

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีความแตกต่างกันในด้าน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การบาดเจ็บศีรษะ
2. ทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัว
3. การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
4. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะ (Head Injury)

การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิต ปัจจุบันพบว่า การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสนใจอย่างจริงจัง เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกประเทศทั่วโลก ทำให้ทุกประเทศต้องเร่งหาแนวทางการแก้ไขเพื่อป้องกันและบรรเทาผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ความหมายของการบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกาย แล้วก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ (Scalp) กระโหลกศีรษะ (Skull) สมอง (Brain) และเส้นประสาทสมอง (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2543; วิพร เสนารักษ์, 2544; Davis, 2000) หรือหมายถึงผู้ป่วยที่ประกอบด้วยข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. มีประวัติที่แน่ชัดว่าศีรษะถูกกระทบกระเทือน
2. ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก
3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แม้เพียงชั่วขณะ

ผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จัดเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้า เช่น ผิวหนังใบหน้าฉีกขาด (Facial Laceration) กระดูก

หน้าแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมเข้าไปในตา หู จมูก หรือมีเลือดกำเดาไหล เป็นต้น แต่การบาดเจ็บเหล่านี้อาจพบร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ (นครชัย เพื่อนปฐม, 2541)

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าบาดเจ็บศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง หลอดเลือดและเส้นประสาทภายในสมอง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

ประเภทของการบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะทำให้สมองเกิดการบาดเจ็บเสียหายได้ทันทีที่ศีรษะได้รับอันตรายจากแรงกระแทกภายนอก หรือความเสียหายอาจเกิดตามมาในระยะหลัง จึงสามารถแบ่งประเภทของการบาดเจ็บศีรษะ ตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; Littlejohns & Bader, 2001; Lovasik, Kerr, & Alexander, 2001)

กลุ่มที่ 1 การบาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (Primary Brain Injury) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทันทีที่เกิดการบาดเจ็บศีรษะ ทำให้เกิดการชอกช้ำต่อเนื้อสมอง เกิดการฉีกขาดหรือเลือดออกประกอบด้วย

1.1 การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นต่อหนังศีรษะอาจเป็นหนังศีรษะชอกช้ำ (Scalp contusion) หนังศีรษะฉีกขาด ก้อนเลือดใต้หนังศีรษะ (Subgaleal Hematoma) และเลือดออกใต้หนังศีรษะ (Cephalhematoma) ซึ่งเกิดจากแรงกระแทกโดยตรง ซึ่งก้อนเลือดเหล่านี้จะถูกดูดซึมและหายไป ภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังการฉีกขาดของหนังศีรษะ

1.2 การบาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะ บริเวณกะโหลกศีรษะตรงที่ถูกกระแทกอาจเกิดการแตกร้าวของกะโหลก (Linear Fracture) การแตกบุบตัว (Depressed Fracture) และการแตกแบบมีบาดแผล (Compound Fracture) ซึ่งการแตกแบบมีแผลเปิดจะมีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่า นอกจากนี้การยุบตัวและการแตกของกะโหลกศีรษะ อาจทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดดำ Emissary หรือ Diploic และหลอดเลือดมิดเดิลเมนินเจียล (Middle Meningeal) เกิดเป็นการตกเลือดเหนือชั้นดิวรา (Epidural Hematoma) ถ้าวัตถุที่มากกระแทกมีความเร็ว แรงมาก และมีขนาดเล็ก กะโหลกศีรษะจะยุบตัว (Depressed Fracture) หรือทะลุเข้าไปในเนื้อสมอง (Penetrating Injuries) อาจทำให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา

1.3 การบาดเจ็บที่สมอง เป็นการบาดเจ็บที่มีต่อสมอง และรวมถึงการบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มสมอง หลอดเลือดและอวัยวะอื่น ๆ ภายในสมอง ความแตกต่างของพยาธิสภาพที่มีต่อสมองขึ้นอยู่กับกลไกการเกิดการบาดเจ็บ ความรุนแรงและลักษณะของวัตถุที่มากกระแทกต่อศีรษะ โดยเมื่อวัตถุกระแทกที่ศีรษะจะเกิดคลื่นของแรง (Shock Wave) กระจายออกไปทุกทิศทาง ถ้าสมองอยู่นิ่งกับที่แบบ Static Loading เนื้อสมองบริเวณที่ได้รับแรงกระแทกจะได้รับบาดเจ็บมากที่สุด พยาธิ

สภาพต่อสมองที่รุนแรงที่สุดคือสมองฉีกขาด (Laceration) อาการแสดงจากการได้รับบาดเจ็บของสมอง จะไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงโดยตรงของพยาธิสภาพ แต่จะสัมพันธ์โดยตรงกับตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; Hickey, 2003) แบ่งลักษณะการบาดเจ็บที่สมองได้ดังนี้

1.3.1 สมองได้รับการกระทบกระเทือน (Cerebral Concussion) เป็นการสูญเสียความรู้สึกตัวทันทีทันใดอยู่ชั่วขณะหนึ่งหลังจากได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ แล้วฟื้นรู้สึกตัวเป็นปกติโดยไม่ปรากฏลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยา หรืออาการผิดปกติทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ แต่อาจพบอาการหลงลืมหลังการบาดเจ็บ (Post-traumatic Amnesia) หรืออาการหลงลืมก่อนบาดเจ็บ (Retrograde Amnesia)

1.3.2 สมองช้ำ (Cerebral Contusion) ผู้ป่วยจะหมดสตินานกว่าปกติแต่จะไม่เสียชีวิตและไม่มีสิ่งกีดขวางในสมองที่เกิดตามมา สมองจะมีลักษณะบวมช้ำ สีคล้ำ ลักษณะรอยบุ๋มของสมอง (Gyrus) และส่วนที่เป็นร่อง (Sulcus) จะหายไป บริเวณรอบ ๆ สมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บจะมีจุดเลือดออก (Petechial Hemorrhage) ผู้ป่วยมีอาการหมดสติทันทีที่เกิดเหตุ และหมดสติอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ทั้งที่ไม่มีการขยายตัวของก้อนเลือด

1.3.3 การบาดเจ็บต่อก้านสมอง (Brain Stem Injury) การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นพบได้ 2 ลักษณะคือ เกิดขึ้นทันทีและเกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บ การบาดเจ็บต่อก้านสมองที่เกิดขึ้นทันทีพบเมื่อมีการกระแทกโดยตรงต่อกะโหลกศีรษะ กะโหลกศีรษะจะบุ๋มลงทำให้มีความดันบวมเพิ่มขึ้นทันที และจะมีการเลื่อน (Herniation) ของสมองส่วนนั้น ส่วนการบาดเจ็บต่อก้านสมองที่เกิดขึ้นภายหลังจะมีการกดของหลอดเลือดดำ การบาดเจ็บที่ต่อก้านสมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เกิดอัมพาตของร่างกาย อัมพาตของระบบประสาท และการเปลี่ยนแปลงการหายใจ

1.3.4 การบาดเจ็บทั่วไปของแอกซอน (Diffuse Axonal Injury หรือ DAI) เป็นการบาดเจ็บทั่วไปของสมอง เนื่องจากการเพิ่มและลดความเร็วของแรงที่กระทำต่อสมอง เป็นผลของแรงเหวี่ยง (Acceleration-deceleration and Inertia) ทำให้เกิดแรงเหวี่ยงที่เนื้อสมองทั่วไป โดยประสาทจะถูกยืด ฉีกขาด ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติทันทีและหมดสติเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง โดยไม่พบพยาธิสภาพเฉพาะที่ของสมอง แต่จะพบความผิดปกติในหน้าที่ของระบบประสาททั่วไป มีการทำลายในไวเมตเตอร์ (White Matter) และมีการบวมของสมองทั่วไป อาการแสดงที่พบคือ ผู้ป่วยหมดสติลึก (Deep Coma) เป็นเวลานาน มีการเพิ่มความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น และมี Decerebration

กลุ่มที่ 2 การบาดเจ็บศีรษะทุติยภูมิ (Secondary Brain Injury) เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดการบาดเจ็บแบบปฐมภูมิ อาจใช้ระยะเวลาในการเกิดหลายนาที หลายชั่วโมง หรือหลายวัน พยาธิสภาพส่วนใหญ่ประกอบด้วยสิ่งกีดขวางที่ค่อย ๆ ขยายขนาดเพิ่มขึ้น พยาธิสภาพทุติยภูมิ ที่พบได้ประกอบด้วย

- 2.1 ก้อนเลือดในชั้นเหนือดิวรา (Extradural, Epidural Hematoma)
- 2.2 ก้อนเลือดในชั้นดิวรา (Subdural Hematoma)
- 2.3 น้ำหล่อสมองและไขสันหลังรั่วเข้าชั้นใต้ดิวรา (Subdural Hygroma)
- 2.4 ตกเลือดในชั้นใต้แรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage)
- 2.5 ก้อนเลือดในเนื้อสมอง (Intracerebral Hematoma)
- 2.6 สมองบวม (Brain Edema)

จากพยาธิสภาพดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทของการบาดเจ็บ บริเวณที่เกิด และระดับของแรงที่เข้ามากระทบให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กระโหลกศีรษะ สมอง และเส้นประสาทสมอง ระดับของการบาดเจ็บมีตั้งแต่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ บางรายอาจรู้สึกมึนงง หรือปวดศีรษะเล็กน้อย ไปจนถึงพบบาดเจ็บเฉียบพลัน มีเลือดออกในสมอง หดสติ ไม่รู้สึกตัว และเสียชีวิตเนื่องจากภาวะสมองตายได้

การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ

การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ มีความสำคัญต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค ดังนั้นการประเมินจึงต้องทำตั้งแต่ระยะแรกที่มีการบาดเจ็บศีรษะก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการวินิจฉัย และวางแผนการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลันอย่างเหมาะสม ตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับ ซึ่งจากการทบทวนวรรณพบว่า การประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ นิยมใช้เป็นแบบประเมินที่เรียกว่า กลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale หรือ GCS) ถูกคิดค้นและพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1974 โดย Teasdale and Jennett ซึ่งสามารถใช้แบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ และใช้สำหรับประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย ภายหลังการบาดเจ็บ ในขณะที่ได้รับการรักษาหรือภายหลังการรักษา เพื่อการติดตามประเมินอาการของผู้ป่วย (จเร ผลประเสริฐ, 2541; Fischer & Mathieson, 2001; Lehman, Hayes, LaCroix, Owen, & Haring, 2003) การตรวจและบันทึกตารางกลาสโกว์โคมาสเกลประกอบด้วย ตัวกระตุ้น (Stimuli) ได้แก่ คำพูด คำสั่ง หรือความปวด การพิจารณาใช้ขึ้นกับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อีกส่วนประกอบหนึ่งคือการตอบสนอง (Response) เมื่อผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นแล้วให้ดูการตอบสนองที่เกิดขึ้นแล้วบันทึกข้อมูลที่ได้ใน

