Family-centered Care) โดยพบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น ส่งผลดีต่อทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยผลต่อตัวผู้ป่วยพบว่า มีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น (สุมนา แสนมาโนช, 2541) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย (รัมภ์รดา อินทร, 2538) ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง รู้สึกมีคุณค่า เกิดความผาสุกและเกิดความอิ่มเอมใจในการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล (จันทรา พรหมน้อย, 2547; ชูชื่น ชีวะพูนผล, 2541) และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538) สำหรับผลต่อสมาชิกครอบครัวนั้นพบว่า สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (รัมภ์รดา อินทร, 2539; สุมนา แสนมาโนช, 2541; Bull, Hansen, & Gross, 2000) เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย (Li, 2002) มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ (รัมภ์รดา อินทร, 2539) รวมไปถึงสมาชิกครอบครัวคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548) มีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ และให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (Halm & Alphen, 1993)

อย่างไรก็ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถนำไปปฏิบัติใช้ให้ได้ผลมาก-น้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งประการหนึ่งที่สำคัญก็คือ การวางแนวทางในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนทางนโยบายและวางแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมชัดเจนของผู้บริหาร เพื่อให้บุคคลากรทางสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน และสามารถปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว และอีกประการหนึ่งก็คือ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าวจะเป็นตัวบอกให้ทราบถึงความพร้อมทางจิตใจ ความเชื่อของสมาชิกครอบครัว และเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของสมาชิกครอบครัว ในการที่จะตอบสนองความ ชอบหรือไม่ชอบที่จะกระทำสิ่ง ๆ หนึ่ง (ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548) หากสมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ดี ก็จะส่งผลให้การเข้ามาร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีองค์ประกอบหลายประการ ที่ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน มีทั้งองค์ประกอบที่เป็นบริบทภายในของครอบครัว และบริบทภายนอกของครอบครัว (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) บริบทภายในครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ซึ่งได้แก่บทบาท หน้าที่ ค่านิยมของแต่ละครอบครัว ปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกครอบครัว บริบทภายนอกครอบครัว ได้แก่ วัฒนธรรม ประสบการณ์ พัฒนาการ พันธุกรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลต่อการรับรู้ และปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ออกไป ซึ่งส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความพร้อมและแนวโน้มที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เป็นบริบทภายในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส (จันทรา พรหมน้อย, 2547; ดารารัตน์ ปานดี, 2549; ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548; ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538; พิกุล เจริญสุข, 2549; เยาวรัตน์ ยาออม, 2544; รัมภ์รดา อินทร, 2538; สุมนา แสนมาโนช, 2541; โสพรรณ โพทะยะ, 2544) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประสบการณ์ วัฒนธรรม (กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546; ดุษฎี ใจโปร่ง, 2548; เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; Andershed & Ternestedt, 1999; Jonsen et al., 2000) ส่วนใหญ่มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน นอกจากนี้ยังพบว่ามีความความแตกต่างในปัจจัยบางประการที่เป็นบริบทภายใน และภายนอกครอบครัว ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (จันทรา พรหมน้อย, 2547; Jonsen et al., 2000; Palmer, 1993; Sharp, 1990) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; สุมนมาลย์ พิพัฒนบวร, 2547) และรายได้ของครอบครัว (จันทรา พรหมน้อย, 2547; รุ้งทิพย์ วีระกุล, 2539; อัญชลี จิตะปุระ, 2536; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540; อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยดังกล่าวมาศึกษา เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญ ต่อการวางแนวทางส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในอนาคต ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนและหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เกิดจากพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงความรุนแรงในภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ (จันทรา พรหมน้อย, 2547) ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะส่งผลต่ออาการและความรุนแรงของโรคต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละราย ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง ส่วนใหญ่จะมีภาวะไม่รู้สึกตัว หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางหรือระดับเล็กน้อยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลที่แตกต่างกัน ถ้าครอบครัวมีการรับรู้ว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะมีการพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับสูง เกิดความรู้สึกไม่กล้าแตะต้องผู้ป่วย ไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharp (1990) ที่พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการดำเนินโรคแย่ลง ไม่สามารถฟื้นสู่สภาพเดิมได้ ทำให้ญาติเกิดความเหนื่อยล้า หมดกำลังใจที่จะให้การดูแล แต่สำหรับในบางครอบครัวยิ่งผู้ป่วยประสบกับภาวะวิกฤตมากเท่าไหร่ ครอบครัวยิ่งต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยบ่อยเท่านั้น (Titler, Bombei, & Scutte, 1995) เนื่องจากต้องการเห็นอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลงได้ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวจึงต้องการที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดเพื่อให้

มีความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งก็เป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะมาก่อน จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อน (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; Friedman, Bowen, & Jones, 2003) เนื่องจากในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะมาก่อน จะขาดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในครั้งก่อน ทำให้ไม่สามารถคาดเดาถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บศีระ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต และคาดเดาอาการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในอาการของผู้ป่วยแตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนได้ ดังนั้น ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยบางรายที่ไม่มีความผิดปกติใด ๆ แต่สมาชิกครอบครัวไม่เคยประสบกับการบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ก็อาจส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของที่รุนแรงมากกว่าพยาธิสภาพที่พบในผู้ป่วยได้ จากการรับรู้ความรุนแรงที่อาจส่งผลต่อความแตกต่างกันของการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวดังกล่าว

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความสัม พันธ์หลากหลายกับผู้ป่วย ซึ่งจากลักษณะของสัมพันธภาพที่แตกต่างกัน ทำให้ความรู้สึกหรือความใกล้ชิด รวมไปถึงบทบาทในครอบครัวแตกต่างกันด้วย หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อนด้วยความรักและผูกพัน สมาชิกครอบครัวจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบุคคลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน ซึ่งจะเห็นว่ามีระดับของความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นภรรยา ซึ่งมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก จะสามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดี และการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่ทำการศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บิดา-มารดา ซึ่งดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ สงสารและมีทัศนคติที่ดีต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากบิดา มารดา มีความรักความผูกพันต่อบุตร และคิดว่าเป็นหน้าที่ ๆ ต้องให้การดูแลบุตรอย่างไม่มีข้อแม้ (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุมนมาลย์ พิพัฒนบวร (2547) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวที่มาให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย เนื่องจากสังคมและประเพณีไทยนั้น ยึดถือเรื่องความกตัญญูต่อบุพการรี บุตรต้องให้การดูแลบิดา-มารดา เพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณที่ท่านได้ดูแลมา

นอกจากนี้ลักษณะการนับญาติในสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่เปลี่ยนจากความสัมพันธ์ทางสายเลือด มาเป็นการนับญาติ ที่เกิดจากความผูกพันกันทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาของเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2548) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นครอบคลุมถึงเพื่อนคู่หู (Partner) ซึ่ง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันที่ไม่ใช่เครือญาติ แต่เป็นผู้ให้การดูแลยามเจ็บป่วยอีกด้วย ซึ่งในบางครอบครัวนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยกลับไม่ใช่สมาชิกครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกัน แต่เป็นเพียงบุคคลที่มีความรัก ความผูกพันต่อกันจนเปรียบเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีหลายระดับ และมีความแตก ต่างกันในบทบาททั้งสิ้น

