

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี และมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจำนวนมาก ซึ่งจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกลาง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (2551) รายงานอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุในปี พ.ศ. 2551 ตั้งแต่เดือนมกราคม-กันยายน พบว่า มีผู้ได้รับอุบัติเหตุจราจรจำนวน 65,057 ราย เสียชีวิต จำนวน 8,268 ราย บาดเจ็บสาหัส จำนวน 9,768 ราย และมีอาการบาดเจ็บเล็กน้อยจำนวน 42,645 ราย สำหรับกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศ มีจำนวนคดีอุบัติเหตุ 30,563 เสียชีวิต 442 ราย บาดเจ็บสาหัส 958 ราย และพบว่าอุบัติเหตุจราจรทำให้เกิดการบาดเจ็บหลายระบบในร่างกาย โดยเฉพาะการบาดเจ็บศีรษะคิดเป็น ร้อยละ 76.1 ซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่มีความรุนแรง และส่งผลให้ผู้เสียชีวิตถึงร้อยละ 33.6 นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถออกจากโรงพยาบาลได้พบว่า อาจมีความพิการร้อยละ 2.8 จากจำนวนผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บทั้งหมด (สุนันทา ศรีวัฒน์, วิทยา ชาติบัญชาชัย และจิราวดี ชุมศรี, 2544)

การบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน และเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย และครอบครัว (Kosciulek, 1997) ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง ในระยะแรกของการบาดเจ็บ ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสนหรือหมดสติชั่วคราวหลังการบาดเจ็บ มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ตอบสนองได้น้อยหรือไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น (ทิพพาพร ตั้งอานวย, 2541) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิต (Naalt, Douglas, & Ross, 2007) ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายพบว่าทำให้เกิดความสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง และหรือการกลืนลำบาก (Meythaler, McCary, & Hadley, 1997) ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก่อให้เกิดความพิการต่างๆตามมา นอกจากนี้การบาดเจ็บศีรษะยังส่งผลต่อความสามารถในการคิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบผิวหนัง (ประภัสสร ปิณฑุรัตน์, 2542) และก่อให้เกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็งหรือ กล้ามเนื้อลีบตามมา นอกจากนี้การบาดเจ็บที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วย มีความบกพร่องในด้านการควบคุมเกี่ยวกับ อุณหภูมิ ชีพจร และการหายใจ ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Kerr, 2000; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008)

นอกจากการบาดเจ็บศีรษะจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะเกิดขึ้นโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเผชิญกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยอย่างกะทันหันทำให้รู้สึกช็อก ตกใจ กลัวการสูญเสียผู้ป่วย เสียใจ และวิตกกังวล โดยเฉพาะกับอาการของผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546; Fortinash & Holoday-Worret, 2008) ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด มีความรู้สึกคุกคามต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดการเสียสมดุล และเกิดความตึงเครียด โดยเฉพาะหากสมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมากจะยิ่งทำให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น (จุฬาลักษณ์ ลิมลีธนา, 2547) จากการศึกษาของ Engli and Farmer (1993) พบว่า การบาดเจ็บศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอนและมีพฤติกรรมการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ครอบครัวเกิดความกลัว เครียด วิตกกังวล ไม่เป็นสุขตามมา ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวและเผชิญต่อความเครียดนั้นได้ จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาจมีภาวะความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย นอนหลับพักผ่อนได้น้อย (Cullen, Tiller, & Drahozal, 2003) และส่งผลทางด้านจิตใจ มีการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น การแยกตัว มีพฤติกรรมถดถอย และยังส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมตามมา นอกจากนี้ การที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดเป็นเวลานาน อาจทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ (Koff & Sangani, 1997)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบาดเจ็บศีรษะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดในระดับสูงถึงร้อยละ 63.8 (ดารารัตน์ ปานดี, 2549) เนื่องจากมีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างแนบแน่นและมีความใกล้ชิดซึ่งกันและกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ทำให้สมาชิกของครอบครัว ต้องหาวิธีในการเผชิญกับปัญหาและปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดความสมดุลภายในครอบครัว ซึ่งการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บศีรษะนั้น จะทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น เหตุการณ์หรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หรือแม้แต่ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ตลอดจนวิธีการในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวสามารถประเมินได้จากการทำหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (McCubbin & McCubbin, 1996) ซึ่งการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหรือมีส่วนร่วมร่วมกับแพทย์ในการรักษาสมาชิกที่เจ็บป่วยถือว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องให้การสนับสนุนดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลภายในครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; ชูชื่น ชิวพูลผล, 2541; McCubbin & McCubbin, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า ครอบครัวมีความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน (ประณีต ส่งวัฒนา, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เนตรนภา กุฬพันธุ์, ปัทมา