ตาราง พฤติกรรมการตอบสนองที่ใช้มี 3 ลักษณะคือ (Franzen, 2000; Fischer & Mathieson, 2001; Lehman et al., 2003) การลืมตา (Eye Opening) การพูดที่ดีที่สุด (Verbal Performance) และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) โดยมีรายละเอียดของการประเมินและการให้คะแนนดังนี้

การประเมินพฤติกรรม	การแปลผลค่าคะแนน
1. การลืมตา (Eye Opening)	
ลืมตาได้เอง (Spontaneous)	4
ลืมตาได้เมื่อเรียก (Response to Speech)	3
ลืมตาได้เมื่อเจ็บ (Response to Pain)	2
ไม่ลืมตาเลย (None)	1
2. การพูดที่ดีที่สุด (Verbal Performance)	
พูดคุยได้ไม่สับสน (Orientated)	5
พูดคุยได้แต่สับสน (Confused Conversation)	4
พูดเป็นคำ ๆ (Inappropriated Words)	3
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Incomprehensible Sounds)	2
ไม่ออกเสียงเลย (None)	1
3. การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best motor Response)	
ทำตามคำสั่ง (Obey Command)	6
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localize Pain)	5
ชักแขน ขาหนี (Withdrawal)	4
แขนมีการเกร็งแบบงอศอก (Abnormal Flexion)	3
แขนมีการเกร็งแบบศอกเหยียด (Abnormal Extension)	2
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (None)	1

เมื่อนำคะแนนทั้ง 3 ด้านมารวมกันจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 3-15 คะแนน ซึ่งจะบอกได้ถึงระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะและการรู้สึกตัว ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้คือ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; ทิพพาพร ตั้งอำนวย, 2541; Lehman et al., 2003)

1.1 บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild Head Injury) มี GCS 13-15 คะแนน พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อย หรืออาจสับสนบ้างเป็นบางครั้ง ขณะเกิดการบาดเจ็บอาจมีความ

สูญเสียระดับความรู้สึกตัว หรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ได้ไม่น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ หรือการชอกช้ำของเนื้อสมอง และไม่มีการตกเลือด (Hematoma)

1.2 บาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (Moderate Head Injury) มี GCS 9-12 คะแนน ขณะเกิดการบาดเจ็บอาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 30 นาที แต่ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักไม่ลืมตาหรือจะลืมตาตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่าย ๆ ได้โดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงมาก พฤติกรรมอาจมีเพียงการเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

1.3 บาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Severe Head Injury) มี GCS 3-8 คะแนน พบน้อยที่สุด เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอแขนหรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่มีการเคลื่อนไหว มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง ร่วมกับการชอกช้ำลักษณะของเนื้อสมองหรือมีก้อนเลือดในสมอง

แนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีหลากหลายแนวทางขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรักษาและการศึกษาวิจัยของแต่ละสถาบัน กลุ่มแพทย์ศัลยกรรมประสาทแห่งประเทศไทย (The American Association of Neurological Surgeon) ได้จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะดังนี้ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546; George & James, 2003)

1. การจัดการรักษาอันดับแรก (Initial Management) สิ่งที่สำคัญและจำเป็นอันดับแรก คือ การตรวจร่างกาย และการทำหัตถการช่วยชีวิตที่จำเป็น เช่นการใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยา
2. การจัดการควบคุมความดันโลหิตและการให้ออกซิเจน (Resuscitation of Blood Pressure and Oxygenation) โดยมีแนวทางการรักษาที่หลีกเลี่ยงภาวะความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 90 mmHg และภาวะ Hypoxia ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) ควบคุมให้ mean BP $> 90 \text{ mmHg}$ และ ค่าแรงดันกำซาบของหลอดเลือดสมอง (Cerebral Perfusion Pressure: CPP) $> 70 \text{ mmHg}$ และแนะนำให้ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำกว่า 9 คะแนน ตามระดับการวัด GCS
3. ติดตามค่าความดันในกะโหลกศีรษะโดยการใช้เครื่องติดตาม (ICP Monitor Indicator) ซึ่งจะทำในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ CT Scan ของสมองผิดปกติ
4. การควบคุมค่าความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP Treatment Threshold) ซึ่งควบคุมให้ต่ำกว่า 20-25 mmHg

5. ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาค่าแรงดันกำซาบของหลอดเลือดสมอง (CPP) ซึ่งควบคุมให้อยู่ในระดับ 70 mmHg ขึ้นไป

6. ห้ามทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกถี่ ๆ (Hyperventilation: $\text{PaCO}_2 \leq 35 \text{ mmHg}$) ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดการบาดเจ็บ แต่สามารถทำในช่วงสั้น ๆ เพื่อลด ICP

7. การรักษาโดยการให้ยาต่าง ๆ มีข้อแนะนำและข้อบ่งใช้ต่าง ๆ ได้แก่ (Nathan, Douglas, & Ross, 2007)

7.1 แมนนิทอล (Mannitol) ใช้ควบคุมภาวะ ICP ตั้งแต่ 0.25-1 กรัม/น้ำหนักตัวผู้ป่วย และควรมีการเฝ้าระวังหลังการใช้ยา ได้แก่ ภาวะการสูญเสียน้ำ (Hypovolemia) และ ซีรัม ออสโมลาริตี (Serum Osmolarity) ให้น้อยกว่า 320 mOsm

7.2 ยากลุ่ม Barbiturates เช่น Phenobarbital ให้ใช้ในรายที่มีภาวะความดันใต้กะโหลกศีรษะสูงและต้องการรักษาด้วยวิธีอื่น

8. การรักษาโดยการผ่าตัด ในกรณีที่แพทย์เห็นว่ามีจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อกำจัดสาเหตุของความดันสูงภายในโพรงกะโหลกศีรษะ ซึ่งการวินิจฉัยนั้นขึ้นอยู่กับความจำเป็น ประสิทธิภาพของแพทย์แต่ละสถาบัน รวมไปถึงตำแหน่งและลักษณะที่เกิดการบาดเจ็บในผู้ป่วยแต่ละคนด้วย ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดมีหลายวิธี ได้แก่ (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541)

8.1 การผ่าตัดเจาะกะโหลก (Burr Hole) เป็นการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลังจาก Ventricle การผ่าตัดเจาะกะโหลกบางรายแพทย์จะคาสาขายางไว้ใน Ventricle (Ventriculostomy) เพื่อระบายสารเหลวออก หรือต่อกับเครื่องวัดความดันภายในกะโหลกศีรษะ

8.2 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) เพื่อเอาก้อนเลือดออกและทำการปิดกะโหลกศีรษะไว้ตามเดิม มีการแบ่งชนิดตามตำแหน่งของการผ่าตัดเป็น 2 ชนิด

8.2.1 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนเหนือเทนต์ทอเรียน (Supratentorial Craniotomy) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจากสมองใหญ่กลีบหน้า กลีบข้าง กลีบบนและกลีบหลัง

8.2.2 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนใต้เทนต์ทอเรียน (Infratentorial Craniotomy) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจากสมองเล็ก แกนสมอง

8.3 การผ่าตัดเอากะโหลกศีรษะออก และทำการเย็บปิดโดยไม่ใส่กะโหลกคืน (Craniectomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อลดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะในรายที่มีสมองบวมมาก ไม่สามารถปิดกะโหลกได้ แพทย์จะเย็บหนังศีรษะไว้ก่อน เมื่อสมองยุบบวมแล้ว แพทย์จึงจะปิดกะโหลกศีรษะไว้เหมือนเดิม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีเป้าหมายที่สำคัญคือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิตพ้นจากภาวะวิกฤตโดยเร็วที่สุด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต (Acute Critical Care) ที่ต้องดูแลในโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary Brain Damage) คือการสูญเสียของสมองเพิ่มเติมเนื่องจากการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เกิดการบาดเจ็บในระยะที่สอง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามมา สามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตามสภาพผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลในระยะวิกฤต และการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541; คารารัตน์ ปานดี, 2549; พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550)

1. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541; Fred & Stephàn, 2007)

การพยาบาลในระยะนี้มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และพ้นจากภาวะวิกฤตโดยเร็วที่สุด ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การดูแลควบคุมภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งประกอบด้วย

1.1.1 การประเมินค่าความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Pressure) จากการใส่สายวัดความดันในกะโหลกศีรษะแล้วคาท่อระบบจากช่องเวนทริเคิล (Ventricular Catheter) โดยปกติมีค่า 15-20 มิลลิเมตรปรอท

1.1.2 การประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในหลอดเลือดดำ โดยวัดจากกระแสเลือดที่เพิ่งออกจากสมองตรงฐานกะโหลกศีรษะ สามารถวัดได้โดยการใส่สายวัดเข้าไปในหลอดเลือดดำ

1.1.3 รักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ เนื่องจากความดันโลหิตที่ต่ำหรือสูงเกินไปจะส่งผลให้สมองขาดเลือด ร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาชดเชย โดยหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะขยายตัวทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้

1.2 การดูแลระบบทางเดินหายใจ หลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบางครั้งอาจหมดสติหรือได้รับบาดเจ็บหลายระบบทำให้อุดตันทางเดินหายใจ สูญเสียโลหิตมีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จึงควรดูแลระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 ติดตามค่าออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 ในกรณีผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจต้องดูแลเสมหะอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ

1.2.3 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอทั้งในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยที่สามารถหายใจได้เอง

1.2.4 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

1.2.5 ประเมินภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวดลหรือนอนนาน ๆ โดยการฟังเสียงลมผ่านปอดในขณะหายใจเข้าออกอย่างสม่ำเสมอ

1.2.6 หลีกเลี่ยงจากให้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท เนื่องจากฤทธิ์ยาจะกดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้นและช้าลง

1.3 การจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ซึ่งช่วยส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541)

1.3.1 จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา

1.3.2 หลีกเลี่ยงการงอเข่าและข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา

1.3.3 จัดศีรษะให้อยู่ในแนวตรงไม่เอียงบริเวณคอเพื่อช่วยส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำ

1.3.4 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบท่อนซุง

1.3.5 หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงเบ่ง เช่นการเบ่งอุจจาระ การกลืนลมหายใจ การผูกมัดผู้ป่วยที่แน่นจนเกินไป การไอหรือจาม เป็นต้น

1.4 ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติโดยการเช็ดตัวลดไข้หรือให้ยาลดไข้ เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นจะเพิ่มการเผาผลาญภายในเซลล์สมอง เกิดภาวะคั่งของกรดในกระแสเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้หรือในรายที่มีการติดเชื้อร่วมด้วยจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อลดการติดเชื้อต้องดูแลให้ได้รับยาตามเวลา สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด

1.5 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดแสงสว่างหรือเสียงที่ดัง รวมไปถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะรบกวนผู้ป่วยเช่น การดิงรั้งของท่อหลอดลมหรือจากสายสวนปัสสาวะ ช่วยลดความไม่สบายจากอาการเจ็บปวดต่าง ๆ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะกระทบสมองโดยตรง ซึ่งจะเป็นตัวขัดขวางไม่ให้ผู้ป่วยไม่ได้พักผ่อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้

1.6 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยควรจัดทำในคราวเดียวกันและปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล จัดให้มีช่วงพักระหว่างกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วย

1.7 การสังเกตภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงต่างๆ จากการรักษา เช่น การให้ยาต่าง ที่จำเป็นในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เช่น แมนนิทอล (Mannitol) ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) ซึ่งจะมีผลข้างเคียงต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรประเมินอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่

1.7.1 การประเมินสัญญาณชีพ

1.7.2 การบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออก

1.7.3 การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่จำเป็น

1.8 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสายระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย ควรสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยการประเมินปริมาณ ลักษณะ สี ความผิดปกติต่าง ๆ ของสารที่ระบายออกจากร่างกายผู้ป่วย ดูแลไม่ให้สายระบายหัก พับ งอ และตรวจสอบการทำงานหรือตำแหน่งของสายระบายอย่างใกล้ชิด

1.9 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญคือป้องกันแรงกดโดยตรงบริเวณแผลผ่าตัด (จิรนาถ จัตตวิวัฒน์, 2547) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อสมองโดยตรง หรือมีผลทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอกะโหลกศีรษะออก พยาบาลควรสังเกตและประเมิน ระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วย และแผลผ่าตัดอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ รวมถึงประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายผู้ป่วย ห้ามจับทำผู้ป่วยนอนตะแคง ห้ามเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ระวังแผลที่ผ่าตัด ระวังการกระแทกกระแทกที่แผลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมไปถึงเมื่อมีการเปลี่ยนผ้าปิดแผล ไม่ควรพันผ้ายึดทับแผลหรือปิดปากแผลให้แน่นเกินไป (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541)

2. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541; พรจันท์ สุวรรณมนตรี, 2550; Bruce, 2007)

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะควรเริ่มทำโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น โดยตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือพ้นจากระยะวิกฤต มีความแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงอาจพบความผิดปกติทางร่างกาย เช่น แขน-ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มีริมฝีปากเขียวหรือมูมปากตก ระดับความรู้สึกตัวน้อย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จนถึงระดับที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะแรกจึงควรเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (มยุรี แก้วจันทร์, 2531) เช่น ปอดอักเสบติดเชื้อ

286029

617.51
ก1560
ดง

เกิดผลกดทับการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ในผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการใช้กล้ามเนื้อในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การฝึกการพูดหรือการควบคุมกล้ามเนื้อและเส้นประสาทบริเวณต่าง ๆ การทำกายภาพบำบัด รวมไปถึงการให้สารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วย และสำคัญคือควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นส่งผลดีต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว (จันทร์หา พรหมน้อย, 2547; คุษฎี ใจโปร่ง, 2548; พัทธินทร อ้วนไทร, 2545; เขียวรัตน์ ยามอม, 2544; โสพรรณ โพทะยะ, 2544; Li, 2002; Mackay, Bernstein, & Chapman, 1992; Ya-Orm, 2001) ซึ่งพยาบาลควรให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวและควรส่งเสริมโดยการให้สมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วยเช่น การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า การพลิกตะแคงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การป้อนอาหารหรือการให้อาหารทางสายยางให้อาหาร การกระตุ้นการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม การพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะเป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้มีการฟื้นฟูสภาพที่เร็วขึ้นแล้วยังเป็นการเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านด้วย

ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะ

เมื่อบุคคลเกิดการบาดเจ็บศีรษะย่อมเกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาทั้งต่อตัวผู้บาดเจ็บศีรษะเองและครอบครัวดังนี้

ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะต่อผู้ป่วย

ความสำคัญของการบาดเจ็บศีรษะ คือ มีการบาดเจ็บต่อสมองโดยตรงทันที หรือ เกิดอันตรายตามมาในระยะหลังจากการบาดเจ็บ ซึ่งอันตรายที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกายและอวัยวะในบางระบบที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมีชีวิต เช่น การหายใจ การไหลเวียนโลหิต การควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่คอยประสานงานระหว่างระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุล (Homeostasis) การรับรู้ความรู้สึก สติปัญญา ความนึกคิด การจดจำ จิตนาการและการเรียนรู้ต่าง ๆ (กาญจนา หาญศิริวัฒนกิจ, 2536) ซึ่งเป็นผลจากการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ ทำให้เซลล์สมองถูกกดและมีการเสื่อมหน้าที่ ทำให้อวัยวะเกิดการสูญเสียหน้าที่อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและเกิดความพิการของร่างกายต่าง ๆ ได้แก่ (Bruce, 2007)

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ การได้รับอันตรายของสมองใหญ่ทั่ว ๆ ไปที่ซีรีบรอนคอร์เทกซ์ (Cerebral Cortex) หรือมีการทำลายลูกกลามไปถึงส่วนของก้านสมอง เรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน ส่งผลให้บุคคลมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีอาการหมดสติ เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ มีภาวะสมองบวม เลือดออกในสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการที่แสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพทางสมองของการไม่รู้สึกตัว ได้แก่

1.1 ความผิดปกติของการหายใจ การมีพยาธิสภาพที่เกิดบริเวณสมองทำให้การควบคุมการทำงานเกี่ยวกับการหายใจผิดปกติไป โดยมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราหายใจ จังหวะการหายใจ และลักษณะรูปแบบของการหายใจ หรืออาจหยุดหายใจทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการช่วยชีวิตด้วยการใส่ท่อทางเดินหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ

1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อ เช่น การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อัมพาต ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย และอัมพาตครึ่งซีก

1.3 ความผิดปกติในการควบคุมอุณหภูมิกาย อาจมีอุณหภูมิสูงหรือต่ำกว่าปกติ

1.4 ความผิดปกติในการควบคุมความดันภายในกะโหลกศีรษะทำให้ภาวะการเจ็บป่วยมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

1.5 เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงของผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตัวเอง ต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1.5.1. การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การควบคุมการทำงานเกี่ยวกับการหายใจ ของสมองและการทำงานของรีเฟล็กซ์ต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสำลักน้ำลาย หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ได้ง่าย มีการค้างค้ำของเสมหะเนื่องจากไม่สามารถไอหรือขับออกได้เอง การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจเหล่านี้ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น

1.5.2. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงและการที่ต้องนอนบนเตียงนาน ๆ ส่งผลต่อระบบการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะล้นมาก ปัสสาวะค้างเกิดนิ่วในไตได้ หรือในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้จำเป็นต้องได้รับการสวนคาท่อปัสสาวะ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

1.5.3. แผลกดทับ การที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่เป็นระยะเวลานาน ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อถูกกดทับตลอดเวลาระหว่างเตียงและกระดูก ทำให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง เนื้อเยื่อและผิวหนังสูญเสียหน้าที่ เกิดเนื้อเยื่อตายและแผลกดทับ

1.5.4. ข้อคิดเห็น เมื่อร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว หรือการอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ โดยไม่มีการใช้งานของกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดการหดรั้งของเอ็นและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เกิดข้อติดแข็งตามมา

2. ผลกระทบทางด้านการรู้คิด (Cognitive Function) พฤติกรรมการรู้คิดหมายถึงความสามารถของบุคคลในการให้ความหมายและทำความเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อม กัดเลือกข้อมูลข่าวสารเพื่อจัดเก็บกำหนดรูปแบบและตอบสนองเบื้องต้นต่อสิ่งนั้น ๆ อย่างมีจุดมุ่งหมายเฉพาะในแต่ละบุคคล (Bruce, 2007) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะมีความบกพร่องในเรื่องความทรงจำ เนื่องจากมีการรบกวนกระบวนการแปลความหมายความทรงจำในระยะสั้นไปสู่ความทรงจำในช่วงก่อนเกิดการบาดเจ็บ ทำให้มีอาการความจำเสื่อม โดยเฉพาะความทรงจำในระยะสั้น (Levin et al., 1977 อ้างถึงใน รัมภ์รดา อินทร, 2538) ความสนใจหรือสมาธิลดลง มีความผิดปกติในการตอบสนองหรือรับรู้ช้า ความคิดสติปัญญา ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจและการแก้ปัญหาลดลง ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมถดถอย เฉื่อยชา มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ได้ง่าย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ เกิดการพึ่งพาผู้อื่นในระดับสูง

3. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่าย สับสน หงุดหงิด วิตกกังวล ก้าวร้าวหรือเกิดภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีความผิดปกติต่าง ๆ ได้แก่ ซึมเศร้า จีวรคาญ อารมณ์หงุดหงิดหรือเปลี่ยนแปลงได้ง่าย มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมตามมา

จากผลกระทบต่อผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวมาทำให้สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด ต้องเข้าร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดหรือป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งหากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบต่าง ๆ ได้ จะทำให้ผู้ป่วยประสบกับปัญหาต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาเพิ่มมากขึ้น มีการฟื้นฟูที่ไม่ดีหรือฟื้นได้ช้า และจะส่งผลกระทบถึงสมาชิกครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะต่อสมาชิกครอบครัว

จากผลของการบาดเจ็บศีรษะต่อตัวผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและไม่ได้เตรียมตัวรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินนี้ได้รับผลกระทบร่วมไปด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของสมาชิกครอบครัว ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แก่ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2540; ชญานิช ลีอวานิช, 2541; ดารารัตน์ ปานดี, 2549)

1. ผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งเป็นภรรยา คือ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาจต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวแทนสามี ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกภายในครอบครัว ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเครียด และรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2540; ชญานิช ลือวานิช, 2541)

2. ผลกระทบด้านร่างกาย การบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตที่ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดและความวิตกกังวลสูง (ดาร์รัตน์ ปานดี, 2549; พิกุล เจริญสุข, 2549) ส่งผลต่อความดันโลหิต ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย นอนหลับได้น้อย และพบว่า ครอบครัวที่ประสบกับภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะละเลยการดูแลตนเอง (Leske, 1992) เนื่องจากกลัวว่าอาการของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงขณะที่ตนเองไม่ได้อยู่ดูแลใกล้ชิด มีการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการละเลยตนเองนี้จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงสมาชิกอื่นในครอบครัวลดลง สมาชิกครอบครัวบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว (กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม, 2546)

3. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การบาดเจ็บเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกะทันหันโดยไม่ได้คาดคิดเป็นสถานการณ์ที่ครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทุกราย (Solursh, 1990) ซึ่งเป็นผลกระทบต้อจิตใจเกิดความวิตกกังวล พบว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) และพบความเครียดซึ่งอยู่ในระดับสูงร้อยละ 63.8 (ดาร์รัตน์ ปานดี, 2549) นอกจากนี้ด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล บางรายมีการตอบสนองออกมาในลักษณะซึมเศร้า หวาดกลัว วิตกกังวล ลึนหัวง ะอะโวยวาย หรือซักถามอาการผู้ป่วยจนบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่ (ชญานิช ลือวานิช, 2541) ซึ่งสาเหตุสำคัญของความเครียดและความวิตกกังวลคือ การเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน รวมไปถึงสมาชิกครอบครัวกลัวผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการ กังวลว่าผู้ป่วยจะมีความไม่สุขสบาย การดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอนและการขาดความเข้าใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทั้งสิ้น

4. ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะทำได้น้อยลง บางรายไม่สามารถทำด้วยตนเองได้และจำเป็นต้องพึ่งผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวรายใดรายหนึ่งต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือใน

การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว อาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษา เช่น การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นภาระหน้าที่หนักหน่วง ต้องใช้เวลา รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำต่อเนื่องเป็นเวลานาน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้วงเพง, 2540; Yuriko, Agnes, Masaki, & Kentaso, 2001) ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

5. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการวินิจฉัย เช่น การตรวจภาพด้วยรังสีคอมพิวเตอร์สมอง การรักษา การผ่าตัด ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) ในการประเมินความสูญเสียจากอุบัติเหตุพบว่าร้อยละ 6 เกิดจากการสูญเสียทรัพย์สินร้อยละ 25.3 จากการสูญเสียคนและร้อยละ 68.7 จากค่าใช้จ่ายในการรักษา การเจ็บป่วย และช่วยผู้พิการ (อนันต์ ตันมยุขกุล, 2542) กรณีที่ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดความพิการซึ่งยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ต้องใช้การดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวขาดงาน ลาออกจากงาน รายได้ครอบครัวลดลง ส่งผลทำให้เศรษฐกิจของครอบครัวลดต่ำลง (Karma, 1993 อ้างถึงใน อุบลวรรณ กิตติรัตนตระกูล, 2541) ดังจะเห็นได้ว่าการเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกคนหนึ่งรายใดในครอบครัว ก็ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมขึ้นในครอบครัวด้วย

จากผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสำคัญซึ่งส่งผลในระยะยาว การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูอย่างรวดเร็วตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าว ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวก็เป็นแนวทางหนึ่งที่ได้มีผู้ให้ความสำคัญและได้มีการศึกษาถึงผลของการมีส่วนร่วมในการดูแลแล้วว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูและปรับตัวที่เร็วขึ้น (จันทร์พรหมน้อย, 2547) ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัว

ครอบครัว เป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้เจ็บป่วยมีมาช้านาน ถือเป็นค่านิยมและความรับผิดชอบของคนในครอบครัวที่ต้องให้การดูแลกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จุภา ภูไพบูลย์, 2541) ปัจจุบันความสำคัญของบทบาทนี้ของครอบครัวได้น้อยลง แม้สถานะที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สมาชิกครอบครัวต้องมีการหน้าที่ที่แตกต่างและหลากหลายมากขึ้น เช่น สมาชิกครอบครัวต้อง

ทำงานนอกบ้าน หรือศึกษาเล่าเรียน แต่ความเชื่อและค่านิยมในความรับผิดชอบต่อการดูแลกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัวยังคงมีอยู่ (คุณฉวี ใจโปร่ง, 2548)

ความหมายของครอบครัว

มีผู้ให้ความหมายของสมาชิกครอบครัว ไว้ดังนี้

ความหมายของ “ครอบครัว” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2523) หมายถึง ผู้อยู่ร่วมครัวเรือน คือสามี ภรรยาและบุตร เป็นต้น

Whall (1986) อธิบายว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลสองคนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์พิเศษ อาจเกี่ยวข้องกันโดยสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์และมี บทบาทหน้าที่ต่อกันในลักษณะครอบครัว

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) อธิบายว่า ครอบครัวหมายถึงกลุ่มชนที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ทำหน้าที่เหมือนสมาชิกในครอบครัว โดยไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย

จินตนา วัชรสินธุ์ (2549) อธิบายว่า ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีค่านิยมสัญญาร่วมกัน กำหนดสมาชิก ครอบครัวด้วยตนเอง และทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัวโดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การแต่งงานหรืออยู่บ้านเดียวกัน ซึ่งรวมถึงผู้หญิงที่ยัง ไม่ได้แต่งงานแต่อยู่ร่วมกันกับเพื่อน และยอมรับว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน คู่หนุ่มสาวที่อยู่ด้วยกัน โดยไม่ได้แต่งงาน คู่หญิงหรือชายที่ขอบเพศเดียวกัน ครอบครัวที่ไม่มีบุตร ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว

จากความหมายของครอบครัวดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความหมายของสมาชิก ครอบครัว ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของสมาชิกครอบครัวดังนี้

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด อาจเกี่ยวข้องกันโดยสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์และมี บทบาทหน้าที่ต่อกันภายในครอบครัว

บทบาทของครอบครัว

บทบาทเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามสถานภาพหรือตำแหน่งในสังคม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549) บทบาทครอบครัวเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกตามสถานภาพของแต่ละคนในครอบครัว และประพฤติปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันได้อย่างสมดุล ซึ่งการปฏิบัติตามบทบาทของตนนั้นแต่ละคนจะเข้าใจในบทบาทของตนเองเป็นอย่างดี และต้องรู้ว่าต้องปฏิบัติสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ที่แสดงบทบาทร่วมกัน บทบาท

ครอบครัวอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ บทบาทที่เป็นทางการของครอบครัว และบทบาทที่ไม่ชัดเจนไม่เป็นทางการ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

1. บทบาทที่เป็นทางการของครอบครัว

1.1 บทบาทของคู่สมรส เป็นบทบาทของการเป็นสามี-ภรรยาและบิดา-มารดา ประกอบด้วย 8 บทบาทพื้นฐาน คือ บทบาทในการหารายได้ การเลี้ยงดูบุตร การหารายได้ การดูแลบ้าน การสันถนาการ สัมพันธภาพกับเครือญาติ การอบรมระเบียบวินัยแก่บุตร การนำบิดเพื่อการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของคู่สมรส และบทบาททางเพศ (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

1.2 บทบาทของผู้หญิงและผู้ชาย เป็นความสอดคล้องระหว่างความเชื่อ ความคาดหวัง และการปฏิบัติบทบาทตามเพศ เช่น เพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เพศหญิง เป็นผู้ดูแลความเรียบร้อยในบ้าน ซึ่งบทบาทนี้เป็นบทบาทตามประเพณี แต่ปัจจุบันสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทตามเพศเปลี่ยนแปลงไป รวมไปถึงเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว บทบาทตามเพศก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสามี ภรรยาก็ต้องเปลี่ยนมารับบทบาทหัวหน้าครอบครัว หารายได้แทนสามีที่ป่วยอยู่เป็นต้น

1.3 บทบาทของปู่ย่าตายาย ในสังคมไทย ปู่ย่าตายายมีอิทธิพลต่อชีวิตครอบครัว เนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทยที่ให้ความเคารพนับถือ และกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ ไม่ว่าจะเป็น บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน การช่วยเหลือสนับสนุน เป็นที่พึ่งทางใจของสมาชิกครอบครัว

1.4 บทบาทพี่น้อง เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพี่และน้อง ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ต่าง ๆ และเป็นการส่งเสริมหรือสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัวให้แน่นแฟ้น

1.5 บทบาทครอบครัวที่มีสมาชิกมีสุขภาพแข็งแรง การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว เป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยในครอบครัวก็ต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นในครอบครัว สมาชิกครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถคงไว้ซึ่งความสมดุลในการแสดงบทบาท (Robinson, 1998)

2. บทบาทที่ไม่เป็นทางการของครอบครัว เป็นบทบาทที่ปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และคงไว้ซึ่งความสมดุลในครอบครัว อาจเป็นการช่วยสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงในครอบครัว บทบาทนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของครอบครัว บทบาทที่ไม่เป็นทางการของ

ครอบครัว เช่น บทบาทผู้ประสานประโยชน์ ผู้ริเริ่มสร้างสรรค์ ผู้ประนีประนอม ผู้จัดวาง ผู้นำผู้ตาม เป็นต้น

หน้าที่ของครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัวเป็นกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวควรปฏิบัติเพื่อความสมดุลของครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวต่างก็มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวตามความคาดหวังของสมาชิกครอบครัวและความคาดหวังของสังคม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหน้าที่พื้นฐานของครอบครัวที่สำคัญได้แก่ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; รูจา ภูโพนุลย์, 2541; Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

1. หน้าที่ด้านให้ความรักความเอาใจใส่ เป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัวที่จะต้องตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งแสดงออกด้วยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ และความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัว มีผลทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกถึงความรัก-ความอบอุ่น ได้รับการยอมรับ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มั่นคงปลอดภัย
2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู เป็นหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสั่งสอนสมาชิกครอบครัวให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม ตลอดจนการให้ความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตในสังคม เรียนรู้บทบาทต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคม ให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต การอบรมเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัวเป็นหน้าที่ ๆ จำเป็นเพื่อความอยู่รอดของสังคม ครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการพัฒนาตั้งแต่วัยทารกจนเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคม
3. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ เป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพสมาชิกทั้งภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น หน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น รวมถึงหน้าที่ด้านกายภาพ เช่น การจัดหาอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย บริการสุขภาพ และการป้องกันอันตราย
4. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ เป็นหน้าที่พื้นฐานของครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกที่ผูกพันทางกฎหมายและสายโลหิต ดังนั้นครอบครัวต้องสร้างสมาชิกใหม่เพื่อสืบเชื้อสายให้มีผู้สืบสกุล แต่ปัจจุบันการให้ความหมายของครอบครัวเปลี่ยนไป ซึ่งรวมถึงครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีความผูกพันทางอารมณ์และสมาชิกอยู่ด้วยกันอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งอาจมีความผูกพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ ซึ่งอาจไม่ต้องการผลิตสมาชิกใหม่

5. หน้าที่ในการจัดการทางเศรษฐกิจ หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยการจัดหารายได้เพื่อซื้อเสื้อผ้า อาหาร บริการทางสุขภาพ หรือวัตถุที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ตลอดจนหาแหล่งประโยชน์ของครอบครัว จัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเพียงพอ

จะเห็นว่าสมาชิกครอบครัวจะมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันตามสถานภาพของคนในครอบครัว หากเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งต่อสมาชิกครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเช่นกัน ซึ่งหากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดและรับรู้ว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของ “ภาวะวิกฤต” ไว้แตกต่างกัน ได้แก่

