

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังและ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ศีรษะ ระดับรุนแรง โดยเบื้องต้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสะท้อนคิดประสบการณ์ส่วนบุคคล และประสบการณ์ เชิงวิชาชีพของตนเองที่เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการรวบรวมวรรณกรรม เพื่อเป็น พื้นฐานความไวเชิงทฤษฎีของผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และ การจัดระบบเนื้อหาของข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ในประเด็นดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัว
 - 1.1 ความหมายการเยี่ยม
 - 1.2 รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วย
 - 1.3 ประโยชน์ของการเยี่ยม
 - 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วย
 - 1.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย
2. แนวคิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.1 ความหมายการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.2 การดูแลรักษาภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.3 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย
 - 2.4 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย
3. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัว

ความหมายการเยี่ยม

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความหมายของการเยี่ยมพบข้อมูล ดังต่อไปนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเยี่ยมโดยคำว่า การ หมายถึง งาน สิ่งหรือเรื่องที่ทำ ชูระ หน้าที่ ส่วนคำว่า เยี่ยม หมายถึง ไปถามข่าวทุกข์สุข ไปหา เช่น ไปเยี่ยมญาติ มาเยี่ยมบ้าน

จากพจนานุกรมภาษาอังกฤษ-ไทย (Smith, Robins, Sooppipatt & Phusawang, 2009) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเยี่ยม (Visitation) หมายถึง เป็นการกระทำโดยการเข้าไปหาเพื่อ การตรวจตรา (Inspection) การตรวจสอบ (Examination) และการดูแล (Supervision)

สมาชิกครอบครัวเป็นผู้มีความสัมพันธ์อันดีกับญาติ และมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกับผู้ป่วย เมื่อมีสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักเจ็บป่วยต้องเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลจากการได้รับอุบัติเหตุโดยไม่คาดคิดมาก่อน สมาชิกครอบครัวจึงมีความ คาดหวังที่จะได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล เพื่อจะรู้ว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บมากน้อย เพียงใด ยังมีชีวิตอยู่ มีอาการอย่างไร จะหายกลับบ้านเมื่อไหร่ เป็นต้น

สรุป การเยี่ยมของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การที่ญาติหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยไป หาผู้ป่วย สอบถามอาการ การมีชีวิตรอยู่ของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือจัดการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลตามที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคาดหวัง เมื่อได้รับการอนุญาตจากบุคลากร ทางพยาบาลให้พบผู้ป่วยได้ ตามระยะเวลาและระเบียบที่สถานที่นั้นกำหนด

รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วย

จากการศึกษาค้นคว้าของบริงเกอร์ (Brinker, 2001) ได้มีการจำแนกรูปแบบการเยี่ยม ผู้ป่วยไว้ 6 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. การเยี่ยมแบบจำกัด (Restrictive Visitation) เป็นรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีความ จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเนื่องจากการการดูแลใกล้ชิดจากบุคลากรทีมสุขภาพเป็น ส่วนใหญ่ เช่น ผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงซึ่งอยู่ในช่วงภาวะ วิกฤต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ ทำให้มีการจำกัดการเยี่ยมทั้งจำนวน ครั้งและระยะเวลาการเยี่ยม รวมทั้งโรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายการเยี่ยมขึ้นมา โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน และลดสิ่งกระตุ้นโดยไม่จำเป็น ในการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัว ซึ่งถือเป็นบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลยึดถือปฏิบัติกันมาแต่ดั้งเดิม สมาชิกครอบครัวต้องเสียเวลารอคอยในการเยี่ยมเป็นเวลานาน จนทำให้รู้สึกท้อแท้ใจ และมีความรู้สึกลำบากตนเองเป็นเพียงผู้สังเกตการณ์ (Gavaghan & Carroll, 2002)

2. การเยี่ยมแบบควบคุมโดยผู้ป่วย (Patient-controlled Visitation) หรือการเยี่ยมแบบ เฉพาะบุคคล (Individualized Visitation) เป็นรูปแบบการเยี่ยมสำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี อยู่ในระยะ พักฟื้น ไม่ต้องการการรบกวนที่ไม่จำเป็น โดยเขียนป้ายบอกหน้าห้องหรือใช้สัญญาณไฟ เช่น ไฟเขียวหมายถึงเยี่ยมได้ ไฟแดงหมายถึงงดเยี่ยม เป็นต้น

3. การเยี่ยมแบบเป็นครั้งคราว (Structured Periodic Visitation) เป็นรูปแบบการเยี่ยม ผู้ป่วยที่ใช้สำหรับบุคคล 2 คน โดยนำช่วงระยะเวลาการเยี่ยมมาเป็นตัวกำหนดระยะเวลาในการ

เข้าเยี่ยมว่าต้องการนานแค่ไหน เช่น การเยี่ยมครั้งละ 30 นาที

4. การเยี่ยมแบบยืดหยุ่น (Flexible Visitation) เป็นรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่มีการพัฒนาจากการเยี่ยมแบบจำกัด โดยบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจสมาชิกครอบครัวให้การเอาใจใส่ในการเยี่ยมผู้ป่วยภาวะวิกฤตของสมาชิกครอบครัว และยืดหยุ่นระยะเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตามความต้องการ และความจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต ซึ่งการเยี่ยมรูปแบบนี้ได้มีการนำไปปฏิบัติในหน่วยงานวิกฤตเพิ่มมากขึ้น

5. การเยี่ยมแบบครอบคลุม (Inclusive Visitation) เป็นรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่เปิดกว้างสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งทุกคนสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้โดยไม่จำกัดจำนวนหรือความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คงเหลือเพียงข้อกำหนดเกี่ยวกับระยะเวลาการเยี่ยมที่กำหนดไว้ เช่น หลีกเลี่ยงการเยี่ยมในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

