

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังนี้

1. การบาดเจ็บศีรษะ
2. แนวคิดความเครียดและการปรับตัวของครอบครัว
3. การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สินจำนวนมาก การวินิจฉัย รักษาได้อย่างถูกต้องและทันต่วงที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะช่วยลดอัตราตาย และภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยลงได้ มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บศีรษะ ไว้ดังนี้

Oregon (2006) กล่าวว่า การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่ส่งผลต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อสมอง เนื้อเยื่อ และเส้นเลือดต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ

Hickey (1997) ให้ความหมายการบาดเจ็บศีรษะว่า หมายถึง การบาดเจ็บใด ๆ ก็ตามที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและหรือกระดูกใบหน้า หรือเนื้อสมอง

นครชัย เฟื่อนปทุม (2541) การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บใด ๆ ที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

ทิพพพร ตั้งอำนาจ (2541) การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ากระทบต่อศีรษะ แล้วทำให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมองกับเส้นประสาท ซึ่งอาจทำให้มีหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

กล่าวโดยสรุป การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การกระทบกระเทือนต่อสมองโดยแรงจากภายนอก ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เนื้อหุ้มสมอง สมอง และเส้นเลือดที่

อยู่ภายในกะโหลกศีรษะ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน โดยอาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวที่แตกต่างกัน

สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะเกิดจากหลายสาเหตุดังนี้

1. อุบัติเหตุจราจร เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะ (พรจินทร์ สุวรรณมนตรี, 2550; Molly, 2007) โดยพบอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 90.4 (สุพรรณดิษฐ์เกษมสันต์, 2549) และพบร่วมกับการไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 86.21 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละประมาณ 40-60 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่ศีรษะเกิดจากการดื่มสุรา ขณะขับขีรถจักรยานยนต์ (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2550) และตกจากที่สูง

2. ถูกทำร้ายร่างกาย

3. อื่น ๆ เช่นจากการเล่นกีฬา การหกล้ม เป็นต้น

จะเห็นว่าสาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรพบมากที่สุด แม้จะมีการรณรงค์ป้องกันหรือ ออกกฎหมายบังคับทั้งการสวมหมวกนิรภัยหรือการเมาไม่ขับแล้วก็ตาม แต่ก็พบว่าประชาชนยังขาดจิตสำนึกในเรื่องดังกล่าวอยู่และก็เป็นสาเหตุการตายและทุพพลภาพที่สำคัญในปัจจุบัน

กลไกของการบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆดังที่กล่าวมา ซึ่งกลไกการเกิดนั้นนอกจากจะขึ้นกับแรงที่มากระแทกแล้วยังขึ้นอยู่กับสภาวะของศีรษะขณะมีแรงกระแทกด้วย ดังนี้ (ทิพพาพร ดังอำนวย, 2541)

1. ศีรษะอยู่นิ่ง (Static) แรงที่มากกระทบศีรษะขณะอยู่นิ่ง เช่น ถูกตี การเกิดพยาธิสภาพจะเกิดตรงตำแหน่งที่มากกระทบเท่านั้น จะรุนแรงเพียงใดขึ้นกับแรงที่มากกระทบ พยาธิสภาพเหล่านี้มักจะเกิดที่หนังศีรษะ โหลกศีรษะและอาจถึงอยู่หุ้มสมองชั้นนอก

2. ศีรษะเคลื่อนไหว (Dynamic) ศีรษะเคลื่อนที่ไปจะเป็นอยู่นิ่ง ๆ ก่อนแล้วมีแรงมากระทำให้เคลื่อนที่หรือเคลื่อนที่ไปด้วยความเร็วสูงแล้วหยุดกระทันหัน ตกจากที่สูงหรือชนกันแล้วหล่นออกจากยานพาหนะกลิ้งไปตามถนน แรงที่มากกระทบต่อสมองขณะเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อกะโหลกศีรษะและสมองอย่างแรง ทำให้กะโหลกแตก สมองแตก และมีเลือดคั่งภายในกะโหลกในระยะไม่กี่ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บ

พยาธิสภาพหลังเกิดการบาดเจ็บศีรษะ

เมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กระโหลกศีรษะและสมองได้รับอันตรายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งสามารถอธิบายพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ 2 ระยะ ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2541; ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541; Hickey, 2003; Scot, 2005)

1. การบาดเจ็บศีรษะระยะแรก (Primary Head Injury) จะเกิดขึ้นทันทีทันใด ได้แก่ การบาดเจ็บของหนังศีรษะ กระโหลกศีรษะหรือสมอง ซึ่งเกิดจากแรงมากระทบโดยตรง (Sandip & David, 2005) ลักษณะของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความแรง และทิศทางของแรงที่มากระทบบนอวัยวะดังกล่าว ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ดังต่อไปนี้

1.1 การบาดเจ็บเฉพาะที่ อาจเกิดจากการถลอกหรือการชกซ้ำ มีเลือดออกบริเวณที่บาดเจ็บ เนื้อสมองบวมหรืออาจมีเลือดออกเฉพาะบริเวณผิวของเนื้อสมองได้ (จเร ผลประเสริฐ, 2544)

1.2 การบาดเจ็บต่อสมองชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อมีแรงเหวี่ยง ทำให้เนื้อสมองเคลื่อนภายในกะโหลกศีรษะที่อย่างรวดเร็ว และการเคลื่อนที่ของสมองหยุดชะงักลงอย่างทันทีทันใด ทำให้เกิดพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมอง สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ตามความรุนแรง ดังนี้

1.2.1 กลุ่ม Cerebral Concussion (Mild Diffuse) เป็นภาวะที่ไม่รุนแรงผู้ป่วยหมดสติไปชั่วคราว (5-10 นาที) (Scot, 2005) เมื่อฟื้นสติแล้วจะตรวจไม่พบความผิดปกติของหน้าที่ระบบประสาท แต่ผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ไม่ได้ (Amnesia) และอาจมีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน

1.2.2—กลุ่ม Diffuse Axonal injury (DAI) เกิดจากการเพิ่มและลดความเร็วของแรงที่กระทำต่อสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติทันทีและเป็นระยะเวลานาน อาจเป็นเวลาหลายวัน เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน โดยไม่พบพยาธิสภาพเฉพาะที่ของสมอง แต่จะพบความผิดปกติของระบบประสาททั่วไป ซึ่งจะมีการทำลายในไวเมตเตอร์ (White Matter) และมีการบวมของสมองเกิดภาวะ Hypoxia หรือ Ischemia ร่วมด้วย อาการแสดงที่พบคือ ผู้ป่วยหมดสติลึก (Deep Coma) เป็นเวลานาน ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นผิดปกติและอาจมีบุคคลิกภาพเปลี่ยนไป (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541; Hickey, 2003)

2. การบาดเจ็บศีรษะระยะสอง (Secondary Head Injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บในระยะแรก ทำให้อาการต่าง ๆ เสื่อมลงอย่างรวดเร็ว มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองเพิ่มเติมจากการเกิด Hypotension, Hypoxia, Hyperfusion หรือสาเหตุอื่น (Matt & Tamara, 2002)

ซึ่งสามารถป้องกัน และรักษาได้ถ้าหากได้รับการรักษาอย่างทันที การบาดเจ็บในระยะที่สองที่พบมีดังนี้

2.1 มีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hematoma) สามารถพบได้หลายตำแหน่ง ได้แก่ 1) ก้อนเลือดเหนือเยื่อ dura (Epidural Hematoma) มักเกิดจากการแตกของกะโหลกที่ขมับและพาริทัล โดยเฉพาะบริเวณทักด็อกไม้ (Pterion) ร่วมกับการฉีกขาดของหลอดเลือด Middle Meningeal Artery (Walleck & Mooney, 1994) อาการแสดงที่พบ คือ ผู้ป่วยหมดสติไปครู่หนึ่งเนื่องจากสมองกระทบกระเทือน ต่อมาฟื้นสติเป็นชั่วโมงแล้วค่อยซึมลงนำไปสู่การหมดสติครั้งที่สอง 2) ก้อนเลือดใต้เยื่อ dura (Subdural Hematoma) 3) ก้อนเลือดชั้นใต้เยื่อarachnoid (Subarachnoid Hemorrhage) และ 4) ก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral Hematoma)

2.2 สมองบวม (Cerebral Edema) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาตร เนื่องจากมีน้ำคั่งอยู่ในเนื้อสมองหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัจจัยที่ทำให้สมองบวมมากขึ้น ได้แก่ มีการเพิ่มของจำนวนน้ำทั้งนอกและในเซลล์ หรือการเพิ่มปริมาตรที่หล่อเลี้ยงสมอง หรือมีก้อนเลือดในเนื้อสมอง

2.3 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต สาเหตุที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ การเพิ่มปริมาตรในสมอง การมีเลือดในสมองเพิ่มขึ้น และการทำให้น้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) การเผาผลาญเพิ่มขึ้น เช่น ไข้สูง อุณหภูมิร่างกายต่ำเกินไป การเสียสมดุลของ อิเล็กโตรลัยท์ ความเจ็บปวด (Lan, 2004)

2.4 ภาวะสมองเคลื่อน (Brain Displacement or Brain Herniation) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเคลื่อนสู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่ตั้งตามปกติ ภายหลังที่ไม่สามารถปรับสมดุลภายในกะโหลกศีรษะได้ต่อไป เนื่องจากมีก้อนเลือดหรือสิ่งกีดขวาง (Space Occupying Lesion) สมองบวม และความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ทำให้เปิดเนื้อสมอง จนกระทั่งเคลื่อนสู่ช่องเปิดภายใน และภายนอกกะโหลกศีรษะตามตำแหน่งต่าง ๆ

ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ

ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค ซึ่งการแบ่งความรุนแรง และการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บตั้งแต่ในระยะแรกจะสามารถช่วยเหลือและรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องช่วยลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ ในการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะนั้นผู้ประเมินต้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องในการประเมิน ซึ่งแบบประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ถูกคิดค้นและพัฒนาขึ้น โดย Teasdale and Jennett (1974) และปรับปรุงเพิ่มเติมในปี 1979 เรียกว่า กลาสโกว โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale หรือ GCS) เป็นแบบวัดระดับความรู้สึกตัวและระดับความ

รุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ใช้สำหรับประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย ในขณะที่เข้ารับการรักษารักษาหรือภายหลังการรักษา เพื่อกำหนดผลลัพธ์ของการบาดเจ็บหรืออาการที่เกิดขึ้นได้ (जर ผลประเสริฐ, 2544; โสพรรณ โพทะยะ, 2549; Fischer & Mathieson, 2001; Lehman, Hayes, LaCroix, Owen, & Haring, 2003) การตรวจ และบันทึกตารางกลาสโกวโคมาสเกลประกอบด้วย ตัวกระตุ้น (Stimuli) ได้แก่ คำพูด คำสั่ง หรือความปวด การพิจารณาใช้ขึ้นกับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อีกส่วนประกอบหนึ่งคือการตอบสนอง (Response) เมื่อผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นแล้วให้การตอบสนองที่เกิดขึ้น แล้วบันทึกข้อมูลที่ได้ในตาราง พฤติกรรมการตอบสนองที่ใช้มี 3 ลักษณะคือ (Franzen, 2000; Fischer & Mathieson, 2001; Jennette, 2002; Lehman et al., 2003) การลืมตา (Eye Opening) การพูดที่ดีที่สุด (Verbal Performance) และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) โดยมีรายละเอียดของการประเมิน และการให้คะแนนดังนี้

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 ซึ่งสามารถจำแนกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะและการรู้สึกตัว ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้คือ (สมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2540; Jennette, 2002; Lehman et al., 2003; Molly, 2007)

1. การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild Head Injury) มี GCS 13-15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เองหรือลืมตาเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย หรืออาจสับสนบ้างเป็นบางครั้ง ขณะเกิดการบาดเจ็บอาจมีความสูญเสียระดับความรู้สึกตัว หรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (Iverson, Lovell, & Smith, 2000) ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ หรือการชกซ้ำของเนื้อสมอง

2. การบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (Moderate Head Injury) มี GCS 9-12 คะแนน ขณะเกิดการบาดเจ็บอาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 15 นาที (Headway, 2001) อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักไม่ลืมตาหรือจะลืมตาดันเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งได้แต่ใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงมาก พฤติกรรมอาจมีเพียงการเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

3. การบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (Severe Head Injury) มี GCS 3-8 คะแนน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอแขนหรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่มีการเคลื่อนไหว ร่วมกับมีการชกซ้ำลักษณะของเนื้อสมองหรือมีก้อนเลือดในสมอง

สำหรับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะในระดับรุนแรง อาจมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของกรเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงได้เลือกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น

ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม (Injury Severe Score)

ความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับสมาชิกครอบครัวในการรับรู้ถึงความรุนแรงในการเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถรับรู้ได้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะอย่างเดียว ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีการบาดเจ็บร่วมในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางเท่านั้น

ซึ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บร่วมระบบ (ISS) ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1974 โดย Baker (1974 อ้างถึงใน พรจันท์ สุวรรณมนตรี, 2550) ซึ่งชไมพันธุ์ สันติกาญจน์, นงนุช ดันติธรรม, อรพินท์ สุขประสงค์ และนงศ์พาง ทองเจริญ (2538) ได้ดัดแปลง และได้นำมาใช้ในประเทศไทย

ซึ่งสามารถแบ่งตามระบบ ส่วนของร่างกาย (BR) แบ่ง 6 หมวด ซึ่งค่า ISS คำนวณ โดยเลือกหมวด อวัยวะที่บาดเจ็บรุนแรง (Body Region: BR) ที่สูงที่สุดมา 3 หมวด หลังจากนั้นจัดระดับ AIS สูงสุดของแต่ละหมวดมายกกำลังสองแล้วบวกค่ายกกำลังสอง อธิบายขั้นตอนได้ดังนี้

BR 1 Head/ Neck หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นที่สมอง เส้นประสาทบริเวณศีรษะ, คอ, กะโหลกศีรษะ หรือการแตกของกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical Spine) รวมถึงส่วนของหูเฉพาะชั้นกลางและชั้นใน (Middle and Inner Ear)

BR 2 Facial Injuries หมายถึง การบาดเจ็บที่ปาก ลูกตา จมูก และกระดูกหน้า (Facial Bone)

BR 3 Chest Injuries หมายถึง การบาดเจ็บตั้งแต่ภายนอกทรวงอกไปจนถึงอวัยวะภายในทรวงอกซึ่งรวมถึงกะบังลม (Diaphragm) กระดูกซี่โครงและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง (Intercostal Muscle) และกระดูกสันหลัง (Thoracic Spine)

BR 4 Abdominal or Pelvic Content Injuries หมายถึง การบาดเจ็บต่อผนังหน้าท้อง แผ่นหลัง กระดูกสันหลังส่วนเอว อวัยวะภายในช่องท้อง (Abdominal Cavity) ช่องเชิงกราน (Pelvic Cavity) และรวมบริเวณ Perineum ด้วย

BR 5 Extremities or Pelvic Girdle Injuries หมายถึง การบาดเจ็บของแขน ขา มือและเท้า หรือการบาดเจ็บของเชิงกรานและไหล่ รวมถึง การฉีก (Sprain) หัก (Fracture) การเคลื่อนหลุด (Dislocation) หรือการขาด (Amputation)

BR 6 External Injuries หมายถึง แผลแตกหรือแยกของผิวหนัง (Laceration) ฟกช้ำ (Contusion) แผลถลอก (Abrasions) แผลไหม้ (Burns) ไม่ว่าจะอยู่ส่วนใดของร่างกาย ทั้งนี้จะรวมการบาดเจ็บของเปลือกตา (Eye Lid) ริมฝีปาก (Lips) และหูชั้นนอกซึ่งรวมใบหูด้วย

โดยระบบการให้คะแนน มีเกณฑ์ให้คะแนนตาม AIS แบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้

1. คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงเล็กน้อย (Minor)
2. คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate)
3. คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงมากแต่ไม่คุกคามต่อชีวิต
4. คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงมากแต่คุกคามต่อชีวิต
5. คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงวิกฤต, ไม่แน่ใจในโอกาสรอดชีวิต
6. คะแนน หมายถึง ระดับความรุนแรงที่สุด ส่วนใหญ่ไม่รอดชีวิต

โดยเลือกหมวด BR สูงที่สุดมา 3 หมวดที่มีค่า AIS สูงสุดของแต่ละหมวดมายกกำลังสองแล้วบวกค่ายกกำลังสอง ทั้ง 3 หมวด จะได้ผลคะแนนของ ISS โดยผลรวมทั้ง 3 หมวด มีคะแนน I ถึง 75 คะแนน โดยจะบอกความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Baker, 1974 อ้างถึงใน พรจันทร์

สุวรรณมนตรี, 2550) ได้ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 25 หมายถึง ความรุนแรงการบาดเจ็บเล็กน้อย

คะแนน 26-69 หมายถึง ความรุนแรงการบาดเจ็บปานกลาง

คะแนนมากกว่า 70 หมายถึง ความรุนแรงการบาดเจ็บรุนแรง

สำหรับการบาดเจ็บครั้งนี้อาจมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงได้เลือกการบาดเจ็บเล็กน้อย และบาดเจ็บปานกลางเท่านั้น

แนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

แนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีหลากหลายแนวทางขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรักษาและการศึกษาวิจัยของแต่ละสถาบัน ซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสรุปได้ ดังนี้

1. การรักษาอันดับแรก (Initial Management) เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอันดับแรกคือการประเมินทางระบบประสาทร่วมกับระบบอื่น ๆ และการทำหัตถการช่วยชีวิตที่จำเป็น เช่น การให้สารน้ำ การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้ยา เป็นต้น (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546)
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 ค่าแรงดันกำแพงของหลอดเลือดสมอง (Cerebral Perfusion Pressure: CPP) $> 70 \text{ mmHg}$ และแนะนำให้ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำกว่า 9 คะแนน ตามระดับการวัด GCS (Sandip & David, 2005; สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546)
3. ติดตามค่าความดันในกระโหลกศีรษะ โดยการใช้เครื่องติดตาม (ICP Monitor Indicator) และควบคุมค่าความดันในกระโหลกศีรษะ (ICP Treatment Threshold) ค่าปกติเท่ากับ 15-20 mmHg
4. ติดตามค่าสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายให้อยู่ในระดับขาดน้ำเล็กน้อย
5. ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาค่าแรงดันกำแพงของหลอดเลือดสมอง (CPP) ซึ่งควบคุมให้อยู่ในระดับ 70 mmHg-100 mmHg (Matt & Tamara, 2002) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ
6. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ ตลอดจนรักษาอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ

7. การรักษาโดยใช้ยาต่างๆ มีข้อแนะนำและข้อบ่งใช้ต่าง ๆ ได้แก่ (Nathan et al., 2007; Sandip & David, 2005)

7.1 Mannitol ขนาดตั้งแต่ 0.25-1 กรัม/น้ำหนักตัวผู้ป่วย ให้ยาเพื่อช่วยเพิ่ม Osmolality ของ Plasma และลดอาการบวมของสมองในภาวะ ICP ซึ่ง Osmolality ไม่ควรเกิน 320 mOSm

7.2 ยากลุ่ม Barbiturates เช่น Phenobarbital ช่วยลดการเผาผลาญของเซลล์สมอง ใช้ในรายที่มีภาวะความดันใต้กระโหลกศีรษะสูงและต้องการรักษาด้วยวิธีอื่น

7.3 Calcium Channel Blocker ได้ผลในการรักษาภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง ใน Subarachnoid Hemorrhage

7.4 ยากันชัก ยาที่ให้คือ Phenytoin หรือ Carbamazepine และ Dilantin เป็นต้น เพื่อเพิ่มเมตาบอลิซึมของสมอง ป้องกันการเกิด Brain Hypoxia

8. การรักษาโดยการผ่าตัด ในกรณีที่แพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อกำจัดสาเหตุของความดันสูงภายในโพรงกระโหลกศีรษะ ซึ่งการวินิจฉัยนั้นขึ้นอยู่กับความจำเป็น ประสิทธิภาพของแพทย์แต่ละสถาบัน รวมไปถึงตำแหน่งและลักษณะที่เกิดการบาดเจ็บในผู้ป่วยแต่ละคนด้วย ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดมีหลายวิธี ได้แก่ (ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; วิจิตร กุศล, 2546)

8.1 การผ่าตัดเจาะกระโหลก (Burr Hole) เป็นการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำหล่อสมองและไขสันหลังแพทย์จะเจาะรูใน Ventricle (Ventriculostomy) เพื่อระบายสารเหลวออก หรือต่อกับเครื่องวัดความดันภายในกระโหลกศีรษะ

8.2 การผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะ (Craniotomy) เพื่อเอาก้อนเลือดออกและทำการปิดกระโหลกศีรษะไว้ตามเดิม มีการแบ่งชนิดตามตำแหน่งของการผ่าตัดเป็น 2 ชนิด