รายได้ของครอบครัว เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) ในครอบครัวผู้มีรายได้น้อยนั้น การที่ผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ต้องทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวแทนหัวหน้าครอบครัว ทั้งยังต้องแสวงหาค่ารักษาพยาบาลด้วย จากการที่สมาชิกครอบครัวต้องรับภาระในการหารายได้ดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ในขณะที่ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะทำให้มีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มต่าง ๆ ตลอดจนหาสิ่งของอุปกรณ์ อาหาร ยาและค่าบริการทางสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากรายได้ จะเป็นตัวช่วยส่งเสริมการปรับตัวของสมาชิกครอบครัว โดยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) ดังการศึกษาของวิมาลา เจริญชัย (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่าผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพนอกบ้านและมีรายได้สูงนั้นมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ้งทิพย์ วีระกุล (2539) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย และการศึกษาของอุบล อสัมภินทรัพย์ (2540) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่การศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของจันทรา พรหมน้อย (2547) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวดังกล่าวข้างต้นมีความแตกต่างกันของ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว ซึ่งผลที่ได้แตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นสภาพ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาผู้ป่วยในระดับความรุนแรงตามสภาพความรุนแรงเพียงระดับเดียวของการบาดเจ็บศีรษะตามมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพ ยังไม่มีผู้ศึกษาเปรียบเทียบถึงความแตก ต่างของความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความแตกต่างกันของระดับความรุนแรงตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัว ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว และรายได้ของครอบครัว ซึ่งอาจมีผลที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความแตก ต่างกันในปัจจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ดังกล่าว ขณะนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ขนาด 420 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีศักยภาพเทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ และพบว่าสถิติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจากการจราจรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.61 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม (แผนกเวชระเบียน, 2548) และมีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี

นอกจากนี้โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ยังเน้นการให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความต้องการของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว (โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามยังมีความจำกัดของข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการวางแนวทางที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ในอนาคต ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรที่จะได้ทำการศึกษาถึงความคิดเห็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็น แนวโน้ม และความพร้อม ในการเข้ามาร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำมาใช้เป็นแนวทางวางแผน ให้การช่วยเหลือ และส่งเสริมเพื่อให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น ลดความพิการ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะของสมาชิกครอบครัวด้วย และยังเป็นการพัฒนาแนวทางหรือส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานและยกระดับวิชาชีพการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและครอบครัวที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นอย่างไร

2. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความแตกต่างกันใน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลแตกต่างกันหรือไม่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีความแตกต่างกันใน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลแตกต่างกัน

2. สมาชิกครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลแตกต่างกัน

3. สมาชิกครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพมีความเข้าใจถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่มีความแตกต่างกัน และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนการหาแนวทางการพยาบาลเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และนำไปพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมาชิกครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้าน การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมาชิกครอบครัวได้

3. ด้านการวิจัย สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ต่อไป

4. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลของการศึกษาที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบการให้บริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและสมาชิกในครอบครัวในหอผู้ป่วยต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่มีความแตกต่างกันใน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว โดยศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2551 จำนวน 119 ราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกี่ยวกับกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวควรเข้าไปเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ร่วมกับการใช้แนวคิดของ Tutton and Ager (2003) โดยความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการให้ข้อมูลหรือสอบถามข้อมูลต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ เพื่อการประเมินปัญหาและความต้องการของทั้งตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งแบ่งข้อมูลใน 3 ลักษณะ คือ

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา สารเคมีต่าง ๆ ประวัติการรับประทานยา โรคประจำตัว สิทธิการรักษาต่าง ๆ เป็นต้น

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ โรคที่เป็นอยู่ อาการและอาการแสดง การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น การผ่าตัด การให้ยา การตรวจพิเศษต่าง ๆ เป็นต้น

1.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตอาการและความผิดปกติต่าง ๆ ที่สมาชิกครอบครัวต้องร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการสังเกตอาการใกล้ชิดเช่น ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป การมีเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกายการกระตุ้นการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ ต่าง ๆ เป็นต้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ความสะดวกหรือวิธีการในการติดตามสอบถามอาการผู้ป่วย

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ได้แก่ เวลาเข้าเยี่ยม สถานที่พักผ่อนหรือห้องพักของสมาชิกครอบครัว ร้านค้า การขออนุญาตเฝ้าไข้ผู้ป่วย