6. การเยี่ยมแบบเสรี (Open Visitation) เป็นรูปแบบการเยี่ยมที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคาดหวัง เป็นรูปแบบที่ให้ประโยชน์ด้านการสนับสนุน และความอุ่นใจทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตที่ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความต้องการที่จะอยู่ด้วยกันอย่างไม่มีข้อจำกัด หรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยต้องเดินทางมาไกลในการมาเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งสมาชิกครอบครัวที่ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดเยี่ยมได้ เนื่องจากมีความจำเป็นหรือต้องทำงานในเวลาที่เปิดให้เข้าเยี่ยม นอกจากนี้การเยี่ยมแบบเสรียังทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจและการติดต่อสื่อสารเพิ่มมากขึ้น (Sims & Miracle, 2006)

สำหรับประเทศไทยรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะยึดนโยบายขององค์กรเป็นหลักในการปฏิบัติเกี่ยวกับการเยี่ยมอย่างเคร่งครัด เริ่มตั้งแต่การกำหนดระยะเวลาและช่วงเวลารับเยี่ยมช่วงสั้น ๆ โดยยึดการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งอาจมีการอนุญาตให้สมาชิกครอบครัวสามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดในช่วงเวลากลางคืนซึ่งเป็นช่วงที่กิจกรรมการรักษาพยาบาลน้อยกว่าช่วงเวลากลางวัน และบุคลากรทางการแพทย์จำนวนค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ ยังมีการนำแนวคิดการสนับสนุนการเยี่ยม (Visitation Facilitation) มาเป็นรูปแบบในการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยหนัก ช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) โดยยึดหลักการดูแลด้านจิตใจ-สังคมของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

ประโยชน์ของการเยี่ยม

จากการศึกษาพบว่า การเยี่ยมมีประโยชน์มากมายทั้งต่อผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ (Sims & Miracle, 2006) ดังต่อไปนี้

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกผ่อนคลาย และมีความวิตกกังวลน้อยลง เมื่อผู้ป่วยเห็นหน้าสมาชิกครอบครัวและเพื่อนของตนเอง และ ความวิตกกังวลยิ่งลดน้อยลงหากผู้ป่วยได้เห็นสมาชิกครอบครัวของตนเองบ่อย ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วย จะรู้สึกว่าได้ได้รับความรักและความปลอดภัยยิ่งขึ้นเมื่อมีผู้มาเยี่ยมบ่อยมากขึ้น

2. ความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวมีเพิ่มมากขึ้น หากได้เยี่ยมผู้ป่วยแบบเสรีหรือ เยี่ยมแบบยืดหยุ่น เนื่องจากสมาชิกครอบครัวมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบหลายอย่าง ดังนั้น การจำกัดเวลาเยี่ยมอาจทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถเยี่ยมในเวลาที่กำหนดได้ เนื่องจากต้อง ทำงานหรือปฏิบัติภารกิจอื่นในช่วงเวลาที่อนุญาตให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ ดังนั้นหากเปิดการเยี่ยมให้ สมาชิกครอบครัวเมื่อไรก็ได้ที่มาถึง ก็จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีกำลังใจยิ่งขึ้น

3. เพิ่มการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกครอบครัว ทั้งนี้ สมาชิกครอบครัวรู้สึกที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อสมาชิกครอบครัวได้พบกับพยาบาลบ่อยขึ้นสมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสถามคำถาม ได้รับการสอน และสามารถมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย

4. การสนับสนุนทางอารมณ์ และความเข้าใจในการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัว เพราะ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการฟื้นฟูของผู้ป่วย รวมทั้งสมาชิกครอบครัวก็ได้รับการสนับสนุน ทางอารมณ์ และความรู้สึกเข้าใจ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตมักจะมีความต้องการอย่าง เหลือเกิน

5. จัดสรรเวลาพักผ่อนให้ผู้ป่วย ไม่ต้องตื่นในช่วงเวลาที่กำหนดให้สมาชิกครอบครัว เข้าเยี่ยม หากสมาชิกครอบครัวได้รับการกระตุ้นให้สามารถเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยตื่นอยู่ได้ ทำให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น และสมาชิกครอบครัวสบายใจเมื่อออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปพักผ่อน หากเขาสามารถเยี่ยมผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

6. ลดการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย ทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง และความดันในกะโหลกศีรษะลดลงด้วยเช่นกัน

7. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวดีขึ้น โดยเฉพาะด้านอารมณ์และจิตใจทั้ง ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

8. สมาชิกครอบครัวและผู้มาเยี่ยมได้มีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยตามที่ตนต้องการ

9. สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ และระบบการ ดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วย มีดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยจากการเยี่ยมแบบจำกัดเป็นการเยี่ยมแบบเสรี ทิตเลอร์ (Tittler, 1995) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ประกอบด้วย

1. นโยบายการบริหารขององค์กร และอุปสรรคด้านโครงสร้าง พบว่า นโยบายขององค์กรส่วนใหญ่กำหนดเวลา และระยะเวลาการเยี่ยมไว้อย่างชัดเจน โดยบุคลากรและสมาชิกครอบครัวต้องปฏิบัติตามนโยบายการเยี่ยมที่กำหนดไว้ ส่วนโครงสร้างของหน่วยงานส่วนใหญ่มีสถานที่สำหรับสมาชิกครอบครัวเยี่ยมผู้ป่วยที่เตียง
2. ความรู้และความเชื่อของบุคลากรที่มีสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนหนึ่งมีความเชื่อว่า การเยี่ยมทำให้รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย และยังเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มภาระงานกับบุคลากร
3. ทักษะคิดแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการเยี่ยมของสมาชิกครอบครัว พบว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูงซึ่งเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการเข้าใจ และเจตคติ จึงทำให้มีความเข้าใจความรู้สึก และความต้องการของสมาชิกครอบครัว เมื่อมีสมาชิกครอบครัวได้รับบาดเจ็บเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการเยี่ยมผู้ป่วยทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล

จากการศึกษาของ ซิมส์และมิราเคิล (Sims & Miracle, 2006) พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วย คือ การที่พยาบาลแต่ละคนมีแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการเยี่ยมไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยพบว่าพยาบาลคนหนึ่งอนุญาตให้สมาชิกครอบครัวเข้าเยี่ยมได้หลายเวลา แต่พยาบาลอีกคนจะมีการจำกัดเวลาการเยี่ยม การปฏิบัติเช่นนี้นอกจากทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเกิดความสับสนแล้ว ยังนำมาซึ่งความรู้สึกไม่พอใจได้

การที่พยาบาลเป็นผู้พิจารณาอนุญาตให้สมาชิกครอบครัวเยี่ยมผู้ป่วย หรือควรจัดการเยี่ยมผู้ป่วยไว้ก่อนในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาในภาวะวิกฤต ทำกิจกรรมการพยาบาล หรือการทำหัตถการเร่งด่วน ซึ่งในภาวะเช่นนี้พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวทั้งการติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย

จากการสำรวจของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤตของอเมริกา (American Association of Critical-Care Nurse: AACN) พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยมีดังนี้ (Kirchhoff & Dahl, 2006)

1. นโยบายการเยี่ยมระหว่างพยาบาลระดับปฏิบัติการกับพยาบาลระดับบริหารยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ขึ้นอยู่กับทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการเยี่ยม บางทีพยาบาลอาจ

มีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับสมาชิกครอบครัว หรือมีความรู้สึกอึดอัดกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว

2. การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการเชื่อมโยงว่าปัจจุบันมีประเด็นใดที่มีการศึกษาแล้ว และพยาบาลนำความรู้ในประเด็นดังกล่าวมาทบทวน และปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งเผยแพร่ต่อไป

3. การนำความรู้ที่ได้มาพัฒนากิจกรรมการพยาบาล เช่น ประโยชน์ของการเยี่ยม การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว การบริหารจัดการในภาวะวิกฤต ทั้งนี้ความรู้เป็นกุญแจสู่ความสำเร็จเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระบบการเยี่ยมต่อไป

4. ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว และข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเยี่ยมที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวคาดหวัง เพื่อนำมาปรับใช้จนได้แนวทางที่เหมาะสมของผู้ป่วย

5. การประเมินและปรับแนวทางการเยี่ยมเมื่อมีข้อมูลใหม่ตามความจำเป็น เพื่อให้ได้แนวทางที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และบุคลากรทางการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยเฉพาะผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

6. การฝึกอบรมบุคลากรทางการพยาบาล และการยินยอมปฏิบัติตามนโยบายในการเปลี่ยนแปลงแนวทางการเยี่ยม หากไม่ได้รับการยินยอมก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเยี่ยมได้ ดังนั้นการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับการเยี่ยมแก่บุคลากร จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จได้

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย

อนึ่ง พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ส่วนใหญ่ถูกคาดหวังว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญอย่างมาก สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที มีทักษะในการใช้เครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) จากความคาดหวังนี้จึงทำให้พยาบาลมุ่งความสนใจไปยังสิ่งดังกล่าวมาก จึงทำให้บุคลากรทางการพยาบาลให้ความสนใจต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยลดน้อยลง สมพันธ์ วิทยะธีระนันท์ (2541) ได้เสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัว การให้ข้อมูลแก่สมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจลักษณะของครอบครัว ตลอดจนกระบวนการ วิธีการแก้ปัญหาของครอบครัวที่ผ่านมา โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัว มีดังนี้

1. ด้านข้อมูลข่าวสาร พยาบาลต้องมีท่าทีที่เป็นกันเอง นำเสียงเป็นมิตร ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นความจริง ไม่เร่งรีบจนเกินไป นอกจากนี้ต้องใช้ภาษาหรือคำพูดที่ครอบครัวมีความคุ้นเคยเข้าใจง่าย ยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูลหรือตอบข้อซักถาม และต้องให้ข้อมูลที่ เป็นจริง

2. ด้านจิตสังคม สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลอย่างมากต่อสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งบางครั้งสิ่งที่กลัวอาจไม่เกิดขึ้นอย่างที่กังวล ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความเหนื่อยล้าทางจิตใจมากขึ้น และไม่สามารถช่วยเหลืออะไรแก่ผู้ป่วยได้เลย (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) ขณะที่สมาชิกครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วย พยาบาลควรอยู่ใกล้ ๆ รับฟังและสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายปัญหาหรือความรู้สึก และดูแลตนเองในหมู่ญาติ โดยพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อม อำนวยความสะดวกให้ และมีส่วนส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวยอมรับวิกฤตการณ์นั้นได้เร็วขึ้น และอาจทำให้พยาบาลได้ข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจปัญหาสำคัญเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และสมาชิกครอบครัวจะได้ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง

3. ด้านร่างกาย ในฐานะสมาชิกครอบครัวได้เฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จนทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อย่ำ เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ น้ำหนักลด ขาดความสนใจตนเอง พยาบาลได้ให้ความสนใจเอาใจใส่ จัดสถานที่ให้สมาชิกครอบครัวได้นั่งพัก หรือดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สมาชิกครอบครัวมีเวลาพักผ่อน ช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้รับความสะดวกสบายยิ่งขึ้น

4. ด้านจิตวิญญาณ ในสถานการณ์ภาวะวิกฤต ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลอย่างรุนแรง กระวนกระวายใจ ต้องการบุคคลที่เข้าใจ ให้กำลังใจ ช่วยประคับประคองจิตใจ พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือหรืออาจส่งเสริมครอบครัว โดยจัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลได้ตามความเชื่ออย่างเหมาะสม อำนวยความสะดวกให้ครอบครัวประกอบพิธีทางศาสนาที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาตามศรัทธา

จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงเป็นการเจ็บป่วยภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาทันที ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตในครอบครัว สมาชิกครอบครัวจึงมีความต้องการได้รับกิจกรรมการพยาบาลในมาเยี่ยมผู้ป่วยที่ตรงกับความต้องการ ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวกลับสู่สมดุลได้อย่างรวดเร็วขึ้น และอาจนำไปสู่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหรือเข้าสู่ดุลยภาพได้รวดเร็วขึ้นเช่นกัน

แนวคิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ความหมายการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head Injury) หมายถึง การได้รับบาดเจ็บจากแรงภายนอกหรือมีประวัติถูกกระแทกกระแทกที่ศีรษะ ทำให้มีการบาดเจ็บที่ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะ ได้แก่ หนังศีรษะ

กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง สมอง และหลอดเลือดภายในกะโหลกศีรษะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน (จเร ผลประเสริฐ, 2542; นันทศักดิ์ ทิศาวิภาต, 2543; Hickey, 2003)

การบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถแบ่งประเภทตามตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ และเวลาของการได้รับบาดเจ็บ ดังนี้ (รัชนีกร บุญโชติมา, 2547; Roth & Frals, 2000)

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะปฐมภูมิ หรือ ที่เกิดขึ้นทันที (Primary Brain Injury) หมายถึง การบาดเจ็บของสมองที่เกิดขึ้น ณ ที่เกิดเหตุในกรณีที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บที่เกิดจากโรค หรือความผิดปกติของสมองโดยตรง สามารถแบ่งได้ดังนี้

1.1 การบาดเจ็บที่หนังศีรษะ (Scalp Injury) ได้แก่ การมีแผลถลอกที่หนังศีรษะ (Abrasion) การชอกช้ำของหนังศีรษะ (Scalp Contusion) การฉีกขาดของหนังศีรษะ (Scalp Laceration) และก้อนเลือดใต้กาเลีย (Galea Hematoma)

1.2 การบาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะ (Skull Injury) เกิดได้จากมีวัตถุมากระแทก ทำให้เกิดการแตกของกะโหลกศีรษะ ซึ่งประกอบด้วย การแตกของกระดูกกะโหลกศีรษะ (Cranial Fracture) และการแตกของกระดูกหน้า (Facial Fracture) ได้แก่ การแตกของกะโหลกแบบเป็นเส้น หรือการแตกร้าว (Linear Fracture) การแตกของกะโหลกศีรษะเป็นชิ้นเล็ก ๆ (Comminuted Skull Fracture) การแตกของกะโหลกศีรษะแบบยุบตัว (Depressed Skull Fracture) และการแตกของกระดูกฐานกะโหลกศีรษะ (Fracture Base of Skull)

1.3 การบาดเจ็บที่สมอง (Brain Injury) เป็นการบาดเจ็บที่เนื้อสมอง รวมทั้งเยื่อหุ้มสมอง หลอดเลือด และอวัยวะต่าง ๆ ในเนื้อสมอง นับว่าเป็นอันตรายที่รุนแรง และมีความสำคัญมากที่สุดในการบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้แก่ สมองช้ำ (Cerebral Contusion) สมองฉีกขาด (Cerebral Laceration) และเลือดออกในโพรงสมอง (Intracranial Hemorrhage)

1.4 การบาดเจ็บของเนื้อสมอง (Diffuse Brain Injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดทั่วไปในเนื้อสมอง โดยเฉพาะต่อเซลล์ประสาทและแอกซอน (Axon) จำแนกเป็นการบาดเจ็บที่ทำให้เนื้อสมองช้ำ (Cerebral Concussion) และการบาดเจ็บทั่วไปของแอกซอน (Diffuse Axonal Injury: DAI)

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะทุติยภูมิ หรือที่เกิดขึ้นภายหลัง (Secondary Brain Injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายหลังการประสบอุบัติเหตุ หรือเกิดจากการที่สมองมีอาการเลวลงในเวลาต่อมา โดยใช้เวลาเป็นนาที ชั่วโมง หรือวันภายหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งพบได้ตั้งร้อยละ 35 และทำให้เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะพร่องหรือขาดออกซิเจน (Hypoxia) ส่งผลให้เส้นเลือดสมองขยายออกและกดเบียดเนื้อสมอง ความดันโลหิตต่ำลง (Hypotension) ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง อุณหภูมิของร่างกายที่เพิ่มขึ้นหรือมีไข้ ทำให้ความต้องการออกซิเจนของร่างกาย

มากขึ้น ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง (Celik, Aksoy, & Akyolcu, 2004)

พยาธิสภาพของสมองที่เกิดขึ้นภายหลังการประสบอุบัติเหตุสามารถแบ่งได้ดังนี้

(Wong, 2000)

- 2.1 ก้อนเลือดเหนือดิวรา (Epidural Hematoma)
- 2.2 ก้อนเลือดใต้ดิวรา (Subdural Hematoma)
- 2.3 น้ำหล่อสมองและน้ำไขสันหลังรั่วเข้าชั้นใต้ดิวรา (Subdural Hygroma)
- 2.4 เลือดออกใต้ชั้นอแรคโนยด์ (Subarachnoid Hemorrhage)
- 2.5 ก้อนเลือดในเนื้อสมอง (Intracerebral Hematoma)
- 2.6 สมองบวม (Brain Edema)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูญเสียของสมองเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนภายในสมอง ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด ภาวะสมองบวม ภาวะช็อค การบาดเจ็บหลายระบบ อายุ ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อ และระบบการรักษาพยาบาล (นันทศักดิ์ ทิศาวิภาต, 2543) โดยที่การบาดเจ็บที่ศีรษะปฐมภูมิ (Primary Brain Injury) ได้เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล ดังนั้นบทบาทสำคัญของการให้การรักษา คือ การป้องกันการบาดเจ็บแบบทุติยภูมิ (Secondary Brain Injury) ซึ่งมักพบว่ามีปัจจัยร่วมคือ ภาวะพร่องหรือขาดออกซิเจน และความดันโลหิตลดต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เมาสุราแล้วเกิดอุบัติเหตุ