Caplan (1964) ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่า เป็นภาวะความสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตรายก่อให้เกิดปัญหารุนแรง ที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหานั้นจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆที่มีอยู่ได้

Hirshowitz (1973) ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่าเป็นภาวะที่มีความคิดสับสน มีอาการแสดงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่มีผลมาจากความเครียดทางอารมณ์

Aquilara และ Messick (1989) กล่าวว่าภาวะวิกฤตอาจหมายถึง “ภาวะอันตราย” และอาจหมายถึง “โอกาส” เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญในชีวิต

จากการที่มีผู้ให้ความหมายของ “ภาวะวิกฤต” ไว้อย่างหลากหลายนั้นจะเห็นได้ว่า ความหมายของภาวะวิกฤตเน้นผลกระทบของสถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นจนทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง จนสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ และไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้เหมือนในเวลาปกติ

จากการให้ความหมายคำว่า “สมาชิกครอบครัว” และ “ภาวะวิกฤตนั้น” ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของ “ภาวะวิกฤตของครอบครัว” ว่า หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดอย่างรุนแรง จนส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นในครอบครัวจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น

สาเหตุของการเกิดภาวะวิกฤต (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ภาวะวิกฤตโดยทั่วไปมีสาเหตุใหญ่ 2 ประการ ได้แก่ สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการและสาเหตุจากเหตุการณ์เฉพาะอย่าง

1. ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นตามช่วงระยะต่างๆของชีวิตมนุษย์ เนื่องจากบุคคลและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะตามระยะการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการที่บุคคลหรือครอบครัวไม่สามารถปรับตัวเพื่อการก้าวไปสู่ระดับวุฒิภาวะที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตได้

2. ภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า ซึ่งสามารถแบ่งสาเหตุของวิกฤตการณ์จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ 3 ประเภท คือ

2.1 เกิดจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

2.2 เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยธรรมชาติต่าง ๆ

2.3 เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม เช่น การสูญเสียคู่สมรส การหย่าร้าง

ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดจะก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวอื่นเนื่องมาจากการไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจเพื่อรับกับสถานการณ์นั้นมาก่อน ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการตอบสนองของสมาชิกครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถจัดการกับสาเหตุหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อสมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ถึงการขาดแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือได้ (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

ในการประเมินภาวะเครียดและภาวะวิกฤตของครอบครัวนั้น ได้มีผู้พยายามศึกษาแบบจำลองมากมาย เพื่อให้สามารถระบุปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุหรือเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤต ซึ่งแบบจำลองทฤษฎี ABCX ที่พัฒนาขึ้นโดย Hill (1949 cited in Friedman, Bowen, & Jones, 2003, pp. 468-474; Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005, pp. 80-85) สามารถอธิบายการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บศีรษะของสมาชิกครอบครัวดังนี้

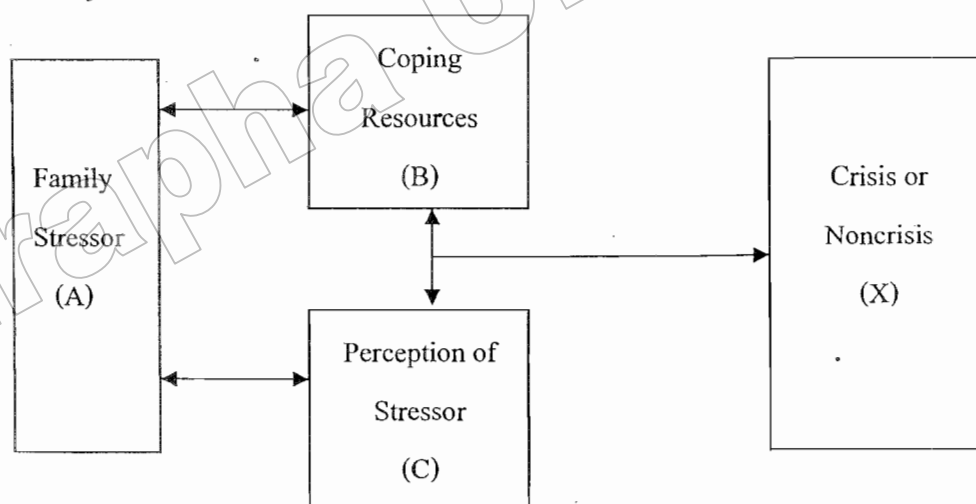
Hill (1949 cited in Friedman, et al., 2003, pp. 468-474; Hanson et al., 2005, pp. 80-85) ได้อธิบายปัจจัย 4 ประการ ที่มีผลต่อภาวะวิกฤต ได้แก่ ปัจจัย A B C และ X โดยแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกัน คือ

ปัจจัย A เป็นการรับรู้สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต ซึ่งได้แก่เหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้มีความรู้สึกเครียด และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกยากลำบากขึ้นกับสมาชิกครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ตาม เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หรือการเสียชีวิตของสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่ง การหย่าร้าง

ปัจจัย B เป็นการรับรู้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว ซึ่งได้แก่ แหล่งช่วยเหลือต่างๆ ของครอบครัวที่ถูกนำมาใช้เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ A เช่น ความช่วยเหลือจากญาติ พี่น้อง หรือสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ รวมไปถึงความช่วยเหลือและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ และรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่าย เพื่อช่วยลดความรุนแรงหรือเพิ่มความสามารถและความเข้มแข็งของครอบครัวในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ปัจจัย C เป็นการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ A ที่เกิดขึ้นว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายต่อครอบครัวหรือไม่ อย่างไร ซึ่งพบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคล้ายกันจะส่งผลต่อแต่ละครอบครัวได้แตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นต่างกัน รวมถึงอาจมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัย B เนื่องจากการมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถสนับสนุนช่วยเหลือที่ดี ย่อมทำให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าสามารถจัดการได้

ปัจจัย X เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง A B และ C ซึ่งเป็นตัวสะท้อนถึงความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤต หรือการปรับตัวต่อเหตุการณ์ (A) ที่เกิดขึ้นของสมาชิกครอบครัว หากสมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดี หรือมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการปรับตัวที่ดี ก็จะส่งผลให้การจัดการเหตุการณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงไม่เกิดผลกระทบหรือภาวะวิกฤตต่อครอบครัวหรือสมาชิกคนอื่น ๆ แต่หากสมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ไม่ดี หรือไม่มีแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือได้ ก็จะส่งผลให้การจัดการเหตุการณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นในครอบครัว แบบจำลองของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย A B C และ X ของฮิลล์ (Hill, 1949 cited in Friedman et al., 2003, pp. 468-474; Hanson et al., 2005, pp. 80-85) สามารถแสดงได้ดังภาพ



ภาพที่ 2 แบบจำลองการเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว (The ABCX Model) ของฮิลล์ (Hill, 1949 cited in Friedman, Bowen, & Jones, 2003, p. 466)

นอกจากนั้นแล้วยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิกฤตในครอบครัวประกอบด้วยปัจจัยที่เป็นบริบทภายในของครอบครัว และบริบทภายนอกของครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

บริบทภายในครอบครัว ได้แก่

1. โครงสร้างของครอบครัว (Family Structure) ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยต่าง ๆ ได้แก่

1.1 โครงสร้างบทบาท (Role Structure) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลบ่งชี้ถึงสถานภาพที่ตนเองดำรงอยู่ในครอบครัว

1.2 ระบบค่านิยม (Value System) เป็นระบบความคิด ความเชื่อ และทัศนคติที่เกิดจากการเรียนรู้ในครอบครัว โดยทั่วไปบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากการปลูกฝังค่านิยมจากครอบครัวค่อนข้างมาก

1.3 กระบวนการสื่อสาร (Communication Process) คือกระบวนการร่วมรับรู้ข่าวสาร ความคิดเห็น ค่านิยม ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึกของคนและผู้อื่น และเป็นวิถีทางที่จะทำให้รู้จักตนเองและผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น

1.4 โครงสร้างอำนาจ (Power System) เป็นการที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือมากกว่าในครอบครัวสามารถที่จะควบคุม หรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ

2. บริบทด้านร่างกายของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ความพิการต่าง ๆ

3. บริบทด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัว

บริบทภายนอกครอบครัว ได้แก่ วัฒนธรรม ประเพณี พัฒนาการ พันธุกรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ

ซึ่งบริบทต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลต่อการเผชิญกับภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ และปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไป

จากทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัวนั้น การบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด (ปัจจัย A) สมาชิกครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจรับกับสถานการณ์ดังกล่าวไว้ก่อนล่วงหน้า เมื่อสมาชิกครอบครัวได้เห็นสภาพผู้ป่วย ซึ่งบางรายมีอาการหนัก ไม่รู้สึกตัวหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยมากมาย ทำให้เกิดการรับรู้และประเมินว่าเหตุการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย (ปัจจัย C) ทำให้สมาชิกครอบครัวมีการประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด (ดาร์เรตัน ปานดี, 2549) เกิดความวิตกกังวล ความสับสน ก่อให้เกิดความกลัว ความเครียด เพราะสิ่งต่างๆเหล่านี้ ล้วนแต่เป็นสิ่งแปลกใหม่ของสมาชิกครอบครัวทั้งสิ้น (จิราวรรณ บุญบรรจง และวิจิตรา กุสุมภ์, 2544) และจากสภาพหรืออาการของ

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าอาการดังกล่าวจะดีขึ้นหรือแย่ลง จะฟื้นฟูกลับมาเป็นปกติดังเดิมได้หรือไม่จะทำให้สมาชิกครอบครัวประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามจึงเกิดความเครียดสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คารารันด์ ปานดี (2549) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และความเครียดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวและพฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิกครอบครัวที่ต่างกัน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยปราศจากการเตรียมตัวนั้นมักมีอาการรุนแรงและส่งผลต่อการรับรู้ภาวะเครียดของญาติอย่างเป็นเหตุเป็นผล (Neundorfer, 1991)

ซึ่งในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือมีรายได้ของครอบครัวที่เพียงพอในการรักษาพยาบาล รวมไปถึงสามารถจัดหาปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตสำหรับสมาชิกครอบครัวรายอื่นได้ ก็จัดเป็นแหล่งประโยชน์ (ปัจจัย B) ที่ช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวในการผ่อนคลายภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ช่วยลดความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บศีรษะ เนื่องจากรายได้เป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (อุษาเยี่ยมสังข์, 2546) ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี เนื่องจากครอบครัวสามารถหาสิ่งของอุปกรณ์ อาหาร ยาและค่าบริการทางสุขภาพมาสนับสนุนการรักษาได้ ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวมีการรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ปัจจัย C) ว่าไม่เกินความสามารถของแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการได้ ครอบครัวสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้การบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนั้นไม่รุนแรงจนทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว สมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าจะสามารถรับมือกับการบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นได้ สามารถแสดงบทบาท และรับหน้าที่ในการให้การดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; Friedman, Bowen, & Jones, 2003) ไม่รู้สึกเป็นภาระ หรือมีอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึก และความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดแนวโน้มที่ดีในการเข้าร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวปรับตัวเข้าร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (ปัจจัย X) เนื่องจาก ความคิดเห็นเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามนั้นเพื่อให้เกิดผลดี (จันทร์พรหมน้อย, 2547)

การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

จากบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังที่ได้กล่าวไว้ตอนต้น ส่งผลให้มีผู้สนใจศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการให้การช่วยเหลือ และดูแล ครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัวไว้มากมาย สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของครอบครัวในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแล (Participation) นั้นเป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสำคัญและคุณค่าของครอบครัวดังกล่าว และได้มีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายไว้ต่างกักันดังนี้

Gove (1986) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแล 3 ลักษณะคือ 1) เป็นการกระทำ โดยทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น 2) เป็นหุ้นส่วน โดยการกระทำบนเงื่อนไขของการมีข้อตกลงร่วมกัน และ 3) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

Brownlea (1987) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลว่า เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง (Involved) ด้วยตนเอง หรือได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการประเมินการบริการสุขภาพ โดยเน้นมิติการมีส่วนร่วมในการกระทำ ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลรักษา และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา และการกระทำนี้ต้องได้รับการอนุญาตให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาด้วย

Cahill (1996) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลว่า เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือเหตุการณ์และในการกระทำกิจกรรมโดยที่บุคคลนั้นสมัครใจทำกิจกรรมนั้นเอง (Active) หรือเป็นเพียงการมีส่วนร่วมในลักษณะแบ่งปัน (Share) หน้าที่ในการทำกิจกรรมบางอย่างกับบุคคลอื่น

จากความหมายที่หลากหลายของคำว่า “การมีส่วนร่วมในการดูแล” และ “สมาชิกครอบครัว” ดังที่ได้กล่าวมาในตอนต้น จึงมีผู้ทำการศึกษาและให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวไว้อย่างหลากหลายได้แก่

Laitinen (1993) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวว่า เป็นการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เน้นกิจวัตรประจำวัน ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

Andershed and Ternstedt (1999) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวว่า เป็นการที่สมาชิกครอบครัวซึ่งครอบคลุมถึงเพื่อน ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งทำหน้าที่ตัวกลางประสานการดูแลให้ผู้ป่วย

Specht และคณะ (2000) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวว่า เป็นการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล

Lee and Craft-Rosenberg (2002) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวว่า เป็นการดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

จากการให้ความหมายที่หลากหลายของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือไม่ก็ตาม ได้เข้ามาเกี่ยวข้องหรือเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมหรือแผนการดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล รวมไปถึงการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยและการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วย ที่ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม โดยเน้นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับทีมสุขภาพ

องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family Center Care) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ขยายการดูแลจากการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Center Care) ไปสู่บุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549; Tutton & Ager, 2003) ให้มีสัมพันธภาพ ความร่วมมือระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ดำเนินไปเพื่อตอบสนองสิทธิ และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549) เป็นปรัชญาพื้นฐาน ในการสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว เพิ่มสมรรถนะและช่วยสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับครอบครัว เมื่อครอบครัวได้รับรู้ถึงพลังอำนาจจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Henneman & Cardin, 2002; Lewandowski & Tesler, 2003 อ้างถึงใน พิกุล เจริญสุข, 2549) และคงการมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นไว้ได้ในระยะยาวต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้จัดองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันไปตามลักษณะและวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วม สำหรับในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาองค์ประกอบ ของการมีส่วนร่วมในการดูแลตามแนวคิดของ Tutton and Ager (2003) ซึ่งจำแนกองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวไว้ 4 ด้าน คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล ด้านการปฏิบัติกรดูแล และด้านการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Tutton & Ager, 2003; พิกุล เจริญสุข, 2549)

1. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะส่วนใหญ่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ได้ หรือบางครั้งผู้ป่วยยังสับสนในการรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ และบางครั้งผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ครอบครัวแต่จะไม่ยอมบอกเล่าแก่แพทย์หรือพยาบาล (Titler, Bombei, & Schutte, 1995) จึงเป็นหน้าที่สำคัญของสมาชิกครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการสื่อสารกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่และตัวผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่

ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของข้อมูลที่ต้องมีการแลกเปลี่ยนใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548; ธิติมา วธานิเวช, 2540; รัตนา อยู่เปล่า, 2543)

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา สารเคมีต่าง ๆ ประวัติการรับประทานยา โรคประจำตัว สิทธิการรักษาต่าง ๆ

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ได้แก่ พยาธิสภาพ ตำแหน่ง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ระยะเวลาดำเนินโรค ความผิดปกติหรือความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

1.1.3 แนวทางการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การผ่าตัด การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การงดน้ำงดอาหาร การส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ หรือการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไปในตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษา

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

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว ได้แก่ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ความสะดวกหรือวิธีการในการติดตามสอบถามอาการผู้ป่วย

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ได้แก่ เวลาเข้าเยี่ยม สถานที่พักผ่อนหรือห้องพักของสมาชิกครอบครัว ร้านค้า การขออนุญาตเฝ้าไข้ผู้ป่วย

ซึ่งการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในด้านนี้จะส่งผลให้ เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นสื่อกลางในการบอกความต้องการของผู้ป่วย

และทำหน้าที่แทนผู้ป่วยได้ ให้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย เป็นส่วนที่ช่วยในการตัดสินใจวางแผนรวมไปถึงการประเมินการให้การดูแลของเจ้าหน้าที่ได้ในลำดับต่อไป (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) เจ้าหน้าที่จึงต้องให้ความสำคัญกับข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากสมาชิกครอบครัวเนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่มักเกิดจากการติดต่อสื่อสารที่ปราศจากสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือเป็นคนกลางในการสื่อความหมายกับเจ้าหน้าที่แทนผู้ป่วย เพราะสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะเข้าใจดีว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่างแท้จริง (Coyne, 1996; Josen, Athlin, & Suhr, 2000) และในขณะเดียวกันการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างสมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และสมาชิกครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวทราบถึงถึงแนวทางการรักษา วิธีการปฏิบัติการดูแล จะส่งผลให้เกิดความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลถึงความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวและสามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างถูกต้องของสมาชิกครอบครัวในลำดับต่อไปได้เป็นอย่างดี

2. ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงมีการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนทางในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความสมดุลกันระหว่างการปฏิบัติการกิจที่ต้องรับผิดชอบในบ้าน บทบาททางสังคมและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล (Vaughan-Cole et al., 1998) เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะ เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิดมาก่อน ดังนั้นสมาชิกครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการในการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องและสามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนร่วมกันเพื่อให้ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดน้อยที่สุด และเจ้าหน้าที่ต้องให้การสนับสนุนและช่วยเหลือประคับประคองและให้คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับปานกลางและระดับรุนแรงส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางร่างกาย ผู้ป่วยบางรายไม่รู้สีกตัว หรือมีระดับความรู้สีกตัวต่ำ มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและการตัดสินใจต่าง ๆ (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541; Bruce, 2007) ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด จะเป็นผู้ดำเนินการตัดสินใจต่าง ๆ แทนผู้ป่วย ซึ่งสิ่งที่สมาชิกครอบครัวต้องมีการวางแผนและตัดสินใจร่วมกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่

- 2.1 การตัดสินใจจะผ่าตัดหรือไม่
- 2.2 การทำหัตถการต่าง ๆ
- 2.3 การได้รับยา
- 2.4 การใส่หรือถอดเครื่องช่วยหายใจ
- 2.5 การกู้ชีวิตผู้ป่วย

2.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์

2.7 การวางแผนในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

ปัจจุบันระบบการบริการสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้มีความสำคัญในการตัดสินใจการรักษาแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ เจ้าหน้าที่จึงต้องให้การช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัวในการอธิบายถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับทางเลือกและประโยชน์หรือข้อจำกัดของทางเลือกที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดการร่วมมือกันในการตัดสินใจทั้งสองฝ่าย (Dunst & Trivette, 1996)

3. ด้านการปฏิบัติการดูแล การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยนั้น เป็นการส่งเสริมความหมายของการมีคุณค่าในตนเองของสมาชิกครอบครัว และการได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ จะทำให้สัมพันธภาพของครอบครัวดีขึ้น (Recker, 1992) เป็นกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวตัดสินใจปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ครอบครัวเลือกได้ว่าจะมีส่วนร่วมอย่างไรและในกิจกรรมใด โดยเจ้าหน้าที่ต้องให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยไปพร้อมๆ กัน ซึ่งในการปฏิบัติระยะแรกสมาชิกครอบครัวอาจไม่มีความมั่นใจในการดูแล เจ้าหน้าที่ต้องให้ความช่วยเหลือ โดยให้ครอบครัวค่อยๆ เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมทีละเล็กละน้อยเช่น เริ่มจากกิจกรรมง่าย ๆ จนถึงความสามารถที่สมาชิกครอบครัวสามารถจะกระทำได้ อาจเริ่มโดยการให้เฝ้าดูอาการผู้ป่วยอยู่ใกล้ๆ พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย รวมไปถึงการ ได้สัมผัสและต้องผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่ายาวอย่างโดดเดี่ยวแล้ว ยังทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าได้มีส่วนทำประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าและมีความเข้าใจมากขึ้นถึงสิ่งที่ได้ทำให้กับผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549) เมื่อสมาชิกครอบครัวเริ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลและเกิดความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแล้ว เจ้าหน้าที่จึงค่อยๆ เพิ่มระดับของการมีส่วนร่วม โดยต้องประเมินถึงความพร้อมและทักษะในการดูแลของสมาชิกครอบครัวเป็นสำคัญ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจากการเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นอันดับแรก (Laitinen, 1993) การเสริมแรงและการให้กำลังใจจากสมาชิกครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเป็นรักษาผู้ป่วยได้อย่างดีวิธีหนึ่ง (Lily, 2002) ที่สำคัญคือเจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาแก่สมาชิกครอบครัวในการค่อยๆ ซึมซับและปรับใจยอมรับในการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538) ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าที่สมาชิกครอบครัวกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น กิจกรรมการดูแลที่สมาชิกครอบครัวควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ควรครอบคลุมการปฏิบัติการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม

3.1 การปฏิบัติการดูแลด้านร่างกายได้แก่

3.1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การเช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกาย การเปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหารและน้ำ การช่วยประคองในการลุกเดิน เคลื่อนไหวร่างกาย การเปลี่ยนท่า

3.1.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและปอดอักเสบจากการนอนนาน ๆ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง วิธีการดูแลสายระบายปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียงหรือการพลัดตกหกล้มต่าง ๆ

3.1.3 การฟื้นฟูร่างกายที่ผิดปกติ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การฝึกพูด การบอกรวัน เวลา สถานที่ การกระตุ้นความจำของผู้ป่วย

3.2 การปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่

3.2.1 อยู่เป็นเพื่อน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ

3.2.2 พยายามให้กำลังใจผู้ป่วย

3.2.3 การได้สัมผัสและต้องผู้ป่วยอย่างแผ่วเบา นุ่มนวล

3.3 การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การสวดมนต์ อ่านคัมภีร์ หรือเปิดสื่ออื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือให้ผู้ป่วยฟัง

3.4 การปฏิบัติการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การนำสมาชิกครอบครัวคนอื่น หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยคนอื่นมาเยี่ยม เช่น ลูกหลาน เพื่อนสนิท เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม รวมไปถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกอาการหรือความต้องการแก่เจ้าหน้าที่หรือพูดคุยกับผู้ป่วยเตียงใกล้ๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่นในสังคม

4. ด้านการประเมินผลการดูแล การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่จะร่วมกันประเมินผลของการดูแลว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีผลดีต่อผู้ป่วยอย่างไร เพื่อการแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนการดูแลจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จะช่วยเสริมแรงให้สมาชิกครอบครัวมองเห็นว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติเกิดผลดีแก่ผู้ป่วย เกิดการยอมรับและมองเห็นคุณค่าในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และคงการปฏิบัตินั้นไว้อย่างต่อเนื่องต่อไป สมาชิกครอบครัวจึงควรมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร (Laitinen & Isola, 1996)

การมีส่วนร่วมในการประเมินผลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ หลังได้รับการรักษาหรือการดูแล เช่นระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไป การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ความผิดปกติของการคิด การพูด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย อาการข้างเคียงจากการให้ยาหรือการได้รับเลือด การดูแลและสังเกตความผิดปกติของสายระบายต่าง ๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วย เช่น สายระบายปัสสาวะ ท่อระบายทรวงอก ท่อหลอดลมหรือเครื่องช่วยหายใจ ลักษณะ ปริมาณและความผิดปกติต่าง ๆ ของสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วย เป็นต้น

5. ด้านประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วม การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติที่ต่อเนื่องนั้น สิ่งหนึ่งที่สำคัญก็คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัตินั้น ซึ่งการรับรู้ถึงประโยชน์ที่สมาชิกครอบครัวได้รับจากการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้น จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเห็นถึงความสำคัญของการเข้าร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และยังคงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมองเห็นถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ซึ่งแบ่งประโยชน์เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ต่อผู้ป่วย และประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว มีส่วนช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ระยะแรกจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Mackay, Bernstein, & Chapman, 1992) ซึ่งส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวต่าง ๆ มากมาย

∴

ข้อดีของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวต่อตัวผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (เยาวิรัตน์ ยามอม, 2544; Ya-Orm, 2001) ระดับการฟื้นฟูสภาพดีขึ้น (โสพรรณ โพทะยะ, 2544) พฤติกรรมการตอบสนองต่อการกระตุ้นระดับความรู้สึกตัวทางการได้ยินเพิ่มมากขึ้น (พัชรินทร์ อ้วนไทร, 2545) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทางด้านสติปัญญา การรับรู้และทักษะในการเคลื่อนไหวมีผลลัพท์อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง (Mackay et al., 1992) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งได้พยายามให้มีการตัดทอนค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง และในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว การส่งเสริมในสมาชิกครอบครัวได้เข้าร่วมดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกละทอดทิ้ง และรู้สึกได้ถึงความรักความห่วงใยจากสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดความร่วมมือในการ

รักษา (จันทรา พรหมน้อย, 2547) ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายในลำดับต่อมา และในผู้ป่วย ภาวะเจ็บศีรษะระดับปานกลางและระดับรุนแรงส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีภาวะไม่รู้สึกรู้ส ไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายของตนเองได้ (ทิพพาพร ดังอานวย, 2541) การที่ สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษาเช่นการ ผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เนื่องจากสมาชิก ครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด สามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้มากจึงเป็นการ พินิจพิเคราะห์ประโยชน์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับ

ข้อดีของการมีส่วนร่วมในการดูแลต่อสมาชิกครอบครัว

การมีส่วนร่วมแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดำรงบทบาทเดิมของครอบครัว และสามารถยอมรับบทบาทใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้ไม่เกิดความเครียดในบทบาท (Role Strain) ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากได้อยู่ใกล้ชิดและเห็น อาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ (รัมภ์รา อินทร, 2538) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวเพิ่มขึ้น (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548; เขาวรัตน์ ยออม, 2544) ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มขึ้น (Li, 2002) ทำให้ครอบครัวสามารถสนับสนุนผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ส่งผลต่อตัวผู้ป่วย ดังกล่าวข้างต้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวจากการฟื้นฟูที่เร็วขึ้นของผู้ป่วย และเมื่อครอบครัว มีการประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดูแลกับเจ้าหน้าที่และเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นก็จะส่งผลต่อความ มั่นใจในการดูแล และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เกิดเป็น พฤติกรรมการดูแลที่คงทนต่อไป เป็นการเพิ่มพลังอำนาจและส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต (พิกุล เจริญสุข, 2549)

การประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว

จากการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มีการประเมินใน 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การประเมิน โดยใช้แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีที่นำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

2. การประเมิน โดยการสังเกตของผู้วิจัย

ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีผู้สร้างแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลไว้ อย่างหลากหลาย แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (จันทรา พรหมน้อย, 2547; ทศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538; สุมมา แสนมาโนช, 2541; Li, 2002; Tutton & Ager, 2003) กลุ่ม

ผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548) กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550; รัมภ์ดา อินทร, 2538; เขารัตน์ ยาอม, 2544; โสพรรณ โพทะยะ, 2544; Ya-Orm, 2001) กลุ่มผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (พิกุล เจริญสุข, 2549) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548) กลุ่มผู้ป่วยเด็ก (Coyne, 1996) แต่ยังไม่เป็นรูปแบบที่เป็นสากล และสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เนื่องจากลักษณะของการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค รวมไปถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยมีลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มโรค ซึ่งความแตกต่างกันดังกล่าวส่งผลต่อรูปแบบการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละงานวิจัย

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินจากการประยุกต์แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดย พรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ร่วมกับการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดของ Tutton and Ager (2003) เนื่องจากยังไม่มีผู้พัฒนาแบบประเมินภายใต้แนวคิดดังกล่าว รวมไปถึงแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินจากการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับตัวผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาถึงความคิดเห็นของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่ได้มีการศึกษาถึงการได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วย ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยขึ้นใหม่จากการประยุกต์จากแบบสอบถาม และการทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวไว้ตอนต้น

โดยลักษณะของแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่พัฒนาขึ้นเป็นชนิดมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งสิ้น ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (9 ข้อ) 2) ด้านการวางแผนและตัดสินใจดูแล (4 ข้อ) 3) ด้านการปฏิบัติดูแล (12 ข้อ) 4) ด้านประเมินผลการดูแล (2 ข้อ) และ 5) ความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการมีส่วนร่วม (2 ข้อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

จากแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤตของครอบครัวของ Hill (1949 cite in Friedman et al., 2003, pp. 468-474; Hanson et al., 2005, pp. 80-85) ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตและเกิดผลลัพธ์เป็นการปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวนั้น เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึง

ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามนั้นเพื่อให้เกิดผลดี (จันทรา พรหมน้อย, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีปัจจัยที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว การศึกษาส่วนใหญ่จะทำในกลุ่มผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะฟื้นฟูสภาพ ยังไม่พบการศึกษาในสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะแรกของการบำบัดซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่ส่งผลทั้งต่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว รายละเอียดของปัจจัยดังกล่าวนำเสนอ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว สมาชิกครอบครัวต้องมีการปฏิบัติตามบทบาทที่เพิ่มขึ้นคือ บทบาทในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย และมีการทำหน้าที่ตามบทบาทนั้นคือ ให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงความรุนแรงในสภาพความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ เป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงมากหรือน้อย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละระดับนั้น จะมีผลต่อความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันออกไป

สมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด สามารถรับรู้ถึงการคุกคามจากภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับรุนแรง ส่วนใหญ่จะมีภาวะไม่รู้สึกรู้สีกตัว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ บางรายเกิดความพิการ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการบำบัดเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับปานกลางหรือระดับเล็กน้อยที่รู้สึกดี หรือมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันนี้ ส่งผลถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ถ้าครอบครัวมีการรับรู้ถึงผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะคุกคามต่อชีวิตอาจรู้สึกหมดพลัง อ่อนแอ หมดความหมาย หมดหวัง และจะมีการพึ่งพิงเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับสูงและไม่กล้าตัดสินใจ ต้องผู้ป่วย ไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Lee & Craft-Rosenberg, 2002) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงสามารถทำนายการเผชิญปัญหาของสมาชิกครอบครัวที่ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี หรือล้มเหลวได้ (Reeder, 1990; Snowdon, Cameron, & Dunham, 1994) ซึ่ง

พบว่า สมาชิกครอบครัวที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงนั้น จะส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ล้มเหลวตามมา ดังการศึกษาของ Palmer (1993) ที่ศึกษาการดูแลบุตรที่ป่วยในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับความเครียดสูงนั้นไม่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่

เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและรุนแรงส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้สึกตัวน้อย (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541) ไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้น หรือตอบสนองได้น้อย ต้องได้รับการรักษาโดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ทั้งจากลักษณะของการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ทำนายได้ยาก สมาชิกครอบครัวจะรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ประกอบกับการได้เห็นสภาพผู้ป่วยที่อาจต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ การกักชีวิต หรือแม้แต่เข้ารับการผ่าตัดสมอง ทำให้เกิดการรับรู้สภาพผู้ป่วย และประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่หายเป็นปกติตามที่ตนเองหวังไว้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวไม่กล้าเข้ามาดูแล หรือในบางรายหลีกเลี่ยงการพบเจอสภาพผู้ป่วย เนื่องจากเกิดความกลัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Jonsen, Athlin, and Suhr (2000) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของญาติที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยพบว่าญาติผู้ดูแลและหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากความรุนแรงของโรค ซึ่งญาติมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sharp (1990) ที่พบว่า สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย แม้ว่าพยาบาลจะเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม อาจเนื่องมาจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถฟื้นสู่สภาพเดิมได้ รวมไปถึงการดำเนินโรคที่แย่ง มีการฟื้นฟูหายช้า ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้า หหมดกำลังใจที่จะให้การดูแล แต่ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของจันทรา พรหมน้อย (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพบว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ สมาชิกครอบครัวทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุได้ ประกอบกับการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ระยะแรกของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้และเข้าใจในการดำเนินของโรค ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความรุนแรงในระดับใด การเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวจึงไม่มีความแตกต่างกัน

