

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บที่กระทบกระเทือนโดยตรงต่อสมอง ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งอุบัติการณ์และความรุนแรง การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต ความพิการ การสูญเสียทางทรัพย์สินเงินทอง และก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ โดยพบมากในผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี ทั้งนี้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางการจราจรเป็นส่วนใหญ่ (Rowland, 1995; Cunningham et al., 1999) ในประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุทางการจราจรทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2542, 2543 และ 2544 พบว่ามีจำนวน 937,946 ราย 921,352 ราย และ 946,900 ราย ตามลำดับ (www.roadsafety.disaster.go.th, 2547) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี และในปี พ.ศ. 2545 พบมีจำนวน 952,348 ราย โดยจำนวนนี้พบมากในกลุ่มอายุ 15-30 ปี (www.rakan.com/content/contentdetail.php?id=17, 2548) และ กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางการจราจรทำให้มีการกระทบกระเทือนต่อสมอง (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1991)

จังหวัดนครสวรรค์เป็นจังหวัดในเขตของภาคเหนือตอนล่าง และเป็นประตูทางผ่านให้รถยนต์เข้าสู่จังหวัดต่าง ๆ ในภาคเหนือ ดังนั้นการเกิดอุบัติเหตุย่อมเกิดขึ้นได้ง่าย จากสถิติของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครสวรรค์ สถิติผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุการจราจร พบว่าในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 มีจำนวน 5,476 ราย และ 5,660 ราย ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 1,859 ราย/ปี และ 2,176 ราย/ปี ตามลำดับ (ติดต่อกับการส่วนตัว, มกราคม, 2548) ส่วนใหญ่จะนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุกล่าวคือมีจำนวน 1,163 ราย และ 1,427 ราย ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มขึ้นและเป็นผู้ที่อยู่ในวัยกำลังสร้างสรรค์และพัฒนาสังคม เมื่อสูญเสียบุคคลเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียชีวิตหรือมีความพิการย่อมส่งผลกระทบทั้งต่อครอบครัวและต่อประเทศชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความพิการทำให้ต้องกลายเป็นปัญหาของครอบครัวและประเทศชาติอย่างต่อเนื่อง รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดู เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ขาดรายได้ในการนำมาพัฒนาประเทศชาติ ส่งผลกระทบต่อการระบบการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

นอกจากผลกระทบการบาดเจ็บที่ศีรษะจะเกิดกับผู้ป่วยและประเทศชาติดังกล่าวแล้ว ยังส่งผลกระทบที่สำคัญต่อครอบครัวด้วย เนื่องจากลักษณะของครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วย บุคคลซึ่งต้องพึ่งพาอาศัยกัน มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน ดังนั้น ผลคือทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด (Engli & Kirsivali-Farmer, 1993) ทั้งนี้ เนื่องมาจากลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นฉับพลันโดยทันทีทันใดไม่มี การเตือนให้ทราบล่วงหน้า และมักมีพยาธิสภาพที่รุนแรงทำให้อวัยวะของร่างกายเกิดการสูญเสีย หน้าที่ เช่น การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การพูดจาติดต๋อสื่อสาร การรับรู้ที่ผิดปกติ หรือการสูญเสียความทรงจำ เป็นต้น ซึ่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีเวลาเตรียมตัวในการพบกับ เหตุการณ์ครั้งนี้ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Martin, 1994) และเมื่อไปถึงที่โรงพยาบาล ได้ประสบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยอาจได้รับการใส่สายยาง ท่อระบาย ท่อช่วยหายใจ หรือเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมาย ตลอดจนยังพบกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยถูก แยกจากครอบครัว การจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทั้งจำนวนครั้งและเวลา สถานที่ขาดความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการพบปะกับเจ้าหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่รู้จักคุ้นเคย นอกจากนี้ จากสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บปวดและ ความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วย อีกทั้งการไม่รู้สภาวะที่แน่นอนของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการไม่ แน่นนอนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาไม่สามารถคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ อาจทำให้เกิด ความพิการและการสูญเสียชีวิตเกิดขึ้นได้ และผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนาน ค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ครอบครัวมีปัญหากการเงินและค่ารักษาพยาบาล (พรจันท์ สุวรรณชาติ, 2536; Acorn & Roberts, 1992; O' Neill & Carter, 1998) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด ความเครียดตามมากับสมาชิกในครอบครัว