2. ด้านการวางแผนและตัดสินใจ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการวางแผนหรือวางแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ และมีการตัดสินใจเลือกกิจกรรมหรือการรักษาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะควรจะได้รับ ได้แก่ การผ่าตัด การทำหัตถการต่าง ๆ การได้รับยา การใส่หรือถอดเครื่องช่วยหายใจ การกู้ชีวิตผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ เป็นต้น

3. ด้านกิจกรรมการดูแล หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

3.1 กิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่จำเป็นทางกาย โดยครอบคลุมในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นของผู้ป่วย เช่นการได้รับอาหารและน้ำ การเคลื่อนไหว การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

3.2 กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ หมายถึง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรู้สึกคลายความวิตกกังวล อบอุ่นใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การพูดให้กำลังใจ การสัมผัสแตะต้องผู้ป่วย เป็นต้น

3.3 กิจกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทางจิตวิญญาณ ตามความเชื่อหรือความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เช่นการสวดมนต์หรืออ่านคัมภีร์ตามศาสนาที่นับถือ เป็นต้น

3.4 กิจกรรมการดูแลด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อการคงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและหน่วยต่าง ๆ ในสังคม เช่นสังคมญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท ผู้ร่วมงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลด้วย

4. ด้านการประเมินผลการดูแล หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาทั้งจากเจ้าหน้าที่และสมาชิกครอบครัว ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติการดูแลแก่เจ้าหน้าที่ทราบ เช่นระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

แสดงต่าง ๆ หรือถอนหายใจเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแล

5.

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ามาร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย แบ่งประโยชน์ เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ต่อผู้ป่วย และประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัว

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นเครือญาติเดียวกัน จะมีความผูกพันกันโดยสายเลือดหรือไม่ก็ได้ และมีความสำคัญผูกพันกับผู้ป่วย หรือเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในปัจจุบัน หรืออาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย หรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าได้รับบาดเจ็บที่หนังศีรษะ กะโหลก เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือด และเลือดที่ออกภายใต้กะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยใช้การประเมินตามระดับการวัด Glasgow Coma Score (GCS) ของ Teasdale and Jennette (1974) แบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเป็น 3ระดับ คือ การบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรงจะมีคะแนนในช่วง 3-8 คะแนน การบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางจะมีคะแนนในช่วง 9-12 คะแนน การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยจะมีคะแนนในช่วง 13-15 คะแนนโดยทำการประเมินเมื่อแรกรับที่หอผู้ป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ต่อความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลโดย จันทรา พรหมน้อย (2547)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หมายถึง ลักษณะของความเกี่ยวข้องของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ ป้า น้า อา ลุง เพื่อน บุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือไม่ก็ได้

รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้รับมาเพื่อใช้จ่ายในครอบครัวรวมกันเป็นจำนวนบาทต่อเดือน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