8.2.1 การผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะส่วนเหนือเทนต์อเรีย (Supratentorial Craniotomy) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจากสมองใหญ่กลีบหน้า กลีบข้าง กลีบบน และกลีบหลัง

8.2.2 การผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะส่วนใต้เทนต์อเรีย (Infratentorial Craniotomy) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจากสมองเล็ก แกนสมอง

8.3 การผ่าตัดเอากระโหลกศีรษะออก และทำการเย็บปิดโดยไม่ใส่กระโหลกคืน (Craniectomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อลดความดันในโพรงกระโหลกศีรษะในรายที่มีสมองบวมมาก ไม่สามารถปิดกระโหลกได้ แพทย์จะเย็บหนังศีรษะไว้ก่อน เมื่อสมองยุบบวมแล้ว แพทย์จึงจะผ่าตัดปิดกระโหลกศีรษะไว้เหมือนเดิม

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต พ้นจากภาวะวิกฤตโดยเร็วที่สุด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต (Acute Critical Care) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary Brain Damage) คือ การสูญเสียของสมองเพิ่มเติมเนื่องจากการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความดันในกระโหลกศีรษะสูง เกิดการบาดเจ็บในระยะที่สอง ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามมา สามารถแบ่งการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตามสภาพผู้ป่วยเป็น 2 ระยะ ได้แก่การพยาบาลในระยะวิกฤต และการพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541; วิจิตรา กุสมภ์, 2544)

1. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541; Fred & Stephan, 2007; Price, Collins, & Gallagher, 2003) การพยาบาลในระยะนี้มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และพ้นจากภาวะวิกฤตโดยเร็วที่สุด ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การประเมิน Neurological Signs และ Vital Signs ทำการประเมินทุก 10-15 นาที ซึ่งครอบคลุมถึง ระดับความรู้สึกตัว ขนาดปฏิกิริยาตอบสนองของรูม่านตา การเคลื่อนไหวของลูกตา Motor Function, Vital Signs และ ICP Monitoring (ทิพพพร ดังอำนาจ, 2541)

1.2 การดูแลควบคุมภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง ซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 การประเมินค่าความดันในกระโหลกศีรษะ (Intracranial Pressure) จากการใส่สายวัดความดันในกระโหลกศีรษะแล้วคาต่อระบบจากช่องเวนทริเคิล (Ventricular Catheter) ค่าปกติ 15-20 มิลลิเมตรปรอท

1.2.2 รักษาความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ เนื่องจากความดันโลหิตที่ต่ำหรือสูงเกินไปจะส่งผลให้สมองขาดเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงได้

1.3 การดูแลระบบทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxia ทำให้เกิดภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูง ดังนี้ (Ann, Timoyhy, & Alison 2003; Fred & Stephan, 2007) สรุปได้ดังนี้

1.3.1 ติดตามค่าออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินค่า O_2 Sat >95%, ค่า PaO_2 > 90 mmHg, ค่า $PaCO_2$ ค่าปกติ (35-40 mmHg)

1.3.2 ในกรณีผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจต้องดูแลอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งต้องให้ออกซิเจน 100% ก่อนดูดเสมหะเป็นเวลา 1 นาทีและระยะเวลาในการดูดเสมหะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เกิน 15 วินาที และ

ดูดเสมหะ 2 ครั้ง/ รอบ

1.3.3 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

1.3.4 ประเมินภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้น โดยการฟังเสียงปอดขณะหายใจเข้า ออก

1.4 การจัดทำนอนและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ซึ่งช่วยส่งเสริมการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541)

1.4.1 จัดทำนอนศีรษะสูง 15-30 องศา

1.4.2 หลีกเลี่ยงการงอเข่าและข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา

1.4.3 จัดศีรษะให้อยู่ในแนวตรงไม่งอบริเวณคอเพื่อส่งเสริมการไหลกลับของ

เลือด

1.4.4 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบท่อนซุง

1.4.5 หลีกเลี่ยงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงเบ่ง เช่นการเบ่งอุจจาระ การกลั้นลมหายใจ การผูกมัดผู้ป่วยที่แน่นจนเกินไป การไอหรือจาม เป็นต้น

1.5 ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติโดยการเช็ดตัวลดไข้หรือให้ยาลดไข้ เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นจะเพิ่มการเผาผลาญภายในเซลล์สมอง ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ และระมัดระวังภาวะอุณหภูมิต่ำกว่าปกติ

1.6 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดแสงสว่างหรือเสียงที่ดัง รวมไปถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จะรบกวนผู้ป่วยเช่น การดิงริ่งของท่อหลอดลมหรือจากสายสวนปัสสาวะ ช่วยลดความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปวดต่าง ๆ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะกระทบสมองโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันในกระโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ (Johnson, 1999)

1.7 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด พยาบาลควรสังเกตและประเมิน ลักษณะแผลที่ระบายเลือดต่าง ๆ โดยการประเมินปริมาณ ลักษณะ สี ความผิดปกติต่าง ๆ ของสารที่ระบายออกจากร่างกายผู้ป่วย ดูแลไม่ให้สายระบายหัก พับ งอ ต้องประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ รวมถึงประเมินสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายผู้ป่วย ห้ามจัดทำผู้ป่วยนอนตะแคง ทับแผลข้างที่ผ่าตัด ระมัดระวังการกระทบกระแทกที่แผลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะฟื้นฟูสภาพจำเป็นต้องกระทำทันทีเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541) และควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้

เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้เร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและยังส่งผลดีต่อครอบครัวอีกด้วย (คุชฎี ใจโปร่ง, 2548; พชรินทร์ อ้วน ไตร, 2545; พิกุล เจริญสุข, 2549; เขียวรัตน์ ยากอม, 2544; โสพรรณ โปะทะยะ, 2544) ซึ่งกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพนั้นสมาชิกครอบครัวอาจร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (Bontke & Boake, 1996) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปปฏิบัติและดูแลต่อเนื่องเมื่อต้องกลับไปบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การพยาบาลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อนย่อมส่งผลต่อบุคคลในครอบครัวก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกเสียใจ กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและอาจเกิดการเจ็บป่วยทางกายได้ตามมา ดังนั้น พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วยด้วย โดยให้การพยาบาลสมาชิกครอบครัว ดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การดำเนินของโรค อาการ อาการแสดง และวิธีการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ตลอดจนข้อแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย มีการแจ้งให้สมาชิกครอบครัวทราบรายละเอียดเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลสภาพของหอผู้ป่วย กฎระเบียบต่าง ๆ มีการจัดห้องพักไว้สำหรับรอเยี่ยม มีการยืดหยุ่นในเรื่องเวลาเยี่ยม อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ประเพณี หรือวัฒนธรรม ทั้งนี้โดยไม่ขัดต่อวิธีการรักษาและไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549)
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายอารมณ์ และความรู้สึก พยาบาลจะต้องเข้าใจ และรับฟังด้วยความสนใจ และช่วยปลดปล่อยตามความเหมาะสม จะเป็นการแสดงถึงการยอมรับความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวได้ (พิกุล เจริญสุข, 2549; พรชัย จุลเมตต์, 2548) และยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจของสมาชิกครอบครัว ช่วยลดความกดดัน และความวิตกกังวลลงได้ (สุรีย์พร เทพอมรเดช, 2546)
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกกับผู้ป่วย โดยการใช้มือสัมผัสผู้ป่วยด้วยความอ่อนโยน และมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การช่วยพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอน เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ญาติรู้สึกมีความหวังและเกิดกำลังใจ ภาคภูมิใจที่ตนเองมีคุณค่าที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ โดยพยาบาลต้องดูแลให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549)
4. ให้การดูแลสุขภาพของครอบครัว จากการที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวอาจจะทุ่มเทความสนใจทั้งหมดมายังผู้ป่วย จนละเลยการดูแลตนเอง ดังนั้น

พยาบาลควรกระตุ้นเตือนให้สมาชิกครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพตนเอง โดยให้คำแนะนำในเรื่องของการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ เพื่อจะได้มีกำลังกายและกำลังใจในการเผชิญต่อภาวะวิกฤตินี้ได้ (พิกุล เจริญสุข, 2549; Cullen et al, 2003)

โดยสรุปพยาบาลนอกจากต้องให้ความสำคัญกับผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวของผู้ป่วยก็มีความสำคัญ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้การพยาบาลสมาชิกครอบครัวด้วยวิธีการต่างๆดังที่กล่าวมา เพื่อให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ลดความเครียดที่เกิดขึ้น และสามารถเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะต่อผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อเกิดการบาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การสูญเสียการเคลื่อนไหว การรับรู้ที่ผิดปกติหรือการสูญเสียความทรงจำ (ทิพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; Wood & Liossi, 2005) นอกจากนี้การบาดเจ็บที่ศีรษะยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกครอบครัว (ชญาณิช ลือวานิช, 2541; คารารัตน์ ปานดี, 2549; นิการรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ค้างแพง, 2540) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นดังนี้

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย

เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย พบได้ทั้งระยะวิกฤต ไปจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะพบความผิดปกติในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้ (ชญาณิช ลือวานิช, 2541; ทิพาพร ตั้งอำนาจ, 2541; Wood & Liossi, 2005)

1. ความบกพร่องด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Deficits) Cognitive หมายถึง กระบวนการทางด้านจิตใจ หรือความสามารถที่จะรู้ในสิ่งต่าง ๆ ในที่นี้รวมถึง ความตระหนักรู้ (Awareness) การรับรู้ (Perception) การใช้เหตุผล (Reasoning) การสื่อสาร (Language) ความจำ (Memory) และการตัดสินใจ (Judgement) ซึ่งผู้ป่วยที่ศีรษะมักมีความผิดปกติ หรือบกพร่องในด้านเหล่านี้ การสูญเสียความทรงจำระยะสั้น เป็นความผิดปกติที่พบได้เสมอในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อสมองได้รับการกระทบกระเทือนหรือการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สัว (Coma) มีอาการสับสน (Confusion) (Wood & Liossi, 2005)

2. ความบกพร่องด้านระดับความรู้สึกตัว ซึ่งเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะสมองสมองใหญ่ที่ซีรีบรอนคอร์เทกซ์ (Cerebral Cortex) หรือมีการทำลายไปถึงส่วนก้านสมองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีอาการหมดสติ เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท และสัญญาณชีพ ได้แก่ ความผิดปกติของการหายใจ ความผิดปกติในการควบคุมอุณหภูมิกาย ความผิดปกติในการควบคุมความดันโลหิตภายในกะโหลกศีรษะ