โลหะเจริญวนิช และกาญจนา แรกพิณี, 2543; อุมา สุขดี, 2552; Laitinen, 1992; Specht, Kelly, Monion, & Mass, 2002)

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เป็นแนวคิดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วยจะทำให้ครอบครัว มีการเรียนรู้ถึงการดูแล และมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตลอดจนสามารถไปดูแลต่อที่บ้านได้ (Songwatanayut, 2002) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในด้านต่าง ๆ เช่น การวางแผนและการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552; รุจิ รัตนเสถียร, 2550) และการประเมินผลการดูแล (ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549; พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) นอกจากนี้ผลจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเองก็มีความต้องการที่จะให้ครอบครัวช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน ต้องการอยู่ใกล้ชิด และต้องการกำลังใจจากครอบครัว ในขณะที่เดียวกันครอบครัวก็ต้องการให้การสนับสนุน ดูแล และให้กำลังใจผู้ป่วยเช่นกัน (จอม สุวรรณ, 2540; Laitinen, 1993; Lederer, Goode, & Dowling, 2005; Li, 2002) จะเห็นว่าทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต่างมีความต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และผลของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยนั้นส่งผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวเช่นกัน

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยพบว่า การที่สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลก่อให้เกิดผลดีหลายประการ ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขสบาย อบอุ่น มีกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา (พิกุล เจริญสุข, 2549) ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและลดค่ารักษาพยาบาล (รัมภ์รดา อินทร, 2538) มีระดับการฟื้นฟูที่ดีขึ้น (พิกุล เจริญสุข, 2549; โสพรรณ โพทะยะ, 2545) ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538) และผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความพึงพอใจจากการเอาใจใส่จากผู้ดูแล (จันทร์พร พรหมน้อย, 2547) สำหรับสมาชิกครอบครัวพบว่า การได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยช่วยให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง (Cullen et al, 2003; Daly, 1999; Petterson, 2005; Van Horn & Kautz, 2007) เนื่องจากสมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้พูดคุย และสัมผัสตัวผู้ป่วย ซึ่งการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตทำให้สมาชิกครอบครัวลดความเครียด ความวิตกกังวลได้ (Macdougall, 2007; O' Neill & Lapinsky, 2008) และมีความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง (สุนา แสนมาโนช, 2541) ผลที่ตามมาคือ สมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งเท่ากับเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้ (รัมภ์รดา อินทร, 2538) ดังนั้นการที่สมาชิกครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ในช่วง 1-2 วันแรกของการรักษา สมาชิกครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย และช่วยให้การดูแลทั่วไปบางส่วน และในวันที่ 3 สมาชิกครอบครัวจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลมากขึ้น (Bond, Draeger, Mandelco, & Donnelly, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษารูปแบบกิจกรรม (Intervention) ในวันที่ 3 ขึ้นไป (เยวรัตน์ ยากอม, 2544; รัมภ์รดา อินทร, 2538) และจากการศึกษาของพรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) พบว่า สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพียงร้อยละ 58.89 เท่านั้น ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของทรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552) ซึ่งศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 99.2 สะท้อนให้เห็นว่า สมาชิกครอบครัวมองว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นเป็นผลดี แต่การที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลน้อยนั้นอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (จันทร์พร พรหมน้อย, 2547; Lee & Craft-Rosenberg, 2002) พบว่า ความรุนแรงของโรคทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้ แต่การศึกษาของ Titler, Bombai and Scutte (1995) พบว่า ครอบครัวที่ประสบกับภาวะวิกฤตมากยิ่งต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านความเครียดของสมาชิกครอบครัว (จิตสิริ ปรีวาณิชย์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และ วิภาวี คงอินทร์, 2550; คารารัตน์ ปานดี, 2549) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมโดยพบว่า ครอบครัวที่มีความเครียดระดับสูงไม่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Palmer, 1993) แต่บางครอบครัวมีความเครียดมากยิ่งต้องการใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (O' Neill & Lapinsky, 2008) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (ชลทิพย์ ทองมอญ, 2549) ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยภาวะวิกฤตยังพบน้อยและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแล เช่นกัน เช่น ด้านนโยบายการเยี่ยม การเข้าถึงระบบบริการต่าง ๆ เป็นต้น (พิกุล เจริญสุข, 2549; Lee & Craft-Rosenberg, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวมีความแตกต่างกันในเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (จันทร์พร พรหมน้อย, 2547; พิกุล เจริญสุข, 2549; Jonsen, Athlin, & Suhr, 2000) ความเครียดของสมาชิกครอบครัว (จิตสิริ ปรีวาณิชย์ และคณะ, 2550; สัมพันธ์