อนึ่ง การบาดเจ็บของสมองสามารถจำแนกตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บจะช่วยในการวางแผนการรักษาในระยะเฉียบพลัน ได้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยนั้น ๆ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ในการพยากรณ์ผลการรักษา ทั้งนี้ที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) โดยใช้แบบประเมินของกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score: GCS) เป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย การลืมตา การพูดที่ดีที่สุด และการเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด โดยรวมคะแนนการประเมินของกลาสโกว์สูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน หมายถึง สมองปกติ ถ้าคะแนนการประเมินของกลาสโกว์ต่ำสุดเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง สมองตาย นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) คือ

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (Minor Head Injury) มีคะแนน GCS เท่ากับ 13-15 คะแนน พบได้บ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว หรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (Amnesia) น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ หรือการชอกช้ำของเนื้อสมอง (Cerebral Contusion) และไม่มีก้อนเลือด (Hematoma) เกิดภายในกะโหลกศีรษะ

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง (Moderate Head Injury) มีคะแนน GCS เท่ากับ 9-12 คะแนน พบได้ร้อยละ 24 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 30 นาที แต่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะ

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Head Injury) มีคะแนน GCS เท่ากับ 3-8 คะแนน พบได้น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีการทำลายโครงสร้างของสมองเป็นบริเวณกว้าง มักพบแผลฉีกขาด มีเลือดคั่ง และเกิดการตายของเนื้อสมอง บริเวณที่มีการบาดเจ็บมักเกิดร่วมกับการมีกะโหลกศีรษะแตก ทำให้สมองมีการทำหน้าที่เปลี่ยนไป เป็นอัมพาตครึ่งซีก ในช่วงแรกผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพที่มีความชำนาญในหอผู้ป่วยหนัก จนผู้ป่วยมีอาการฟื้นระยะวิกฤต (McNair, 1999) และผู้ที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541) และยังคงใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกายอย่างต่อเนื่อง

การดูแลรักษาภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินอาการทางสมอง และการให้การพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

1.1 การซักประวัติ เช่น ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ ระยะเวลาภายหลังการเกิดอุบัติเหตุ การหมดสติ ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติโรคประจำตัว เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกายทั่วไป เช่น มีบาดแผลบริเวณศีรษะและใบหน้า การมองเห็น การเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก และการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย

1.3 การตรวจประเมินอาการทางระบบประสาท ซึ่งประเมินจากสัญญาณชีพ (Vital Signs) และอาการทางระบบประสาท (Neurological Signs) เพื่อทราบความผิดปกติของระบบประสาท ตลอดจนความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยการประเมินมีดังนี้ (รัชนิกร บุญยโชติมา, 2547)

1.3.1 การตรวจอาการทางระบบประสาท (Neurological Signs) โดยใช้แบบประเมินกลาสโกว์ (Glasgow Coma Score: GCS) ซึ่งเป็นการประเมินเชิงปริมาณในการวัดความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงอาการทางสมองได้อย่างรวดเร็ว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น (นภาพร กวางทอง และวิจิตรา กุสุมภ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1.3.1.1 การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) ถือเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญมากในการประเมินผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ และเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสมองสิ่งแรกที่จะพบได้ หากผู้ป่วยมีอาการเฉลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจเป็นไปอย่างช้า ๆ กินเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ หรืออาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วภายใน 10-15 นาทีก็ได้ การประเมินระดับความรู้สึกตัวแบ่งออกได้ดังนี้

1.3.1.1.1 การลืมตา (Eye Opening: E) สามารถประเมินหน้าที่ของศูนย์ควบคุมระดับความรู้สึกตัว (Reticular Activating System) ว่าเสียหรือไม่ โดยให้ค่าเป็นตัวเลข 1-4 คะแนน คือ สามารถลืมตาได้เอง 4 คะแนน ลืมตาเมื่อถูกเรียก 3 คะแนน ลืมตาเมื่อเจ็บ 2 คะแนน และไม่ลืมตาเลย 1 คะแนน

1.3.1.1.2 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response: V) เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้หรือไม่ โดยให้ค่าเป็นตัวเลข 1-5 คะแนน คือ พูดตอบคำถามได้ทันทีและถูกต้องให้ 5 คะแนน พูดได้เป็นประโยค แต่สับสนให้ 4 คะแนน พูดเป็นคำ ๆ ให้ 3 คะแนน ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด ครวญครางให้ 2 คะแนน และไม่ส่งเสียงเลย 1 คะแนน

1.3.1.1.3 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response: M) เพื่อประเมินสมองที่เกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยให้ค่าเป็นตัวเลข 1-6 คะแนน คือ สามารถเคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้องให้ 6 คะแนน ไม่ทำตามคำสั่ง แต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บให้ 5 คะแนน ชักแขนขาหนีความเจ็บปวดให้ 4 คะแนน แขนงอผิดปกติให้ 3 คะแนน แขนเหยียดผิดปกติให้ 2 คะแนน และไม่มีการเคลื่อนไหวเลย 1 คะแนน

1.3.1.2 การประเมินพยาธิสภาพของสมอง ซึ่งประเมินได้จาก

1.3.1.2.1 รูม่านตา ปกติเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-4 มิลลิเมตร มีรูปทรงกลม และมีปฏิกิริยาต่อแสง โดยเมื่อฉายไฟที่รูม่านตา รูม่านตาจะหดทันทีถือว่าปกติ หากรูม่านตาค่อยๆหดเล็กลงถือว่าช้ากว่าปกติ (Sluggish) มีสาเหตุจากเกิดการกดประสาทสมองคู่ที่ 3 เช่น ระยะแรกของสมองเคลื่อนย้อยผ่านเทนนทอเรียม (Transtentorial Herniation) สมองบวม หากพบรูม่านตาขยายโตเท่าๆกับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง มักพบในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เป็นลักษณะที่พบร่วมกับมีการกดของประสาทสมองคู่ที่ 3 จากสมองเคลื่อนย้อยผ่านเทนนทอเรียม ภาวะสมองขาดออกซิเจน และเนื้อสมองขาดเลือดหล่อเลี้ยง (ทิพพาพร ดังอำนาจ, 2541)