3. ความผิดปกติด้านพฤติกรรม (Behavioral Deficits) ปัญหา หรือความบกพร่องของความสามารถด้านจิตสังคม (Psycho-social) หรือพฤติกรรมเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัญหาเหล่านี้ได้แก่ พฤติกรรมอ่อนล้า (Fatigue คล้ายคนจี้เกียจ) ปฏิเสธการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Denial) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ขาดแรงจูงใจ (Lack of Motivation) วุ่นวาย (Agitation) ไม่ยอมพักในเวลาที่ควรพัก (Restlessness) ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (Lack of Emotional Control) และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ยาก (Difficulty Relating to Others)

4. ความผิดปกติด้านการสัมผัสและการเคลื่อนไหว (Sensorimotor Deficits) เมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บ และผลการที่เซลล์สมองและทางเดินประสาทได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดความบกพร่องต่อการรับสัมผัสและการควบคุมการเคลื่อนไหว ลักษณะของกลุ่มความบกพร่องที่พบได้บ่อย คือ

4.1 เกิดกลุ่มอาการอัมพาตครึ่งซีก (Hemiparesis) หรืออัมพาตครึ่งซีก 2 ด้าน (Bilateral Hemiparesis)

4.2 มีความบกพร่องในการทรงท่าและสมดุลย์ (Balance Deficits)

4.3 มีความบกพร่องในการประสานสัมพันธ์ (Ataxia & Incoordination)

โดยสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บศีรษะนั้นทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ก่อให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และนำไปสู่ความพิการต่าง ๆ ตามมา

ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะต่อสมาชิกครอบครัวในระยะวิกฤต

การบาดเจ็บศีรษะเป็นภาวะวิกฤตที่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว สมาชิกครอบครัวก็ยังได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้น สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อนจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 72 ชั่วโมงแรกของการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น โกรธ หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย ร้องไห้ เดินไปมา และถามคำถามซ้ำ ๆ กับเจ้าหน้าที่หลาย ๆ คน (Smeltzer et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson, Seheibmer, Bott, Crighton, Hinton and Cobb (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะเคล้งกว้าง (Hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึกคือ สับสน เกรียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร และเนื่องจากการที่สมาชิกครอบครัวไม่มีเวลาในการเตรียมตัว สมาชิกครอบครัวจะรู้สึกช็อก ตกใจ กลัวการสูญเสียผู้ป่วย เสียใจ และวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย (วิจิตร ภูสมร, 2546; Fortinash & Holoday-Worret, 2008) กล่าวว่าผู้ป่วยจะตาย ซึ่งในระยะนี้พบว่า สมาชิกครอบครัวมีความเครียดในระดับสูง (ดาร์วิน ปานดี,

2549) และปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

2. ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า ทันทีที่สมาชิกครอบครัวได้ทราบถึงการบาดเจ็บศีรษะ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลม คลื่นไส้ท้องเสีย (Halm, Tittler, Kleiber, Johnson, Montgomery, Craft, Buckwalter, Nicholson, & Megern, 1993) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ร้อยละ 58% การนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง ร้อยละ 50 และยังพบว่า ร่างกายทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (Meisel, 1991)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า เมื่อเกิดการบาดเจ็บศีรษะ สมาชิกครอบครัวก็ต้องเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทำให้มีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่าการเดินทางไป-กลับบ้าน ค่าอาหารการกินในแต่ละมื้อ ค่าใช้จ่ายสำหรับค่าเช่าห้องพักค้างคืน เมื่อต้องการอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กนกรัตน์ เนตรใสว, 2547; นุชนาถ ประภาส, 2551) นอกจากนี้ที่สำคัญหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าหลักที่หารายได้เลี้ยงครอบครัว ก็ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และเช่นเดียวกันหากผู้ที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีงานประจำที่ต้องทำ ก็จะมีผลต่อการทำงานหรือหยุดงาน จะส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวอีกทาง จะทำให้เกิดความเครียดตามมา และอย่างที่ทราบการบาดเจ็บศีรษะมีกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง อุปกรณ์ทางการแพทย์ราคาแพง ส่งผลให้มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ศิวังแพง, 2540) ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการศึกษาของสุรการณต์ ยุทธเกษมสันต์ (2549) ที่ติดตามข้อมูลการรักษา 367 คน พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่สองในสามมีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 50,000 บาท แต่บางส่วนอยู่ระหว่าง 50,000-100,000 บาท ซึ่งเป็นการรักษาที่สูงมาก จะมีผลกระทบโดยตรงและยังเป็นสาเหตุให้ครอบครัวเกิดความเครียดได้

4. ผลกระทบด้านสังคม เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย จะมีผลโดยตรงต่อสมาชิกครอบครัวผู้ต้องให้การดูแล ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Griego, 1993) มีการสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1993) มีบทบาทหน้าที่ของคนที่เพิ่มมากขึ้น (รุ่งรัตน์ วนิชากิจาดี, 2540) นอกจากนี้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (Meisel, 1991) ดังการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาใน

การพูดคุยกับเพื่อนการสวมมต้อ่อนวอนพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วย และการขับรถเพื่อเดินทางมากขึ้น และใช้เวลาในการอยู่กับบ้าน การไปโบสถ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง

นอกจากนี้เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติไปแล้วผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวก็ยังคงอยู่และอาจเพิ่มมากขึ้นเพราะผู้ป่วยอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ต่อ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. ผลกระทบต่อโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว พบว่าร้อยละ 60 ทำให้โครงสร้างของระบบครอบครัวเปลี่ยนไป (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000) โดยเฉพาะครอบครัวที่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้นำครอบครัวจะส่งผลกระทบที่รุนแรงอย่างมากเนื่องจากเป็นแรงงานและเป็นการดำรงสำคัญของครอบครัว (เจริญพร กิจชนะพานิชย์, 2542) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส โดยผู้ป่วยจะเป็นสามี จะเกิดผลกระทบกับภรรยา คือ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวแทนสามี ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อนทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเครียด และเป็นภาระในการดูแล (ชญาธิช ลีอวานิช, 2541; นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2540) และการที่สมาชิกครอบครัวต้องอยู่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้ขาดการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอก เช่น เพื่อน ๆ ชุมชน และกลุ่มทางสังคม ทำให้ถูกแยกจากสังคม ทำให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมลดลงด้วย (Hickey, 1993)

2. ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ การช่วยเหลือดูแลตนเองหรือการกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อย จำเป็นต้องพึ่งผู้อื่น เช่น การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหาร การขับถ่าย เป็นต้น ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระที่หนัก (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2540) ส่งผลให้ญาติเกิดการเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียตามมา สมาชิกครอบครัวบางรายอาจขาดเซช ด้วยการพึ่งสิ่งเสพติด เช่น การสูบบุหรี่มากขึ้น ทำให้ร่างกายที่ทรุดโทรมเร็วและรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายตามมา (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2543) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประสิทธิภาพในการทำงานลดลงด้วย

จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ถ้าหากได้รับการรักษาดูแลอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยก็อาจมีโอกาสรอดชีวิตแต่อาจหลงเหลือความพิการทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยและครอบครัวตามมาในระยะยาวในการให้การดูแล และช่วยเหลือ ซึ่งการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกที่โรงพยาบาลก็จะทำให้ครอบครัวสามารถเรียนรู้ และเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวต่อไปได้

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัวของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสังคมที่มีความสำคัญมาก เพราะครอบครัวมีหน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ให้กับสังคม ให้ความรักความอบอุ่น ให้การอบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเป็นผู้ดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ความหมายของครอบครัว

การให้ความหมายของครอบครัว ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปมีผู้ให้ความหมายของครอบครัว ไว้ดังนี้

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2537) อธิบายว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายโลหิต และบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา

Friedman, Bowen and Jones (2003) ให้ความหมายครอบครัวว่า ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ที่ร่วมแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีความผูกพันใกล้ชิดกันทางอารมณ์ และกำหนดว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

Wright and Leahey (2005) กล่าวว่า ครอบครัวประกอบด้วยกลุ่มของบุคคลที่มีความผูกพันทางอารมณ์กันอย่างเหนียวแน่น มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของอีกคนหนึ่งและบุคคลเป็นผู้กำหนดสมาชิกครอบครัวกันเอง

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) อธิบายว่า ครอบครัวหมายถึงกลุ่มชนที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นได้ทำบทบาทเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย

จินตนา วัชรสินธุ์ (2549) อธิบายว่า ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีค่านิยมสัญญาร่วมกัน กำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเอง และทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัวโดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การแต่งงานหรืออยู่บ้านเดียวกัน ซึ่งรวมถึงผู้หญิงที่ยังไม่ได้แต่งงานแต่อยู่ร่วมกันกับเพื่อน และยอมรับว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน คู่หนุ่มสาวที่อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน คู่หญิงหรือชายที่ชอบเพศเดียวกัน ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว ครอบครัวที่ไม่มีบุตร ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว

จากความหมายของครอบครัวดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีความผูกพันอย่างใกล้ชิด อาจเกี่ยวข้องกันโดยสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์และมีบทบาทหน้าที่ต่อกันภายในครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวตามความคาดหวังของสมาชิกและความคาดหวังของสังคม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหน้าที่พื้นฐานของครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Friedman et al, 2003)

1. หน้าที่ด้านให้ความรักความเอาใจใส่ เป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัวที่จะต้องตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งแสดงออกด้วยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ และความช่วยเหลือแก่สมาชิกครอบครัว มีผลทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกถึงความรัก ความอบอุ่น ได้รับการยอมรับ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง มั่นคงปลอดภัย
2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู เป็นหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสั่งสอนสมาชิกครอบครัว ให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม ตลอดจนการให้ความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตในสังคม เรียนรู้บทบาทต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคม ให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต การอบรมเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัวเป็นหน้าที่ ๆ จำเป็นเพื่อความอยู่รอดของสังคม ครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการพัฒนาดังด้วยทารกจนเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคม
3. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ เป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพสมาชิกทั้งภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น หน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้นรวมถึงหน้าที่ด้านกายภาพ เช่น การจัดหาอาหาร ที่อยู่อาศัย บริการสุขภาพ และการป้องกันอันตราย
4. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ เป็นหน้าที่พื้นฐานของครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกที่ผูกพันทางกฎหมายและสายโลหิต ดังนั้นครอบครัวต้องสร้างสมาชิกใหม่เพื่อสืบเชื้อสายให้มีผู้สืบสกุล แต่ปัจจุบันการให้ความหมายของครอบครัวเปลี่ยนไป ซึ่งรวมถึงครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีความผูกพันทางอารมณ์และสมาชิกอยู่ด้วยกันอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งอาจมีความผูกพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้ ซึ่งอาจไม่ต้องการผลิตสมาชิกใหม่
5. หน้าที่ในการจัดการทางเศรษฐกิจ หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยการจัดหารายได้เพื่อซื้อเสื้อผ้า อาหาร บริการทางสุขภาพ หรือวัตถุที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