ในทางตรงกันข้าม บางครอบครัวยังผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากเท่าไร ครอบครัวยังต้องการที่จะเห็นผู้ป่วยบ่อยเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีความต้องการในการร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (Titler, Bombi & Scutte, 1995) เนื่องจากต้องการเห็นอาการ

ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลงได้ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวจึงต้องการที่จะได้รับข้อมูล ทั้งที่เกี่ยวกับ โรค อาการ และการดูแลตัวผู้ป่วยให้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีความเข้าใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ สมาชิกครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะมาก่อน จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อน (เพ็ญจันทร์เลิศรัตน์, 2548; Friedman et al., 2003) เนื่องจากในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะมาก่อน จะไม่มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ในครั้งก่อน ทำให้ไม่สามารถคาดเดาถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บศีรษะ รวมไปถึงการไม่เคยดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวไม่มีความกล้าที่จะลงมือปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต และคาดเดาอาการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ รวมไปถึงมีความกล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงในอาการของผู้ป่วยแตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนได้ ซึ่งจะทำให้มีความกล้าที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ดังนั้นในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยบางรายที่ไม่มีความผิดปกติใด ๆ แต่สมาชิกครอบครัวไม่เคยประสบกับการบาดเจ็บศีรษะมาก่อน ก็อาจส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงที่รุนแรงมากกว่าพยาธิสภาพที่พบในผู้ป่วยได้ จะเห็นว่าการรับรู้ของครอบครัวต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการรับรู้การดำเนินโรคที่รุนแรง จะส่งผลให้อาการของผู้ป่วยแยลง สมาชิกครอบครัวเกิดความกลัว และไม่กล้าที่จะดูแลผู้ป่วย กลัวว่าอาการของผู้ป่วยจะแยลง หรือในบางรายด้วยความรักความผูกพันต่อกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็ต้องการที่จะเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาที่ยังมีความหลากหลายอยู่และยังไม่ใช้การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งมีความแตกต่างกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ทั้งระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปและความวิกฤตของโรคที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยส่งผลให้มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลที่แตกต่างกันได้

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวแตกต่างกัน เนื่องจาก บุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความสัมพันธ์ที่หลากหลาย อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน ซึ่งเป็นลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่แตกต่างกัน ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่าง

กันไปด้วย หากมีความสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อนด้วยความรักและผูกพัน สมาชิกครอบครัวจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติให้การดูแลมักจะได้รับความช่วยเหลือ ถ้าจุน ดูแล มีเพื่อนคู่คิดและช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ดี (อุษา เอี่ยมสังข์, 2549) ตลอดจนยอมรับผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วย เกิดความรู้สึกลับมั่นคงทางอารมณ์และควมมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (Coyne, 1996) จากการศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ที่ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และการศึกษาของพรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลางในระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นภรรยา ซึ่งสามารถปรับตัวตอบสนองบทบาทการดูแลได้ดี โดยไม่มีความโกรธหรือทุกข์ใจ เนื่องจากมีความรักความผูกพันต่อกันในฐานะคู่ชีวิต ซึ่งมีหน้าที่ที่ต้องดูแลกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

แต่จากการศึกษาของ ชนัญชิตา โพธิ์ประสาธ (2547) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่ทำการศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บิดา-มารดา ซึ่งดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ สงสารและมีทัศนคติที่ดีต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากบิดา มารดา มีความรักความผูกพันต่อบุตร และคิดว่าเป็นหน้าที่ ๆ ต้องให้การดูแลบุตรอย่างไม่มีข้อแม้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุนนมาลย์ พิพัฒนบวร (2547) ที่พบว่าสมาชิกครอบครัวที่มาให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย เนื่องจากสังคมและประเพณีไทยนั้น ยึดถือเรื่องความกตัญญูต่อบุพการี บุตรต้องให้การดูแลบิดา-มารดา เพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณที่ท่านได้ดูแลมา

นอกจากนี้สังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมทุนนิยม (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548) ซึ่งพบว่ามีกรอพยพย้ายถิ่น เพื่อการทำงานในเขตอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้ต้องมีการย้ายถิ่นฐานจากครอบครัวเดิม ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในเขตนิคมอุตสาหกรรมพบว่า ส่วนใหญ่จะมาเป็นหมู่คณะ จากหมู่บ้านเดียวกัน หรือถิ่นฐานเดียวกัน ที่อาจมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2548) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นครอบคลุมถึงเพื่อนคู่หู (Partner) ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันที่ไม่ใช่เครือญาติ แต่เป็นผู้ให้การดูยามเจ็บป่วยอีกด้วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะการนับญาติในสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่เปลี่ยนจากความสัมพันธ์ทางสายเลือด มาเป็นการนับญาติ ที่เกิดจากความผูกพันกันทางสังคม ซึ่งมีความรัก ความผูกพันกัน เหมือนบุคคลในครอบครัว ซึ่งพบว่าในบาง

ครอบครัวนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยกลับไม่ใช่สมาชิกครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกัน แต่กลับเป็นเพียงบุคคลที่มีความรัก ความผูกพันต่อกันจนเปรียบเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวด้วย

จะเห็นได้ว่าบุคคลต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบไปด้วยบุคคลที่มีบทบาทหลากหลายในครอบครัว ทำให้ความรู้สึกที่มีต่อตัวผู้ป่วยมีความแตกต่างกันไป ยังมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากเท่าใดก็ยิ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจเท่านั้น เนื่องจากสัมพันธภาพที่ประกอบด้วยความผูกพันเป็นพื้นฐาน จะทำให้นักลปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เพื่อควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม แต่ในทางกลับกันหากสมาชิกครอบครัวไม่มีความผูกพันกับผู้ป่วยมากนัก หรือมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันมาก่อนสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจะเกิดความเครียดได้มากกว่าเนื่องจากเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าเกิดความเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (วิมาลา เจริญชัย, 2545) ซึ่งความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกันเหล่านี้ ส่งผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวที่มีความแตกต่างกันไปด้วย ยังสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในครอบครัวมากเท่าใดก็ยิ่งจะมีความยากลำบากในการปรับตัวมากเท่านั้น เนื่องจากต้องให้ความช่วยเหลือสมาชิกอื่นในครอบครัว นอกเหนือไปจากผู้ป่วยด้วย (วิมาลา เจริญชัย, 2545) เช่น มารดาที่ต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว แทนสามีที่เจ็บป่วยจากการบาดเจ็บศีรษะนั้น ต้องมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลบุตร หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว ต้องรับภาระหาเลี้ยงครอบครัวและในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในบทบาท อาจส่งผลให้มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ไม่ดีได้

รายได้ของครอบครัว

เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเงินและความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ความเพียงพอของรายได้จะเอื้ออำนวยประโยชน์ให้สมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการจัดการหนี้สินทางสังคมได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต เช่น มีอาหาร มีที่อยู่อาศัยที่ดี ทำให้มีโอกาสดูแลหาประโยชน์เพิ่มมากขึ้น ผู้ที่มีรายได้สูงจะทำให้มีโอกาสดัดต่อสื่อสารกับกลุ่มต่าง ๆ ตลอดจนหาสิ่งของอุปกรณ์ อาหาร ยาและค่าบริการทางสุขภาพได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ก็มีโอกาเลือกในการรักษามากขึ้น และสามารถดำเนินการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง สมาชิกครอบครัวไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ทำให้มีเวลาและสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

ซึ่งแตกต่างจากสมาชิกครอบครัวที่มีรายได้น้อย ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนั้น บางรายต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยพิเศษ เช่น การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง หรือบางรายจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากทั้งสิ้น ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่มีรายได้น้อย ต้องประกอบอาชีพเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กันทำให้มีความเหน็ดเหนื่อยทั้งกายและใจ (วิมาลา เจริญชัย, 2545) ส่งผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมาลา เจริญชัย (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพนอกบ้านและมีรายได้สูงนั้นมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำ การศึกษาของอุบล อสัมภินทรพย์ (2540) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การศึกษาของ อุษา เอี่ยมสังข์ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยและการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

แต่ในทางตรงกันข้ามในบางครอบครัว รายได้กลับไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลแต่อย่างใด ดังการศึกษาของจันทรา พรหมน้อย (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง มีการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการเตรียมตัวเตรียมใจในการดูแลผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าว อาจส่งผลให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า การบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด สมาชิกครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจรับกับสถานการณ์ดังกล่าวไว้ก่อนล่วงหน้า ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวล ความสับสน ก่อให้เกิดความกลัว ความเครียดสูง ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในการปฏิบัติตามบทบาท และหน้าที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะการเป็นแหล่งสนับสนุน หรือการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งความคิดเห็นของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกให้ทราบถึงแนวโน้มหรือความพร้อมของสมาชิกครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล หากสมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ก็ย่อมเป็นสัญญาณที่ดีที่แสดงถึงการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ควรต้องมีการศึกษาถึงความคิดเห็น

ดังกล่าว เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มหรือความพร้อมของสมาชิกครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้สามารถวางแผนให้การดูแลแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล และมีการปรับตัวที่ดี อย่างไรก็ตาม การปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นโดยการที่สมาชิกครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถปรับตัวได้ดีหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละครอบครัว ซึ่งจะส่งผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและรายได้ของครอบครัว พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ควรมีการตระหนักถึงปัจจัยที่มีความแตกต่างกันเหล่านี้ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ เพื่อให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วม เกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อไป

แสดงต่าง ๆ หรืออุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การดูแลต่อไป

5. ด้านประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วม หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วย แบ่งประโยชน์ เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ต่อผู้ป่วย และประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัว

สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นเครือญาติเดียวกัน จะมีความผูกพันกันโดยสายเลือดหรือไม่ก็ได้ และมีความสำคัญผูกพันกับผู้ป่วย หรือเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในปัจจุบัน หรืออาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย หรือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าได้รับบาดเจ็บที่หนังศีรษะ กระโหลก เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือด และเลือดที่ออกภายใต้กะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บโดยใช้การประเมินตามระดับการวัด Glasgow Coma Score (GCS) ของ Teasdale and Jennette (1974) แบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเป็น 3 ระดับ 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