1.3.1.2.2 การเคลื่อนไหวของลูกตา (Oculo Cephalic Reflex หรือ Doll's Eye Sign) ทดสอบกับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว เพื่อหาพยาธิสภาพของแกนสมอง โดยการเปิดเปลือกตาทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย แล้วหมุนศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่งโดยเร็ว ในคนปกติที่ตื่นจะมีรีเฟล็กซ์การ

เคลื่อนไหวของลูกตาโดยการควบคุมของคอร์เทกซ์ ในผู้ป่วยหมดสติถ้าตรวจพบว่า ลูกตากดออกไปด้านตรงข้ามกับศีรษะที่หมุน หมายความว่า ให้ผลบวก (Doll's Eye Positive) แสดงว่า แกนสมองส่วนกลางถึงพอนส์ยังปกติ รอยโรคอยู่เหนือเทนทอเรียม ส่วนการไม่มีรีเฟล็กซ์ Doll's Eye ในผู้ป่วยหมดสติ แสดงว่ารอยโรคอยู่ที่แกนสมอง การตรวจชนิดนี้ห้ามทำในรายที่ไม่แน่ใจหรือมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ

1.3.1.2.3 การเคลื่อนไหวของก้างแขนขา ถ้ามีการสูญเสียของสมองบางส่วน จะพบได้จากการตรวจแขนขาข้างที่เคลื่อนไหวได้น้อยที่สุด ในผู้ป่วยรู้สึกตัวที่สามารถตรวจพบโดยการสังเกตการทำงานของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยตามคำสั่ง ส่วนในผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวสังเกตการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่เคลื่อนไหวได้น้อยที่สุดของผู้ป่วย เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด ตำแหน่งที่จะทดสอบความเจ็บปวด ได้แก่ บริเวณเอ็นร้อยหวาย กล้ามเนื้อน่องหรือปีกหลัง บริเวณกระดูกหน้าอก บริเวณข้อบ่าตาส่วนบน เล็บมือ เป็นต้น โดยก้างของกล้ามเนื้อแบ่งเป็น 6 ระดับ คือ เกรด 0 กล้ามเนื้อไม่มีการหดตัว เกรด 1 กล้ามเนื้อไม่มีการหดตัวแต่สังเกตเห็นการเขม่นจากการหดตัวของใยกล้ามเนื้อ เกรด 2 กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวข้อแต่ไม่สามารถต้านแรงดึงคูดของโลกได้ เกรด 3 กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวข้อต้านแรงดึงคูดของโลกได้แต่ต้านแรงผู้ตรวจไม่ได้ เกรด 4 กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวข้อต้านแรงผู้ตรวจได้แต่ไม่เท่าปกติ เกรด 5 กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหวข้อปกติ

1.3.2 การตรวจสัญญาณชีพ โดยสัญญาณชีพเป็นเครื่องบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และที่สำคัญสัญญาณชีพเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงคุณภาพและปริมาณของหน้าที่สำคัญต่างๆ ภายในร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่หมดสติ อย่างไรก็ดีในระยะแรกไม่ควรยึดค่าสัญญาณชีพในการบ่งชี้การทางระบบประสาทมากนัก (Hickey, 2003) การประเมินสัญญาณชีพต้องประเมินเป็นระยะไม่รอให้เกิดการตอบสนองของคุชชิง (Cushing's Response) ซึ่งเป็นภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การตรวจสัญญาณชีพมีดังต่อไปนี้

1.3.2.1 การหายใจ จะพบการหายใจเปลี่ยนแปลงเป็นครั้งสุดท้ายในการตอบสนองของคุชชิง ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจะเกิดพยาธิสภาพภายในกะโหลกศีรษะจะมีลักษณะการหายใจที่มีความถี่ไม่เป็นจังหวะ ไม่มีความสม่ำเสมอ การหายใจอาจเร็วขึ้น ช้าลง หรือหยุดหายใจช่วงหนึ่ง

1.3.2.2 ความดันโลหิต ติดตามค่าความดันซิสโตลิกไม่ให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เพราะจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ถ้าค่าความดันซิสโตลิกสูงและค่าความดันไดแอสโตลิกปกติ อาจเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure) โดย Pulse Pressure กว้างกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท แสดงว่า มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ทั้งนี้ความดันโลหิตปกติ

1.3.2.3 ชีพจร ถ้าชีพจรช้าลงเหลือ 40-50 ครั้งต่อนาที และจังหวะไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับ Pulse Pressure กว้าง แสดงว่า มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง

1.3.2.4 อุณหภูมิ ถ้าใช้สูงเป็นเวลานานจะทำให้เนื้อสมองขาดออกซิเจน และเกิดสมองบวมได้

1.4 การตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น เอกซเรย์กะโหลกศีรษะ (Film Skull) การตรวจคอมพิวเตอร์สมอง (Computed Tomography Scan: CT Scan) การถ่ายภาพด้วยพลังจากสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging: MRI) โดย CT Scan หรือ MRI ทำในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการแตกยุบของกะโหลกศีรษะ มีน้ำไขสันหลังรั่วออกมา หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
อนึ่ง ในการดูแลผู้ป่วยที่ศีรษะ ประคบด้วย การดูแลผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุ ขณะนำส่งโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน และที่หอผู้ป่วย (Yanko & Mitcho, 2001) ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยในที่เกิดเหตุและขณะนำส่งโรงพยาบาล เป็นช่วงที่มีความสำคัญต่อชีวิตเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่หมดสติ ควรมีการดูแลดังต่อไปนี้

1.1 การดูแลทางเดินหายใจ ตรวจสอบว่าหายใจได้เองหรือไม่ ทางเดินหายใจมีสิ่งอุดกั้นหรือไม่ ถ้ามีต้องรีบเปิดทางเดินหายใจ โดยการแหงนศีรษะ ดันคางไปข้างหน้าและเปิดปาก หรือใส่ท่อทางเดินหายใจ (Endotracheal Tube) แล้วให้ออกซิเจนหรือกระตุ้นให้การหายใจเร็ว แรง ลึก (Hyperventilate)