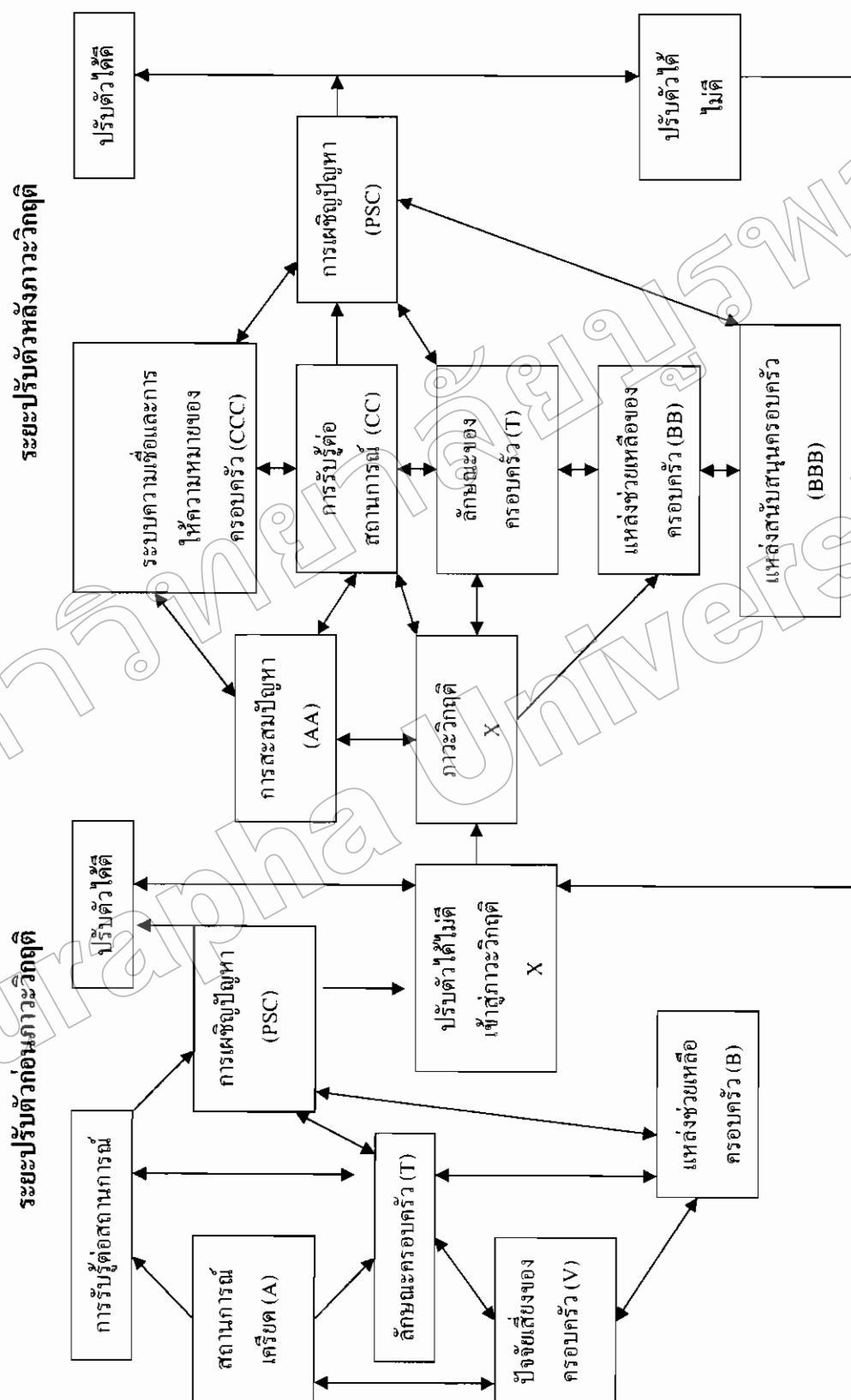
ตลอดจนหาแหล่งประโยชน์ของครอบครัว จัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเพียงพอ

นอกจากนี้ ชาติา เจริญกุล (2545) กล่าวว่า การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับการกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนา และสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม แบ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่าสมาชิกครอบครัวมีหน้าที่แตกต่างกันตามสถานภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการบาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งต่อผู้ป่วย และครอบครัว นำมาซึ่งความไม่สมดุลของครอบครัว มีความเครียดเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเช่นกัน ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นสมาชิกครอบครัวทำให้สมาชิกครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อความเครียดหรือสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาซึ่งความสมดุลภายในครอบครัว โดยเฉพาะการปรับบทบาทหน้าที่มาเป็นผู้ดูแลหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

แนวคิดความเครียดและการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

McCubbin and McCubbin (1996) ได้สร้างแบบจำลอง The Resiliency Model of Stress, Adjustment, and Adaptation ซึ่งพัฒนามาจากแบบจำลอง ABCX (Hill, 1949), Double ABCX Model (McCubbin & Patterson, 1983) และ T-Double ABCX Model (McCubbin & McCubbin, 1987) เพื่อใช้ในการศึกษา การปรับตัวของครอบครัวต่อภาวะเครียดและภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ การปรับตัวก่อนภาวะวิกฤติ (Family Adjustment) และการปรับตัวหลังภาวะวิกฤติ (Family Adaptation) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2-1 The Resiliency Model of Stress, Adjustment, and Adaptation (McCubbin & McCubbin, 1996 อ้างอิงใน ชูลีกร ทาทอง, 2550)

ซึ่งองค์ประกอบที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวต่อสถานการณ์เครียดก่อนภาวะวิกฤต และหลังภาวะวิกฤต ประกอบด้วย

1. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต หรือความเครียด (Stressor: A) ได้แก่ เหตุการณ์การบาดเจ็บศีรษะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกเครียด และเป็นสิ่งก่อให้เกิดความรู้สึกลำบากขึ้นกับครอบครัว ซึ่งปัญหานี้ยังสะสมเรื้อรังอยู่ (AA)

2. ภาวะเสี่ยงของครอบครัว (Vulnerability: V) ได้แก่ สภาวะที่ทำให้ครอบครัวนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤต ภาวะเครียดหรือเกิดความไม่สบายใจ เช่น ขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในครอบครัวสมาชิกคนอื่นก็เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นด้วย

3. ลักษณะของครอบครัว (Family Typology: T) ลักษณะของครอบครัวที่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบบทบาทหน้าที่ของครอบครัว และความสามารถในการปรับตัว ซึ่งลักษณะของครอบครัว มีผลให้ครอบครัวนั้นสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้ โดยประเมินจากครอบครัวที่มีสัมพันธภาพอันดีมีความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (McCubbin & McCubbin, 1996)

4. แหล่งประโยชน์ของครอบครัว (Family Resources: B; BB) หมายถึง แหล่งช่วยเหลือของครอบครัว ที่ครอบครัวนำมาใช้เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือภาวะวิกฤติ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกครอบครัว อาจมาจากสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และจากเพื่อนบ้าน

5. การรับรู้ของครอบครัว (Family Appraisal of the Situation: C; CC) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์หรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความหมายต่อครอบครัวอย่างไร เช่น การรับรู้ว่ามีสมาชิกครอบครัวเกิดการบาดเจ็บศีรษะ หากมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ทางบวกมาก ความสามารถของครอบครัวในการเผชิญปัญหาก็จะมีมากขึ้น ส่งผลให้มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. การเผชิญปัญหาในครอบครัว (Problem Solving and Coping Skills: PSC) หมายถึง กลวิธีในการแสดงออกของครอบครัวต่อการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ร้องไห้ ซึมเศร้า McCubbin and McCubbin (1996) กำหนดรูปแบบของการเผชิญปัญหาของครอบครัวอย่างกว้าง ๆ 4 ด้าน ดังนี้ 1) การแสดงออกของครอบครัวเพื่อกำจัดหรือลดความรุนแรงของสถานการณ์ หรือการแก้ไขปัญหาของครอบครัว 2) พยายามจัดการกับความตึงเครียดควบคู่ไปกับการเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ในเวลาเดียวกัน 3) การแสวงหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ เพิ่มเติม และ 4) เปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางสร้างสรรค์ เพื่อให้ครอบครัวสามารถยอมรับ และจัดการกับความเครียดได้

7. การปรับตัวของครอบครัว (Family Adaptation) เพื่อรักษาสมดุลของครอบครัว ซึ่งการปรับตัวของครอบครัวเป็นผลมาจากความพยายามของครอบครัวในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ก่อให้เกิดผลใน 2 ด้านคือ ด้านที่ครอบครัวมีการปรับตัวดี และปรับตัวไม่ดี ซึ่งการปรับตัวในทางที่ดี สามารถประเมินได้จาก 1) ภาวะสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง 2) สมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ 3) ครอบครัวมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียว (McCubbin & McCubbin, 1996) และส่วนครอบครัวที่ปรับตัวได้ไม่ดี สมาชิกครอบครัวย่อมจะมีปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ มีภาวะเครียด และซึมเศร้าเกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่า การบาดเจ็บศีรษะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหา (A) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเข้ามากระทบสมาชิกครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด ซึ่งการบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาที่ทับถมต่อเนื่อง (AA) จะส่งผลต่อการปรับตัวหลังระยะวิกฤต ครอบครัวก็ต้องหาวิธีในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามที่จะปรับตัวเพื่อให้ครอบครัวสู่ภาวะสมดุล ซึ่งสมาชิกครอบครัวจะมีการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขหรือปรับตัวโดยพิจารณาจากปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ (B; BB) ที่สมาชิกครอบครัวมีอยู่ว่าจะใช้แหล่งประโยชน์นั้นอย่างไร นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะครอบครัว (T) และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวที่จะบอกว่าครอบครัวจะปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีหรือไม่ รวมไปถึงความเชื่อ และการรับรู้ (C; CC) ของครอบครัวต่อความรุนแรงการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ว่ามีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน หากมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่ารุนแรง จะส่งผลให้เกิดความเครียดมากขึ้น (จุฬาลักษณ์ ลิมลีชา, 2547) ทำให้สมาชิกครอบครัวพยายามหาทางออกและตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (PSC) ซึ่งการที่จะกล่าวได้ว่าครอบครัวนั้นมีการปรับตัวได้ดีหรือไม่นั้นสามารถประเมินได้จาก ภาวะสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง ความผูกพันกันในครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว (McCubbin & McCubbin, 1996) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว ซึ่งการที่จะกล่าวได้ว่าปรับตัวได้หรือไม่นั้นจะประเมินจากการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่อย่างหนึ่งของครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549; Friedman et al, 2003) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่ดี ครอบครัวเกิดความสมดุล และเกิดความสุขภายในครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549)

การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว เป็นแนวคิดสำคัญที่เน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล (Family Centered Care) ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลนั้น เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวในด้านบทบาทหน้าที่ (McCubbin & McCubbin, 1996) และการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวนั้น ส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แต่พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวนั้นพบได้น้อยเพียงร้อยละ 58.89 เท่านั้น (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ดังนั้นการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมในการดูแลไว้ ดังนี้

Brownlea (1987) ให้ความหมายว่า เป็นการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง ด้วยตนเอง หรือได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการกระทำการกิจกรรมการดูแลรักษา และประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา

Gove (1986) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วม (Participation) เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. เป็นการกระทำโดยทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น
2. เป็นหุ้นส่วน (Partner) โดยการกระทำบนเงื่อนไขของการมีข้อตกลงร่วมกันหรือเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน
3. เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน โดยการเข้าไปมีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

Aswort, Longmate and Marrison (1992) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการสัมพันธ์สภาพของบุคคลที่อยู่ในพื้นฐานของการให้คุณค่าความเป็นบุคคล ในการร่วมกันวางแผนการดูแลร่วมกันและมีการประเมินผลการดูแลร่วมกัน

Specht et al. (2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการดูแลร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัวและบุคลากรวิชาชีพ ในการแสดงบทบาทและมีปฏิสัมพันธ์กัน

Lee and Craft-Rosenberg (2002) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวว่า เป็นการดูแลที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ครอบคลุมการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน

Tutton and Ager (2003) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมว่า เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจ การวางแผนในการดูแลและการประเมินผลการดูแล

กล่าวโดยสรุปการมีส่วนร่วมในการดูแล หมายถึง การได้มาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผน การตัดสินใจ และการประเมินผล ซึ่งเป็นการร่วมกันวางแผนการดูแลร่วมกันทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่

สุขภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นบทบาทที่สำคัญของครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกเมื่อเกิด การเจ็บป่วย

ลักษณะของการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

จากการทบทวนวรรณกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลพบว่า สมาชิกครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ การมีส่วนร่วมในการ ดูแลแบ่งเป็น 4 ลักษณะ (ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552; Tutton & Ager, 2003) ได้แก่

1. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล สามารถแบ่งประเภทของข้อมูลที่ต้องมีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ประกอบด้วย (คุชฎี ใจ โปร่ง, 2548; ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552, รัตนา อยู่เปล่า, 2543)

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ประวัติการ แพ้ยา โรคประจำตัว สติการรับรู้ต่าง ๆ

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ได้แก่ พยาธิสภาพ ตำแหน่ง สาเหตุอาการและ อาการแสดง ระยะเวลาดำเนินโรค ความผิดปกติหรือความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

1.1.3 แนวทางการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การผ่าตัด การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การ งดน้ำงดอาหาร การส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ หรือการสอคล้องอุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าไปในตัวผู้ป่วยเพื่อการ รักษา

1.1.4 แนวทางการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกตอาการและความผิดปกติต่างๆที่ สมาชิกครอบครัวต้องร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการสังเกตอาการใกล้ชิดเช่น ระดับความรู้สึกตัวของ ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป วิธีการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหวร่างกาย การกระตุ้นการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว ได้แก่ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่อยู่ หรือเบอร์โทรศัพท์ของบุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระเบี่ยงของโรงพยาบาล ได้แก่ เวลาเข้าเยี่ยม สถานที่พักผ่อน ซึ่งการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ในการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เนื่องจาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถสื่อสารได้ สมาชิกครอบครัวจะเป็นตัวกลางในการสื่อสารระหว่าง เจ้าหน้าที่และตัวผู้ป่วยในการดูแลและรักษา เพื่อสามารถให้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้องและเป็นส่วนที่ช่วยในการตัดสินใจ วางแผนรวมไปถึงการประเมินการให้การดูแลของ

เจ้าหน้าที่ได้ (คุชฎี ใจโปรง, 2548; Laitinen, 1992) และในขณะเดียวกันการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างสมาชิกครอบครัว และเจ้าหน้าที่จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวทราบถึงแนวทางการรักษา วิธีการปฏิบัติกรดูแล เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อ และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ และสมาชิกครอบครัว (Astedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-Ilmonen, 2001) และทำให้สมาชิกครอบครัวให้เกิดความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลถึงความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว และสามารถปฏิบัติกรดูแลได้อย่างถูกต้องในลำดับต่อไปได้เป็นอย่างดี

2. ด้านการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัว และเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงมีการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวหรือมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541; Bruce, 2007) สมาชิกครอบครัวจึงต้องตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด แต่ปัจจุบันพบว่า สมาชิกครอบครัวจะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือปฏิเสธแนวทางการรักษาเพราะกลัวว่าจะเกิดผลเสียกับผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549) อย่างไรก็ตามสิ่งที่สมาชิกครอบครัวต้องมีการวางแผนและตัดสินใจร่วมกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การตัดสินใจในการผ่าตัด การใส่หรือถอดเครื่องช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย การวางแผนในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษ เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ทัศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552)

3. ด้านการปฏิบัติกรดูแลการให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยนั้น เป็นการส่งเสริมให้สัมพันธภาพของครอบครัวดีขึ้น (คุชฎี ใจโปรง, 2548) และเป็นสิ่งที่ดีหากครอบครัวมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของสมาชิกครอบครัว รวมไปถึงการได้สัมผัสและต้องผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวตนเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความผาสุกจากการเอาใจใส่จากผู้ดูแล (จันทร์พรหมน้อย, 2547) ยังทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกตัวตนเองมีประโยชน์ มีคุณค่าในการเข้าไปดูแลผู้ป่วย (พิกุล เจริญสุข, 2549) ซึ่งสมาชิกครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจากการเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นอันดับแรก (Laitinen, 1992) พยาบาลในฐานะผู้ดูแลก็ต้องสามารถให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ที่อาจเกิดกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในขณะดูแลได้ ซึ่งกิจกรรมการดูแลที่สมาชิกครอบครัวควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ควรครอบคลุมการปฏิบัติกรดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม (จันทร์พรหมน้อย, 2547; ทัศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552; พัทรี หมั่นกล้า, 2546; พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550; Laitinen, 1993)

3.1 การปฏิบัติการดูแลด้านร่างกายได้แก่

3.1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การเช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป การเปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหารและน้ำ การช่วยประคองในการลุกเดิน และเคลื่อนไหวร่างกายต่าง ๆ

3.1.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และปอดอักเสบจากการนอนนาน ๆ การบริหารข้อและกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง วิธีการดูแลสายระบายปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียงหรือการพลัดตกหกล้มต่าง ๆ

3.1.3 การฟื้นฟูร่างกายที่ผิดปกติ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การฝึกพูด การบอกวัน เวลา สถานที่ต่าง ๆ

3.2 การปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อน ฝึกล้อเล่นผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ และมีการสัมผัสและต้องผู้ป่วยอย่างแผ่วเบา นุ่มนวล

3.3 การปฏิบัติการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การสวดมนต์ อ่านคัมภีร์ หรือเปิดสื่ออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรักหรือศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือให้ผู้ป่วยฟัง

3.4 การปฏิบัติการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การนำสมาชิกครอบครัวคนอื่น หรือบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยคนอื่นมาเยี่ยม เช่น ลูกหลาน เพื่อนสนิท เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคม

4. ด้านการประเมินผลการดูแล การประเมินผลการดูแลเป็นขั้นตอนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกครอบครัวและเจ้าหน้าที่จะร่วมกันประเมินผลของการดูแลว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีผลดีต่อผู้ป่วยอย่างไร เพื่อการแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนการดูแลจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งสมาชิกครอบครัวจึงควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล เนื่องจากสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย หรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไร (Laitinen & Isola, 1996)

จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวนั้นมีหลายลักษณะแตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์หรือความต้องการคือ การให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในการดูแล เพื่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุดทั้งแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล ดังนี้

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลนั้น ส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยหลายประการ เช่น ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกละเลยหรือทอดทิ้ง รู้สึกได้ถึงความรักและความห่วงใยจากสมาชิกครอบครัว

ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (จันทรา พรหมน้อย, 2547) ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพทางกายที่ดีขึ้น (พิกุล เจริญสุข, 2549; โสพรรณ โพทะยะ, 2544) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบาย สีสหน้าแจ่มใสและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น (พิกุล เจริญสุข, 2549) และส่งผลต่อระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง (Mackay, Bernstein & Chapman, 1992) ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดกับครอบครัวได้ซึ่งเป็นผลดีต่อครอบครัว

ประโยชน์ต่อสมาชิกครอบครัว

การมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวเป็นการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และยังส่งผลดีต่อครอบครัวตั้งแต่ระยะแรก ทำให้ครอบครัวลดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2550) และจากการที่สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดและเห็นอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกอุ่นใจ (คุณฤ ใจโปร่ง, 2548; พิกุล เจริญสุข, 2549) นอกจากนี้ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวจากการฟื้นฟูที่เร็วขึ้นของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ในการดูแล (รัมภ์รดา อินทร, 2538; สุนา แสนมาโนช, 2541) และเมื่อครอบครัวมีการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่ และเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นก็จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแล และเกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (พัชร หมีนกล้า, 2546; พิกุล เจริญสุข, 2549) ส่งผลให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้

ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล

การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล เช่น การช่วยแบ่งเบาภาระงานที่พยาบาลมีหนักอยู่แล้ว (พิกุล เจริญสุข, 2549) และทำให้บุคลากรพยาบาลได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วย ทำให้การดูแลทันเวลา และครอบคลุมมากขึ้น (Coyne, 1996) อีกทั้ง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัวและบุคลากรพยาบาล

การประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยส่งผลดีทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ดังนั้นการประเมินถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะยาวต่อไป ซึ่งการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นพบได้ ดังนี้

การศึกษาของ พรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) ได้พัฒนาแบบประเมินการมีส่วนร่วมจากผลการศึกษาของ Andershed and Ternested (1999) Brownlea (1987) Specht et al. (2000) โดย

ประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการตัดสินใจ (Decision Making Process) 2) กิจกรรมการดูแล (Take Part in Care) และ 3) การประเมินผลการดูแล (Evaluation) โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ และนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 130 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .87

การศึกษาของ ชลาทิพย์ ทองมอญ (2549) ได้ประเมินการมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของ Freidman (1997) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว โดยประเมินการมีส่วนร่วม 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลหรือการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล การมีส่วนร่วมในการกระตุ้นหรือให้กำลังใจ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ให้คำแนะนำหรือชี้แนะแนวทาง การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแล และการมีส่วนร่วมในการประเมินพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว แบบสอบถามมีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ ซึ่งนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังจำนวน 110 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .87

การศึกษาของ รุจิ รัตนเสถียร (2550) ได้ประเมินการมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิด Schepp (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว โดยประเมินการมีส่วน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับบุคลากรทางการพยาบาล ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และด้านการตัดสินใจ ที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้ปฏิบัติ และปรารถนาจะปฏิบัติ โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามอย่างละ 40 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 4 ระดับซึ่งนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .90

การศึกษาของ ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552) เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ พรจันทร์ สุวรรณมนตรี (2550) ร่วมกับการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดของ Tutton and Ager (2003) โดยลักษณะของแบบประเมินเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแล เป็นชนิดมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งสิ้น ประเมินเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) ด้านการวางแผนและตัดสินใจดูแล 3) ด้านการปฏิบัติดูแล 4) ด้านประเมินผลการดูแล และ 5) ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งมีการ

นำไปใช้จริงกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 119 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .89

สำหรับการประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์ (2552) เนื่องจากมีความครอบคลุมในการมีส่วนร่วมในการดูแล และมีการนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยการประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 2) ด้านการวางแผนและตัดสินใจดูแล 3) ด้านการปฏิบัติการดูแล 4) ด้านประเมินผลการดูแล และ 5) ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

จากแนวคิด The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation ของ McCubbin and McCubbin (1996) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัวว่ามีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น สามารถประเมินการปรับตัวของครอบครัว ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง 2) การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอย่างเหมาะสม และ 3) การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี มีความผูกพัน รักใคร่กันในครอบครัว (McCubbin & McCubbin, 1996) สำหรับการศึกษาครั้งนี้มุ่งประเมินการปรับตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่ต้องปฏิบัติเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และเกิดความพึงพอใจทั้งในครอบครัวผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ (ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552; ประณีต ส่องวัฒนา และคณะ, 2543) ซึ่งการที่สมาชิกครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมากน้อยเพียงใด อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งจากตัวผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษา และครอบครัว (พิบูล เจริญสุข, 2549) จากกรอบแนวคิดความเครียดและการปรับตัวของ McCubbin and McCubbin (1996) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัวจากเหตุการณ์การบาดเจ็บศีรษะ และสัมพันธภาพในครอบครัวที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อการปรับตัวของครอบครัว ซึ่งเป็นมิติหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมในการดูแล และปัจจัยเหล่านี้ก็ยังคงมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวนั้นยังน้อยเพียง ร้อยละ 58.89 เท่านั้น (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ทั้งที่มี

ผลดีต่าง ๆ มากมายดังที่กล่าวมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าวนี้ น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ปกติหรือเป็นความแปรปรวนของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของแต่ละบุคคล การที่ครอบครัวรับรู้ถึงความรุนแรงการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมาก น้อยแตกต่างกันทำให้สมาชิกครอบครัวพยายามหาทางออกและตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัวได้ โดยเฉพาะครอบครัวที่เคยผ่านประสบการณ์ของการเจ็บป่วยของตนเอง หรือบุคคลในครอบครัวก็จะทำให้สามารถรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นได้ (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; Friedman et al, 2003)

การบาดเจ็บศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า และตำแหน่งของการบาดเจ็บก็เป็นอย่างสำคัญ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความรุนแรงว่าอยู่ในระดับมาก (ทรรศนิษฐ์ ทัพโพธิ์, 2552) เป็นกระบวนการที่บุคคลสัมผัส และแปรผลจากสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงมากหรือน้อย ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดการรับรู้ถึงสภาพผู้ป่วย และมีประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นเมื่อสมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีความรุนแรงทำให้เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่หายเป็นปกติตามที่หวังไว้ ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวไม่กล้าเข้ามาดูแล หรือในบางรายหลีกเลี่ยงการพบเจอสภาพผู้ป่วยเนื่องจากเกิดความกลัว (พิกุล เจริญสุข, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jonsen et al. (2000) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของญาติที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยพบว่า ญาติผู้ดูแลจะหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากความรุนแรงของโรค ซึ่งญาติมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสิ่งที่เกิดขึ้น จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้

อย่างไรก็ตามในบางครอบครัวยังผู้ป่วยประสบกับภาวะวิกฤตมากเท่าไร ครอบครัวยังต้องการที่จะเห็นผู้ป่วยบ่อยเท่านั้น และมีความต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Titler et al., 1995) แต่จากการศึกษาของ Lee and Craft-Rosenberg (2002) พบว่า แม้ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย จะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล แต่ระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่สูงขึ้น ทำให้การดูแลมีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ผู้ดูแลขาดความมั่นใจและมีการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ในระดับสูง ส่งผลต่อความล้มเหลวต่อการมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ และจาก

การศึกษาของจันทรา พรหมน้อย (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้

สำหรับการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ประเมินจากแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงมีค่าตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่าไม่รุนแรง ส่วน 10 คะแนน หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากที่สุด (จันทรา พรหมน้อย, 2547; ทรรศนีย์ ทัพโพธิ์, 2552; จุฬาลักษณ์ ลิมลีธชา, 2547)

ความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความเครียดของสมาชิกครอบครัว เป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว ของสมาชิกครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย (McCubbin & McCubbin, 1996) โดยเฉพาะการบาดเจ็บศีรษะ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นหากไม่สามารถเผชิญ และปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้นได้จะส่งผลกระทบต่อความร่วมมือของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้มากมาย ดังนี้

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ที่ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive Appraisal) ว่า ความสัมพันธ์นั้นเกินขีดจำกัดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าการคุกคามเป็นอันตราย หรือสูญเสียหรือทำลายต่อความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต

Selye (1956) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย โครงสร้างทางเคมี ซึ่งปฏิกิริยาที่ตอบสนองไปนั้นจะมีการแสดงออกของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

จันทร์จิรา ลิ้มถาวร (2546) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม และเพื่อปรับภาวะสมดุลในบุคคลการตอบสนองอาจปรากฏออกมาทั้งทางพฤติกรรมที่สังเกตได้และไม่ได้ จะส่งผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

โดยสรุปความเครียดหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตน รู้สึกว่าการคุกคามเป็นอันตราย หรือสูญเสียหรือทำลายต่อความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต ซึ่งแต่ละคนอาจมีการตอบสนองออกมาที่แตกต่างกัน

ระดับความเครียด

จากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) การเกิดความเครียดจะรุนแรงมาก หรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินและตัดสินใจในเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบกับตนเองว่ามี

ลักษณะอย่างไร และส่งผลให้เกิดความเครียดหรือไม่ ความเครียดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นความเครียดในระดับต่ำและบุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างอัตโนมัติ เช่น การทำงานประจำวัน การศึกษาเล่าเรียน เป็นต้น

ระดับที่ 2 เป็นภาวะเครียดที่ คาดว่าจะได้รับการคุกคามหรือมีการคุกคามเกิดขึ้นแล้วแต่เป็นระยะสั้น ๆ และบุคคลมักจะปรับแก้กับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่มักจะประสบความสำเร็จ

ระดับที่ 3 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากขึ้น อยู่ในระดับกลาง ๆ เป็นภาวะเครียดที่คงอยู่กับบุคคลเป็นเวลานาน ๆ เช่นการต้องเปลี่ยนงานในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งบุคคลจะรับรู้ว่ามีคุกคามมากกว่าระดับที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงถึงความเครียดที่เกิดขึ้น เริ่มสังเกตและวัดได้

ระดับที่ 4 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงมากที่สุด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองสูง รู้สึกเหนื่อยล้าต่อการต่อสู้กับสถานการณ์ ร่างกายจะเริ่มเตือนว่าควรปรับแก้ไม่ได้แล้ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติตามมาเช่น มีความดันโลหิตสูงขึ้น โรคหัวใจ โรคทางจิต

ผลของความเครียดต่อภาวะสุขภาพ

อย่างที่กล่าวมาการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ทราบล่วงหน้า ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดขึ้น นำมาซึ่งผลเสียต่อสุขภาพ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ในครอบครัว การบาดเจ็บศีรษะซึ่งมีการดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอน ทำนายได้ยากเกิดความไม่แน่ใจและความคลุมเครือว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอีกบ้าง ทำให้สมาชิกครอบครัวมีการประเมินเหตุการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด (ดาร์รัดน์ ปานดี, 2549) และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด (Murata, 1995 อ้างถึงในดาร์รัดน์ ปานดี, 2549) นอกจากนี้การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และเครื่องมือเครื่องใช้ที่แปลกใหม่ มีความซับซ้อน มีความทันสมัยและไม่ใช้สิ่งที่คุ้นเคยในชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความวิตกกังวล ความสับสน ก่อให้เกิดความกลัว ความเครียด เพราะสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนแต่เป็นสิ่งที่แปลกใหม่ของสมาชิกครอบครัวทั้งสิ้น (จิราวรรณ บุญบรรจง และวิจิตรา กุสุมภ์, 2544)

เมื่อสมาชิกครอบครัวเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมักจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเพื่อต่อสู้หรือเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น และพยายามทำให้ความเครียดนั้นบรรเทาเบาบางลง ซึ่งหากสมาชิกครอบครัวมีการเผชิญความเครียดอย่างไม่เหมาะสม ก็จะทำให้ความเครียด