ถ้าสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่รุนแรงต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง หน้าที่ และบทบาทของ สมาชิกในครอบครัวตามมา สอดคล้องกับการศึกษาติดตามในกลุ่มภรรยาผู้บาดเจ็บที่สมองอย่าง รุนแรง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร้อยละ 60 (Curtiss, Klemz, & Vanderploghe, 2000) ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งเป็นภรรยา ที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาท หน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจ ในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวแทนสามีซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ บทบาทต่าง ๆ เหล่านี้สมาชิกใน ครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤตทำให้เกิดความเครียดแก่ญาติหรือ

สมาชิกในครอบครัวสูง จากการศึกษาของ เอลเลียต และสมิธ (Elliott & Smith, 1985) พบว่าช่วงระยะเฉียบพลันของการบาดเจ็บ (Acute Phase Injury) จะเพิ่มความเครียดให้แก่ญาติสอดคล้องกับการศึกษาของ ออดดี, ฮัมเฟอรี, และอัลเลย์ (Oddy, Humphrey, & Uttley, 1978) เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าในญาติผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง จำนวน 54 ราย ทำการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง โดยครั้งแรก ช่วง 1-4 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย) ครั้งที่สองและสามเก็บข้อมูลหลังผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ พบว่าช่วงระยะหนึ่งเดือนแรกญาติจะมีความเครียดมากที่สุด และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ฮอร์น และเทสท์ (Horn & Tesh, 2000) พบว่า ช่วงระยะ 20-30 วันแรกของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จะมีความเครียดสูง

โดยทั่วไปแล้วเมื่อสมาชิกในครอบครัวเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมักจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเพื่อต่อสู้เผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น และพยายามทำให้ความเครียดนั้นทุเลาเบาบางลง ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ ซึ่งก็คือการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดภาวะเครียดจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไป ซึ่ง ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นสองลักษณะคือการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) และการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้ขยายแนวคิดของลาซารัส โดยแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นสามด้าน คือ ด้านการจัดการกับปัญหา (Confrontive Coping) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) และด้านการจัดการแก้ปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping) บุคคลอาจมีการใช้การเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธีในเวลาเดียวกัน ส่วนจะใช้วิธีใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะต้องใช้การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์ บุคคลที่ใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหาจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า (DeGenova, Paton, & Juliculi, 1994)

สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเมื่อเกิดความเครียด ถ้าใช้การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไป สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hager & Ziegler, 1998; Lazarus & Folkman, 1984) นอกจากนั้นจะทำให้สมาชิกในครอบครัวใช้พลังในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและส่งเสริม

ให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น (Neabel, Fothergill-Bourbonnais, & Dunning, 2000) อีกทั้งดำรงไว้ซึ่งหน้าที่และความสมดุลของครอบครัวและสามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตน ตลอดจนดูแลช่วยเหลือสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวได้

แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวที่เผชิญความเครียดโดยแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมออกมาโดยอาจร้องไห้ คร่ำครวญ ปฏิเสธ ไม่เชื่อ ตกใจ ช็อก โกรธ หรือแสดงความกลัวออกมาเป็นพฤติกรรมทั้งทางกายและวาจา กลัวว่าจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของตนไป บางรายใช้วิธีการพูดและถามซ้ำในเรื่องเดิมเพื่อยืนยันคำตอบ และสร้างความมั่นใจโดยการเฝ้าดูผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วยวิกฤต โดยไม่กลับไปทำงานตามปกติ สมาชิกในครอบครัวบางรายอาจแสวงหาข้อมูลเพื่อจะทำทุกสิ่งเพื่อให้เกิดความรู้สึกดีขึ้น ความเครียดจะทำให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (สมพันธ์ วิทยะนันท์, 2540) ซึ่งถ้าใช้วิธีนี้เป็นระยะเวลานานและไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้จะทำให้ความเครียดยังคงอยู่และเป็นอันตรายได้ โดยอาจจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อ ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนผิดปกติ (Koff & Sangani, 1997) ส่วนทางด้านจิตใจนั้นแสดงให้เห็นจากการมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัวเอง เชื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ซ้ำใจๆ ต่ำหนิผู้อื่น กลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึก ความจำหรือสมาธิเสียไป กระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ การรับรู้ ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดประโยคซ้ำ ๆ คำพูดนั้นอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยในขณะพูด น้ำเสียงและจังหวะการพูดเปลี่ยนแปลงไป ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น (Gardner, 1993) และเมื่อบุคคลที่เผชิญความเครียดเป็นเวลานาน ๆ จะมีผลกระทบกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น รวมทั้งผลคือทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดลดลงด้วย (Lazarus & Folkman, 1984) จะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียด และเกิดปัญหาด้านจิตสังคมตามมาภายหลังได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (Hager & Ziegler, 1998)

การที่สมาชิกในครอบครัวจะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคลและ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม (Lazarus & Folkman, 1984) ปัจจัยภายในบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้เหตุการณ์ ภาวะสุขภาพและพลังงาน ทักษะการแก้ปัญหา ความเชื่อ ส่วนปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ความรู้จากแหล่งบริการ การได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวได้แก่ ระดับความเครียด (ชญาธิศ ลีอวานิช, 2540) อายุ (Burke & Flaherty, 1993; Lazarus & Folkman, 1984) ระดับการศึกษา (Jalowiec & Powers, 1980) ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Reeder, 1990; Snowdon, Cameron, & Dunham, 1994) และการสนับสนุนทางสังคม (Lazarus & Folkman, 1984)

ในเรื่องของระดับความเครียดนั้น บุคคลที่มีความเครียดในระดับต่ำ อาจใช้การเผชิญความเครียดได้ทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการเลือกใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา เมื่อความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง อาจใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) สำหรับอายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นผ่านภาวะวิกฤตมามากจะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้นมีวุฒิภาวะสูงขึ้นมีความสามารถในการวินิจฉัย ไตร่ตรอง และตัดสินใจในการเลือกวิธีการในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะสามารถเผชิญได้โดยใช้กลวิธีที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถทำให้ความเครียดลดลงได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ในส่วนของระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยในการพัฒนาความคิด ความรู้ และความสามารถของมนุษย์ และยังเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหา การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี สามารถที่จะใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้ว มาเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ (Jalowiec & Powers, 1980) นอกจากนั้น ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะก็ยังเป็นสาเหตุโดยตรงที่ก่อให้เกิดสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด (Murata, 1995) และมีผลต่อการทำนายการเผชิญปัญหาของญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้ (Reeder, 1990; Snowdon, Cameron, & Dunham, 1994)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งจากสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเผชิญความเครียดได้ดี จากการศึกษาของ แมคเน็ต (McNett, 1987) เกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไร้ความสามารถที่นั่งรถเข็นจำนวน 50 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด และจากการศึกษาต่าง ๆ ได้มีข้อยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤต (Cohen & Wills, 1985) ช่วยให้ผู้คนมีการรับรู้ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี ส่งเสริมให้ผู้คนสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีพฤติกรรมปรับตัวไม่ดี ซึมเศร้า ทำร้ายตนเอง และมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเผชิญความเครียดจะเป็นการศึกษาในกลุ่มสมาชิกในครอบครัวที่มุ่งเน้นถึงการดูแลในระยะเรื้อรังมากกว่าในระยะเฉียบพลัน และเป็นการดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ส่วนเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดจะเป็นการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดและพบว่ามีความสัมพันธ์กันหลากหลายในทิศทางเดียวกันและตรงข้ามกัน แต่ไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดในกลุ่มของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ขณะนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุในช่วงระยะ 1 เดือนแรก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลพบผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวนมาก โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ ระดับความเครียด อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งน่าจะมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด ผลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางหรือรูปแบบในการวางแผนและให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีพลังสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ได้ตามบทบาทรวมทั้งคงความสมดุลของครอบครัว ป้องกันความผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่จะเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

คำถามในการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีระดับความเครียดเป็นอย่างไร
2. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการเผชิญความเครียดเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านจัดการกับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายได้แก่ ระดับความเครียด อายุ ระดับการศึกษา