1.2 การห้ามเลือดจากแผล ตามปกติการบาดเจ็บที่ศีรษะเพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดภาวะช็อก ยกเว้นผู้ป่วยเด็กเล็กหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น

1.3 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ควรให้ในรูปของสารละลายไอโซโทนิก (isotonic solution) ในอัตราที่ช้า เพื่อป้องกันสมองบวมจากการได้รับน้ำมากเกินไป ยกเว้นในรายที่มีภาวะช็อก

1.4 ประเมินอาการทางระบบประสาท และประเมินระบบอื่น ๆ ร่วมด้วย พร้อมทั้งซักประวัติจากสมาชิกครอบครัวหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์

1.5 การเคลื่อนย้ายต้องระมัดระวังกระดูกคอในรายที่ไม่แน่ใจว่ากระดูกคอได้รับบาดเจ็บหรือไม่

2. การดูแลที่ห้องฉุกเฉิน ในรายที่หมดสติควรปฏิบัติดังนี้ (จริยา กฤติยารณ, 2546)

2.1 การดูแลทางเดินหายใจ ในระยะนี้อาจได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจในกรณียังไม่ได้ใส่มาก่อน รวมทั้งประเมินตำแหน่งท่อทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้หรือไม่เพียงพออาจพิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.2 การให้สารน้ำในรูปของสารละลายไอโซโทนิก (Isotonic Solution) เช่น ริงเกอร์แลคเตท (Ringer Lactate) ในอัตราที่ช้า

2.3 การซักประวัติการบาดเจ็บ จากผู้เห็นเหตุการณ์และข้อมูลจากใบส่งตัว เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดการบาดเจ็บ ลักษณะของการบาดเจ็บ การหมดสติ ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาการอื่น ๆ เป็นต้น

2.4 การประเมินสภาพผู้ป่วยตามแบบประเมินผู้ป่วยทางระบบประสาท เพื่อประเมินพยาธิสภาพทุติยภูมิ และประเมินรูปแบบการหายใจในช่วงที่อาการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการประเมินสภาพทั่วไปเพื่อประเมินการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย

3. การดูแลที่หอผู้ป่วย มีดังนี้

3.1 การควบคุมอาการชัก ในผู้ป่วยที่ศีรษะบวมถึงการบาดเจ็บโดยตรงต่อเนื้อสมองหรือสมองบวม โดยสังเกตลักษณะและช่วงเวลาที่เกิดอาการชัก ป้องกันอุบัติเหตุจากการชัก ให้ยาต้านชัก รวมทั้งประเมินทางระบบประสาทเป็นระยะ ๆ ภายหลังจากที่มีอาการชัก

3.2 การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลโดยประเมินสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะ สี ความชุ่มชื้นของน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง สังเกตอาการคอแข็ง ทำแผลด้วยเทคนิคที่ปราศจากเชื้อ และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ยาบางอย่างที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) และยาปฏิชีวนะจะลดการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ

3.3 การดูแลผู้ที่มิกระโหลกศีรษะแตก จะต้องสังเกตอาการผู้ป่วย เพราะมีโอกาสเกิดปัญหาแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพที่สมอง เช่น สมองชอกช้ำ สมองฉีกขาด ชักเฉพาะที่ (Focal Epilepsy) หรืออัมพาตของประสาทสมองชั่วคราวได้

3.4 การดูแลผู้ป่วยที่มีรูรั่วของน้ำหล่อสมองและไขสันหลังที่หูและหรือจมูก โดยจัดให้นอนราบ ทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียง (Absolute Bed Rest) ห้ามดูดเสมหะหรือใส่สายให้อาหารทางจมูก ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการทางระบบประสาทโดยเฉพาะอาการและอาการแสดงของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เช่น อาการคอแข็ง เป็นต้น

3.5 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร ควรเริ่มให้อาหารภายใน 2-3 วันหลังการบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว อาจต้องให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร

3.6 การดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด ในระยะแรกของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีค่าโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ ควรดูแลโดยประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะ ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง

3.7 การดูแลผู้ป่วยที่พูดไม่ได้จากการบาดเจ็บของสมองบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการพูด เช่น บริเวณโบรคา (Broca's Area) โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นภายใน 3-6 เดือนหลังบาดเจ็บ บางรายอาจดีขึ้นภายใน 2-3 ปี ควรดูแลโดยประเมินความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ดูแลอย่างใกล้ชิด หรือให้ผู้ป่วยเขียนข้อความสื่อสารแทน

3.8 การดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมองเห็น ได้แก่ การมองเห็นภาพซ้อน (Diplopia) มองเห็นภาพไม่ชัด (Decrease Acuity) และมองเห็นภาพครึ่งหนึ่งของลานสายตา (Hemianopsia) ควรดูแลโดยการประเมินการมองเห็น กระตุ้นให้ใช้สายตาข้างที่ดีและพักสายตาข้างที่มีปัญหา

การรักษาผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ

แบ่งตามวิธีการรักษาได้ดังนี้ (นภาพรณ กวางทอง และวิจิตรา กุสมภ์, 2546)

1. การรักษาด้วยยา ได้แก่ Osmotic Diuretics เพื่อลดสมองบวม ยาลดความดันโลหิต ยากันชักเพื่อป้องกันการชัก โดยให้ยา Barbiturate ในรายที่ควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะสูงไม่ได้

2. การรักษาโดยการทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ได้รับการระบายอากาศมากขึ้น (Hyperventilate) โดยใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือใช้ Self Inflating Bag บีบลมเข้าไปในปอดเร็วกว่าปกติ

3. การผ่าตัด ที่นิยมทำมีดังนี้

3.1 การผ่าตัดเจาะกะโหลก (Burr Hole) เป็นการผ่าตัดเพื่อระบายเลือดหรือของเสียจากใต้เยื่อหุ้มสมองดูรา