กรอบแนวคิดในการวิจัย

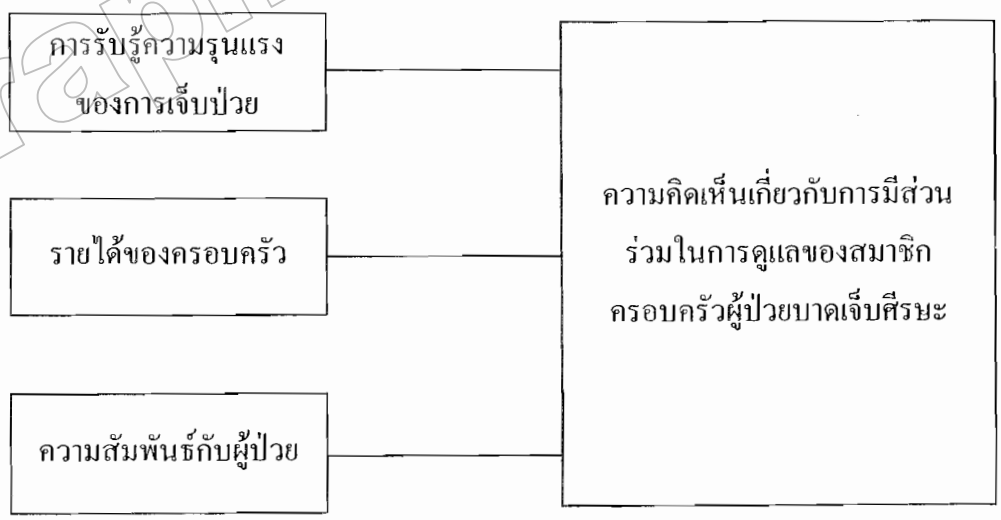
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบจำลองทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์ (Hill, 1949 cite in Friedman, Bowen, & Jones, 2003, pp. 468-474; Hanson, Duff, & Kaakinen, 2005, pp. 80-85) และแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวของ Tutton and Ager (2003) โดยฮิลล์ ได้อธิบายกลไกการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวและได้นำเสนอเป็นแบบจำลอง ABCX ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 4 ประการที่มีผลต่อสมาชิกครอบครัวในภาวะวิกฤต ได้แก่ ปัจจัย A B C และ X โดยแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกันคือ ปัจจัย A (เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น) มีปฏิสัมพันธ์กับ B (แหล่งประโยชน์ที่ช่วยผ่อนคลายภาวะวิกฤต) มีปฏิสัมพันธ์กับ C (การรับรู้และให้ความหมายกับเหตุการณ์ A) และแปลผลว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือไม่ซึ่งได้แก่ ปัจจัย X

สำหรับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวของ Tutton and Ager (2003) กล่าวไว้ว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการขยายการดูแลจากการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ไปสู่สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549, Tutton & Ager, 2003) ซึ่ง Tutton and Ager (2003) ได้จำแนกองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวไว้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่และสมาชิกครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยมากขึ้น 2) ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล เป็นการวางแผน และตัดสินใจร่วมกันร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัว และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 3) ด้านการปฏิบัติการดูแล เป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม 4) ด้านการประเมินผลการดูแล เป็นการประเมินผลของการดูแลว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีผลดีต่อผู้ป่วยอย่างไร 5) ด้านประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วม เป็นการประเมินว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยนั้น มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวหรือไม่

ในการศึกษาครั้งนี้การบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยจัดเป็นปัจจัย A ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเข้ามากระทบสมาชิกครอบครัว ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด และมีผลต่อการรับรู้และการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัว ปัจจัย B เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว ในการผ่อนคลายภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือลดความรุนแรงของผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือรายได้ของครอบครัวที่มีเพียงพอในการรักษาพยาบาล รวมไปถึงสามารถจัดหาปัจจัยต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตที่จำเป็นสำหรับสมาชิกครอบครัวรายอื่นได้ ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี เนื่องจากครอบครัวสามารถหา

สิ่งของอุปกรณ์ อาหาร ยาและค่าบริการทางสุขภาพมาสนับสนุนการรักษาได้ รวมไปถึงการรับรู้และให้ความหมายกับการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (ปัจจัย C) ว่ามีความรุนแรงหรือไม่ ซึ่งหากสมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยว่าไม่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต หรือถึงแก่ชีวิต จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวครอบครัวคลายความวิตกกังวลลง ครอบครัวสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้การบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรงจนทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว สมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าสามารถรับมือกับการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นได้ สามารถแสดงบทบาท และรับหน้าที่ในการให้การดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; Friedman et al., 2003) ไม่รู้สึกเป็นภาระ หรือมีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึก และความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดแนวโน้มที่ดีในการเข้ามาร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (ปัจจัย X)

จากแนวคิดดังกล่าว การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวนั้นแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวต่อเหตุการณ์ หรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ซึ่งความคิดเห็นที่ดีของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีของความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัวดังที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าสมาชิกครอบครัวที่มีความแตกต่างกันในการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว จะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่แตกต่างกัน ซึ่งจากลักษณะของความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยดังกล่าว นำเสนอสรุปดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University