นั้นคงอยู่หรือยิ่งเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การปรับตัวได้ไม่ดี อาจส่งผลการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะผลต่อการทำหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นอกจากนี้ความเครียดจะทำให้สมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (สมพันธ์ หิณชิระนันท์, 2540) ซึ่งล้วนมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งสิ้น จากการศึกษาของ จิตศิริ ปรีชาวิเศษ และคณะ (2550) พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.14, p > 0.05$) แต่การศึกษาของ Palmer (1993) ที่ศึกษาการดูแลบุตรที่ป่วยในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ปกครองที่มีระดับความเครียดสูงนั้นไม่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลให้มีความแตกต่างกันในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัว ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถจัดการ หรือลดความเครียดนั้น สำหรับความเครียดระดับต่ำ จะทำให้การจัดการกับความเครียดนั้นได้ง่าย และรวดเร็วกว่าสมาชิกครอบครัวที่มีความเครียดในระดับสูง (ดรวรรณ ปานดี, 2549) ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรหนึ่งเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหรือไม่

การประเมินความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า การที่สมาชิกครอบครัวมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำหรือสูงนั้นก็ต้องมีการประเมินถึงความเครียดที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้มีการประเมินความเครียดพบได้ ดังนี้

การศึกษาของพรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวิชย์ (2545) ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด Perceived Stress Questionnaire (PSQ) ซึ่งนำมาแปลเป็นไทยโดย วริยา วชิราวัฒน์ (2543) แบบสอบถามมีข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 22 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 4 ระดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การศึกษาของ จันทรจิรา ลิ้มถาวร (2546) ใช้แบบสอบถามประเมินความเครียด Symptom of Stress Inventory ที่ดัดแปลงจาก Cornell Medical Index นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดลองใช้กับคนไทยโดย มาเจอรี เอ เมคกะ แบบสอบถามมีข้อคำถาม 75 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลทั่วไป ศัลยกรรมและอายุรกรรม จำนวน 133 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98

แบบวัดความเครียดของดาร์วิน ปานดี (2549) ซึ่งแปลมาจาก แบบวัดความเครียด Stress Appraisal Questionnaire (SAQ) ของ Yan (2000) ซึ่งพัฒนาแบบวัดนี้โดยตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบบสอบถามมีข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ และได้นำไปใช้ในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจำนวน 160 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการประเมินความเครียดของ ดาร์วิน ปานดี (2549) เนื่องจากมีการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับการศึกษานี้

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว เป็นความผูกพันของคนในครอบครัวที่มีต่อกันทั้งในภาวะปกติหรือการเจ็บป่วยก็ตาม มีผู้ให้ความหมายของสัมพันธภาพไว้ ดังนี้

ชลทิพย์ ทองมอญ (2549) กล่าวว่า สัมพันธภาพคือ การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่านั้น มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความพึงพอใจและให้การยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลที่ใกล้ชิดเกิดความรู้สึกปลอดภัยมั่นคงในกิจกรรมที่กระทำร่วมกัน

เนตรลาวัณย์ เกิดหอม (2548) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันเกี่ยวข้องกันของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน โดยเกิดจากความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย อาหาร ความเคารพซึ่งกันและกันการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการพัฒนาหย่อนใจในครอบครัว

คมสัน แก้วระชะ (2540) กล่าวว่า สัมพันธภาพคือ รูปแบบของพฤติกรรมจากการมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดกระบวนการระหว่างบุคคลขึ้น อาจเกิดขึ้นระหว่างคน 2 คน หรือกลุ่มคนก็ได้ โดยการพยายามให้ปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน และเกิดความพอใจกัน เพื่อการนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่บุคคลร่วมกันกำหนดไว้

โดยสรุปสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว เป็นความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ห่วงใย อาหาร ความไว้วางใจ ความรักใคร่ ความปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ซึ่งอาจเกิดขึ้นระหว่างคน 2 คนหรือมากกว่า

ลักษณะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัวนั้นมีหลายลักษณะ ซึ่งการศึกษานี้แบ่งลักษณะของสัมพันธภาพ ได้แก่ (ศรีสวาท ชัยครุณ, 2537)

1. การมีความรู้สึกร่วม (Empathy) คือ การที่ผู้ให้ความช่วยเหลือเข้าใจความรู้สึกของผู้ต้องการความช่วยเหลืออย่างลึกซึ้ง โดยยังคงความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองไว้ได้

2. การยอมรับนับถือ (Respect) คือ การให้เกียรติและยอมรับในความสามารถของผู้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา รวมทั้งการยอมรับความเป็นบุคคล และเอกลักษณ์ของบุคคลของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือด้วย

3. การแสดงออกอย่างอบอุ่น (Warmth) คือ การที่ผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้ให้การช่วยเหลือมีความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแล ความรักและความเอาใจใส่นี้เป็นเหตุให้ผู้รับการช่วยเหลือประสบความสำเร็จ เห็นคุณค่าแห่งตนในที่สุด

4. การมองเห็นจุดสำคัญอย่างถูกต้อง (Concreteness) คือ การที่ผู้ให้การช่วยเหลือได้ให้ความช่วยเหลือ และได้รับการช่วยเหลือได้รับการตอบสนองได้ถูกต้องตามความต้องการ

5. การมีความซื่อสัตย์จริงใจ (Genuineness) คือ การแสดงความจริงใจอย่างแท้จริงจากส่วนลึกในใจ

6. การเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) คือ การเสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้รับการช่วยเหลือ

7. ความสามารถติดต่อสื่อสาร (Communication) คือ การช่วยเหลือจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารที่ชัดเจน และมีความถูกต้อง

ดังนั้นการที่สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกที่ดี มีความรัก ความห่วงใย อาทร ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมและนับถือต่อผู้ป่วย ก็จะแสดงถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวในทางที่ดีจะส่งผลให้การเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การเจ็บป่วยของสมาชิกคนครอบครัวถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการจัดการการดูแล (จินทนา ชาญประโคน, 2551) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ระบบการพึ่งพาของสมาชิกครอบครัวเป็นไปด้วยดี

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการบาดเจ็บศีรษะ บุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น ซึ่งสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกัน ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอาจ 1 คนหรือมากกว่าส่งผลให้ หน้าที่ และความรับผิดชอบของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกันไปด้วย หากมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อนด้วยความรักและผูกพัน สมาชิกครอบครัวจะมีความมุ่งมั่น และเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติให้การดูแลมักจะได้รับความช่วยเหลือ คำจุน คุแล มีเพื่อน คู่คิดและช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ดี (อุษา เอี่ยมสังข์, 2546) และพบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดีรวมไปถึงพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดีด้วย (Wilson, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินทนา

ชาญประโคน, นงพิมล นิมิตรอนันต์, วิไลพรรณ สมบุญคนนท์ และสุพัฒนา คำสอน (2551) พบว่า ครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันทำให้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อยทำให้ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระส่วนใหญ่ในการจัดการดูแลเพียงลำพัง

จากที่กล่าวมาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย ที่ประกอบด้วยความรัก ความเข้าใจอันดี ความผูกพัน เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือปกป้อง และการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยกระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญต่อระบบการดูแล และคุณภาพในการดูแลอย่างยิ่ง จะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น การศึกษาของ ทิตยา ทิพย์สำเนียง (2543) ที่ทำการศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความพึงพอใจในการดูแล (ชลาทิพย์ ทองมอญ, 2549) ซึ่งยังไม่พบสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลในภาวะวิกฤต ที่มีความแตกต่างกัน และจากแนวคิดการปรับตัวของ McCubbin and McCubbin (1996) ที่กล่าวถึงความผูกพันในครอบครัวจะมีผลให้เกิดการปรับตัวที่ดีได้ ซึ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วย จะมีผลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยและทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแล (นิศากร แควพิลา, 2545) และทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการดูแล ซึ่งเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจย่อมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวด้วย

การประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาการประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ดังนี้

การศึกษาของชุลีกร ทาทอง (2550) ใช้แบบประเมินความเป็นอันหนึ่งเดียวกันของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของ McCubbin and McCubbin (1996) แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 1 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 4 ระดับ ซึ่งนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .81

การศึกษาของ McCubbin and McCubbin (1996) ใช้ประเมินสัมพันธภาพ ความผูกพันในครอบครัว (Family Attachment) จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) มี 5 ระดับ และนำไปใช้จริงในครอบครัววัยรุ่นและวัยกลางคนที่มีความเครียด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

การศึกษาของ เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540) ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความใกล้ชิดสนิทสนมของวอลเกอร์และทอมป์สัน (Walker & Thompson, 1983) ที่ประกอบด้วยความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความไว้วางใจ ความผูกพัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's Scale) 6 ระดับ และนำไปใช้จริงกับสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

สำหรับการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แปลแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว Family Attachment ของ McCubbin and McCubbin (1996) และนำแบบประเมินด้าน สัมพันธภาพ ความผูกพันในครอบครัวมา จำนวน 8 ข้อ มาใช้เนื่องจากมีความครอบคลุมเนื้อหาด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว และตรงกับกรอบแนวคิดที่ใช้

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัวก่อให้เกิดความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลที่ดี มีความพึงพอใจในการดูแล จะส่งผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้

จากผลการศึกษาที่ยังมีความหลากหลายอยู่ และเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความแตกต่างกับการบาดเจ็บศีรษะ ส่งผลให้มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะน่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่า การบาดเจ็บศีรษะมีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว (Kosciulek, 1997) ซึ่งในผู้ป่วยพบว่า ก่อให้เกิดความพิการต่าง ๆ และสำหรับครอบครัวการบาดเจ็บศีรษะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นหากสมาชิกครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและการปรับตัวได้ก็จะทำให้ครอบครัวเกิดความสมดุลได้ แต่หากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้ระบบครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปและขาดสมดุลได้ ซึ่งการปรับตัวของครอบครัว สามารถประเมินได้จากการทำหน้าที่ของครอบครัว (McCubbin & McCubbin, 1996) ที่ต้องดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (โสพรรณ โพทะยะ, 2545; พิกุลเจริญสุข, 2549; รัมภ์รดา อินทร, 2539; พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) และสมาชิกครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการรักษาและลดความวิตกกังวลได้ (O' Neill & Lapinsky, 2008; Macdougall, 2007) แต่จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะยังค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 58.89 (พรจันทร์ สุวรรณมนตรี, 2550) ทั้งที่สมาชิกครอบครัวมีความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์ ขอด้อย, 2541; อุบลวรรณ กิติรัตน์ตระการ, 2541; Bond et al, 2003) และงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดของสมาชิกครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ควรมีการตระหนักถึงปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านี้ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เพราะถึงแม้ว่าเมื่อร่างกายเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยก็อาจจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวต่อไป