หิรัญชิระนันท์, 2540; Palmer, 1993) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยเหล่านี้ว่ามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหรือไม่ โดยทำการศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ ระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีคดีอุบัติเหตุมากที่สุด มีอัตราการบาดเจ็บและการตายมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวได้เข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นอย่างไร
2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว กับการมี

ส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสามัญ ณ โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกรมการแพทย์ ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 5 มกราคม ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2553 จำนวน 175 ราย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาแนวทางในการนำสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน ในด้านการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

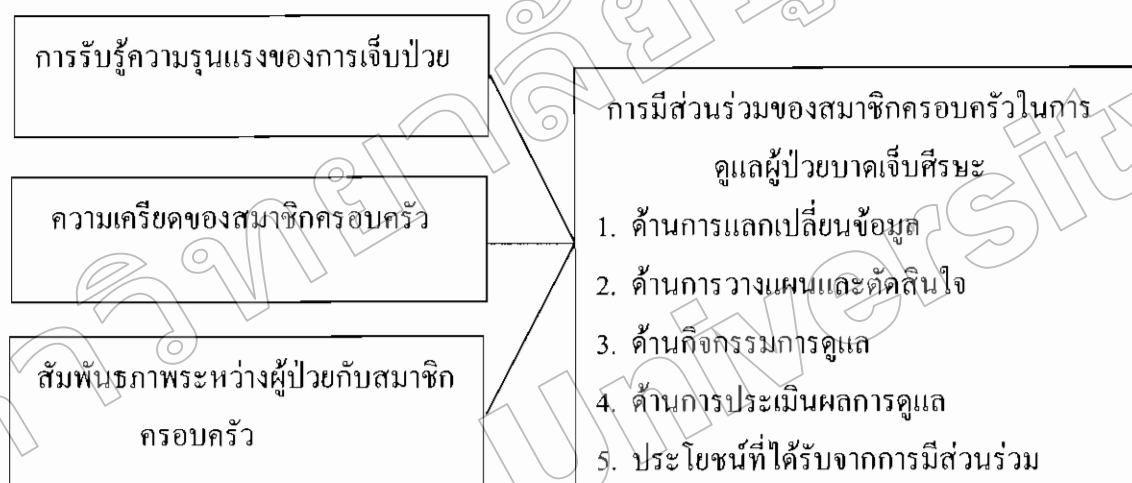
การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1996) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยแนวคิดนี้ถูกพัฒนามาจากแบบจำลอง ABCX, Double ABCX Model และ T-double ABCX Model เพื่อใช้ในการศึกษาการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อภาวะเครียดและภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ซึ่งจากแนวคิด The Resiliency Model แบ่งการปรับตัวของครอบครัวเป็น 2 ระยะ คือ การปรับตัวก่อนภาวะวิกฤต (Family Adjustment) และการปรับตัวหลังภาวะวิกฤต (Family Adaptation) ซึ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวในระยะวิกฤติและหลังวิกฤตประกอบด้วย ปัจจัย ด้านเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา (A) และเหตุการณ์นั้นยังคงสะสมอยู่ (AA) การมีปฏิสัมพันธ์กับ แหล่งประโยชน์ของครอบครัว (B, BB) ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของครอบครัว (T) ที่ส่งผลถึงการรับรู้ของครอบครัว (C, CC) ต่อแหล่งช่วยเหลือและเหตุการณ์ (A, AA) ทำให้มีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น (PSC) และนำไปสู่การปรับตัวต่อภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการเผชิญปัญหาของครอบครัวประกอบด้วย 4 ลักษณะคือ 1) การแสดงออกเพื่อแก้ไข ปัญหาของครอบครัว 2) จัดการกับความเครียดหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 3) แสวงหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ และ 4) เปลี่ยนความเชื่อในทางบวกเพื่อให้ยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวต่อสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นนั้น McCubbin and McCubbin

(1996) ประเมินจาก 1) ภาวะสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง 2) สมาชิกครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม และ 3) การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี มีความผูกพัน รักใคร่กันในครอบครัว