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านจัดการกับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้ปัญหาทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

สมมติฐานในการวิจัย

ระดับความเครียด อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการเผชิญความเครียดด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านจัดการกับปัญหา ด้านจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูล ให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยส่วนบุคคล ระดับความเครียด ความรุนแรงการบาดเจ็บที่ศีรษะ การสนับสนุนทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด รวมทั้งได้แนวทางในการประเมินเพื่อให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด มากำหนดรูปแบบการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการวิจัย

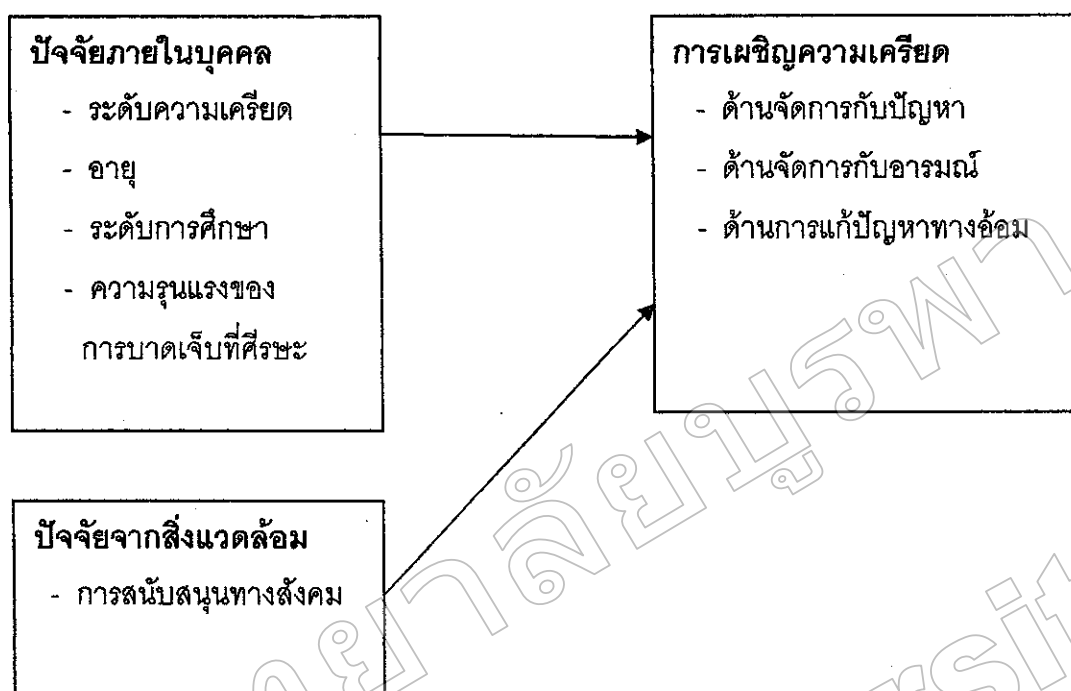
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายได้แก่ระดับความเครียด อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม กับ การเผชิญความเครียดรายด้าน ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุช่วงระยะ 1 เดือนแรก ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 160 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2548 ถึง 24 กรกฎาคม 2548

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นแนวทางในการศึกษาโดยทฤษฎีได้กล่าวถึง ความเครียดว่าเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันโดยบุคคลได้ประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เผชิญนั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้อย่างระมัดระวังในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพ และพลังงานของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางด้านสังคม การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ เมื่อบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้านั้นมีผลกระทบ คุกคามหรือเป็นอันตรายก็จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จึงพยายามที่จะจัดการต่อสู้ ควบคุมเพื่อให้บุคคลสามารถคงความสมดุลไว้ได้ โดยใช้การเผชิญความเครียด การเลือกใช้ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม (Lazarus & Folkman, 1984) ปัจจัยภายในบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้เหตุการณ์ ภาวะสุขภาพและพลังงาน ทักษะการแก้ปัญหา ความเชื่อ ส่วนปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ความรู้จากแหล่งบริการ การได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จะประเมินว่าสถานการณ์การบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยมีผลอย่างไรต่อตนเอง โดยอาจประเมินว่าไม่เกิดผลได้ผลเสีย เกิดผลดีหรือเกิดความเครียด เป็นผลให้สมาชิกในครอบครัวใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกัน การตัดสินใจความเครียดของบุคคลนั้นจะต้องผ่านการประเมินโดยการใช้ สติปัญญา (Cognitive Appraisal) การรับรู้ที่แตกต่างกันเป็นผลมาจากการที่บุคคลแต่ละคนมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่แตกต่างกันในการที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือท้าทายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต และเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด ก็จะมีการใช้ความพยายามในการปรับตัวโดยใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping) ที่แตกต่างกันได้สามลักษณะตามแนวคิดของ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) คือการจัดการกับปัญหา (Confrontive Coping) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive Coping) และการแก้ปัญหาทางอ้อม (Palliative Coping) หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะแสดงผลลัพธ์ของการปรับตัว 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการที่สมาชิกในครอบครัวจะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หรือไม่นั้นขึ้นกับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ ลาสซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ดังกล่าวมาแล้ว

ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ระดับความเครียด อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วย และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมมาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัยทำนาย หมายถึง ตัวแปรทำนายซึ่งได้แก่ ระดับความเครียด อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดรายด้านได้

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดจากการประเมินตัดสินว่าถูกคุกคามต่อเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตน และจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อจัดการเหตุการณ์ครั้งนี้ ถ้าผลการประเมินพบว่าเกินกำลังกว่าแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกในครอบครัวมีอยู่ จะทำให้เกิดความเครียด ประเมินได้จากแบบวัดความเครียด Stress Appraisal Questionnaire (SAQ) ของ เยียน (Yan, 2000) ได้พัฒนาจากแนวคิดของ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ มีความเครียดระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง

อายุ หมายถึง อายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนับเป็นจำนวนเต็ม เป็นปีเมื่อครบรอบวันเกิดที่ผ่านมาในปีปัจจุบันที่ตอบแบบสอบถาม

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาที่สำเร็จสูงสุดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ นับเป็นจำนวนปีที่ใช้ในการศึกษาโดยเริ่มนับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นสูงสุดไม่รวมจำนวนปีที่ศึกษาซ้ำ

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ระดับความรุนแรงจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยตามระดับความรู้สึกตัว ประเมินได้จากความรุนแรงตามคะแนน Glasgow Coma Scale เป็นพื้นฐาน (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (มี GCS 13-15 คะแนน)
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (มี GCS 9-12 คะแนน)
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (มี GCS 3-8 คะแนน)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประคองจากสมาชิกในสังคมซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ เยียน (Yan, 2000) ได้พัฒนาจากแนวคิดของ แบรินท์ และไวท์เนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981) ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง

การเผชิญความเครียด หมายถึง การกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดที่สมาชิกในครอบครัวใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะวัดได้จากแบบวัดซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ (2544) โดยใช้แนวคิดของจาโลวียค (Jalowiec Coping Scale: JCS) (Jalowiec, 1988) ประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็นสามด้าน ได้แก่

1. ด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง ความคิด หรือ การกระทำที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ใช้ในการแก้ปัญหา ด้วยการคิด และพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาด้วยเหตุผล มีการหาข้อมูลเพิ่มเติม พิจารณาทางเลือกหลาย ๆ ทาง และมีการกระทำเพื่อแก้ปัญหา
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ หมายถึง ความคิดหรือการกระทำที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใช้เพื่อระบายความเครียด หรือเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเครียดด้วยการแสดงออก

หรือระบายอารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ ออกมา โดยที่สาเหตุของปัญหาไม่ได้เปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขให้หมดไป

3. ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม หมายถึง ความคิด หรือการกระทำที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะใช้เพื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาโดยตรง เพื่อทำให้ความเครียดลดลง โดยที่สาเหตุของปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีหรือญาติและมีความสำคัญผูกพัน ใกล้ชิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือพี่น้องซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย โดยสอบถามจากผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และเส้นเลือดที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ อาจจะมีหรือไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นร่วมด้วย ที่นอนพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลในช่วงระยะ 1 เดือนแรก