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ การบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยจัดเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา (A) ไม่คาดคิดมาก่อนเข้ามากระทบครอบครัว และเป็นปัญหาที่ยังคงอยู่ (AA) ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (X) กับสมาชิกครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดอันเป็นผลจากภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และส่งผลต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งหากสมาชิกครอบครัวรับรู้ต่อสถานการณ์หรือความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ (C, CC) จะส่งผลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัว โดยหากสมาชิกครอบครัวมีการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วย เช่น เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่หายเป็นปกติตามที่ตนเองหวังไว้ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวไม่กล้าเข้ามาดูแล (พิกุล เจริญสุข, 2549) หรือในบางรายหลีกเลี่ยงที่จะมาพบหรือเยี่ยมผู้ป่วยเนื่องจากการดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอน ทำนายได้ยาก ทำให้สมาชิกครอบครัวขาดความมั่นใจในการดูแล ทำให้สมาชิกครอบครัวมีการประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด (ดาร์รตัน ปานดี, 2549) อาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (สมพันธ์ หิริชูระนันท์, 2540) นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะหรือภาวะวิกฤตยังขึ้นอยู่กับลักษณะครอบครัว (T) คือ ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกครอบครัว ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด สนับสนุน ความรัก ความเห็นใจ ห่วงใยซึ่งกันและกัน และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (McCubbin & McCubbin, 1996) ซึ่งสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัวจะกลายเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและจะส่งผลต่อการปรับบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวได้ (ชูลิกร ทาทอง, 2550) นอกจากนี้แหล่งช่วยเหลือ หรือแหล่งสนับสนุนของครอบครัว (B, BB) จะส่งผลต่อการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น (PSC) และการปรับตัวของครอบครัวทั้งด้านดีและไม่ดี

การเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย 4 ด้าน (ทรรชนี ทัพโพธิ์, 2552; Tutton & Ager, 2003) คือ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างครอบครัวและเจ้าหน้าที่ 2) ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ ในการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ 3) ด้านกิจกรรมการดูแลและ 4) ด้านการประเมินผลการดูแล ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่จะให้การดูแลสมาชิกเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ ตามแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1996) โดยปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (CC) ความเครียดของสมาชิกครอบครัว (X) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว (T) โดยผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมหรือ กิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะเข้าไปมีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ ซึ่งครอบคลุมใน 5 ด้าน คือ

1. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล หมายถึง การสอบถาม และ/ หรือการให้ หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัว และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับผู้ป่วย การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการรักษา
2. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ร่วมกันวางแผนในการรักษาร่วมกัน และ/ หรือการที่สมาชิกครอบครัวตัดสินใจหรือเลือกกิจกรรมการรักษาดูแลที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ
3. ด้านกิจกรรมการดูแล หมายถึง การได้มีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย การดูแล 4 ด้าน คือ

3.1 ด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่จำเป็นทางกาย ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.2 ด้านจิตใจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีกำลังใจ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง

3.3 ด้านสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เช่น กับญาติพี่น้อง และบุคลากรทางสุขภาพ

3.4 ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เกี่ยวกับความเชื่อหรือความต้องการของผู้ป่วย เช่น การสวดมนต์ หรือ ไหว้พระ เป็นต้น

4. การประเมินผลการดูแล (Evaluation) หมายถึง การที่สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินอาการของผู้บาดเจ็บศีรษะหลังได้รับกิจกรรมการรักษาดูแลจากแพทย์ พยาบาล และ/หรือความพึงพอใจต่อการดูแลที่เกิดขึ้น

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

ซึ่งการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประเมินโดยใช้แบบประเมินของทรรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552)

สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นเครือญาติเดียวกันหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องมีความผูกพันกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในปัจจุบัน และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดขณะอยู่โรงพยาบาล

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกี่ยวกับอาการการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บศีรษะว่ารุนแรงมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจมีผลต่อการมีชีวิตของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของทรรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552)

ความเครียดของสมาชิกครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีการรับรู้ และตัดสินใจว่าเหตุการณ์การเจ็บป่วยในครั้งนี้เป็นอันตราย ก่อให้เกิดความสูญเสียหรือคุกคามต่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพ หรือความผาสุกของตน ประเมินโดยใช้แบบวัดระดับความเครียด ของดาร์เรตัน ปานดี (2549)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด สนับสนุน ความไว้วางใจ ความรักใคร่ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัว ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีต่อผู้ป่วยก่อนการบาดเจ็บศีรษะในครั้งนี้ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน

Family Attachment and Changeability ของ McCubbin and McCubbin (1996) ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับเล็กน้อยและปานกลาง จากแรงที่เข้ามากระทบบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และเส้นเลือดที่อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ อาจจะมีหรือไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้