3.2 การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อประเมินสิ่งที่อยู่ในโพรงกะโหลกศีรษะ เปิดเยื่อหุ้มสมองดูรา (Dura) เอาก้อนเลือดออก

3.3 การผ่าตัดเอากะโหลกศีรษะออก (Craniectomy) เป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะโดยการตัดกระดูกออกครั้งละน้อยๆ โดยไม่มีกะโหลกปิดกลับ ทำในรายที่ไม่สามารถปิดกะโหลกศีรษะลงได้จากสมองบวมมาก หรือกะโหลกศีรษะแตกไปกดเนื้อสมอง

3.4 การผ่าตัดเวนทริเคิล (Ventriculostomy) เพื่อระบายน้ำไขสันหลังลงถุงรองรับน้ำไขสันหลังภายนอกร่างกาย

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย ผลตามหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและพยาธิสภาพของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งผลกระทบที่พบบ่อย มีดังต่อไปนี้ (นครชัย เดือนปฐม, 2541)

1. อาการภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Post Concussion Syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดตามหลังกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ

1.1 การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (Cognition) คือ สมาธิในการทำงานลดลง (Decreased Concentration) ความจำเสื่อม (Decreased Memory)

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความผาสุกทางกาย (Physical Well-being) คือ อาการปวด-เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ไวต่อแสง และอาการกลัวแสง (Photophobia)

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คือ อาการซึมเศร้า (Depression) อาการหงุดหงิด (Irritability) และอาการกระวนกระวาย (Agitation)

2. อาการปวดศีรษะ เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด และจะเป็นนานกว่า 2 เดือน โดยอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ปวดศีรษะเล็กน้อยจนถึงรุนแรง ปวดตลอดเวลา หรือเป็นพัก ๆ ปวดตื้อ ๆ จนถึงปวดแบบตื้อ ๆ ปวดแบบปวดแสบปวดร้อน ปวดบีบ ๆ และปวดทั่ว ๆ ไปหรือปวดเฉพาะบางแห่ง

3. อาการเวียนศีรษะและเป็นลม (Dizziness & Vertigo) โดยพบอาการเวียนศีรษะได้บ่อยกว่าการเป็นลมประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วย อาการเวียนศีรษะจะมีอาการปวดศีรษะร่วมด้วย โดยจะเป็นพัก ๆ ครั้งละ 2-3 นาที และมักมีอาการขณะเปลี่ยนท่าทางหรือเครียด

4. การชักภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Posttraumatic Epilepsy) พบเล็กน้อยแตกต่างกันตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ และตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ

5. สมอบบวมน้ำภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Posttraumatic Hydrocephalus) ผู้ป่วยบางรายอาจมี Ventricles โตขึ้น

6. เลือดหรือน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังไหลซึมทางจมูก (Traumatic Cerebrospinal Fluid or Bloody Rhinorrhea) พบได้ร้อยละ 2-3 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ทั้งนี้เลือดหรือน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังไหลรั่วออกมาภายนอก แสดงว่า มีการฉีกขาดของ อแรคนอยด์ และดูราร่วมกับกะโหลกศีรษะแตก

7. มีเลือดหรือน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังไหลซึมทางหู (Cerebrospinal Fluid: CSF or Bloody Otorrhea) โดยมีกระดูก Petrous แตก ซึ่งมักทำให้เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 และ 8 เสียหายได้

จากความบกพร่องด้านสติปัญญา ความคิด และด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้คุณภาพชีวิตเลวลง ซึ่งเจนเนตต์ และบอนด์ (Jennett & Bond, 1975 อ้างถึงใน จริยา กฤติยารณ, 2546) ได้ใช้ Glasgow Outcome Scale เป็นวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ในปัจจุบัน โดยพิจารณาถึงการรอดชีวิต ความต้องการในชีวิตประจำวันและการกลับคืนสู่สังคม โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ตาย (Death) ผู้ป่วยเสียชีวิตจากสมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงโดยตรง ซึ่งจะเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ หรืออาจเสียชีวิตจากมีการบาดเจ็บในระบบอื่นร่วมด้วย หรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาภายหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ไม่สามารถทำอะไรได้ (Persistent Vegetative State) ผู้ป่วยจะอยู่ในอาการหมดสติลึก 2-3 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง คือ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยการชักแขนขาหนี มีการลืมตามองแบบไม่มีจุดหมาย มีรีเฟล็กซ์ในการกลืน มีการเลียหรือกัดฟัน และอาจส่งเสียงร้องเมื่อมีการกระตุ้น
3. มีความพิการอย่างรุนแรง (Severe Disability) ผู้ป่วยรู้สึกตัวแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมดในการดำรงชีวิตประจำวัน
4. มีความพิการปานกลาง (Moderate Disability) ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้ แต่ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อม หลงลืม หรือมีความผิดปกติในการทำงานของประสาทสมองบางเส้น เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน
5. สามารถฟื้นฟูได้ในระดับดี (Good Recovery) ผู้ป่วยอาจหายเป็นปกติหรืออาจมีความพิการหลงเหลืออยู่บ้างเล็กน้อย โดยผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

จะเห็นได้ว่าผลจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้สึกความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม และการติดต่อสื่อสาร (Berker, 1996; Swift & Wilson, 2001) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ถึงแม้ว่าจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่สำหรับตัวผู้ป่วยเองแล้ว บางครั้งอาจมีความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลเกิดขึ้นภายในของตัวได้ (Rice, 1992)

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและสำคัญที่สุดสำหรับมนุษย์ที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและการตลอดชีวิต สมาชิกครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน รวมทั้งเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือ เมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดปัญหาและอุปสรรค ทำให้ฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นระบบที่ประกอบด้วยบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยต่อกัน สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทของตนเองตามที่ได้รับมอบหมายหรือสัญญาตาม เช่น บทบาทเป็นผู้นำครอบครัว เป็นบิดามารดา หรือเป็นบุตร เป็นต้น ดังนั้นเมื่อสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย บทบาทของสมาชิกคนใดคนหนึ่งแปรเปลี่ยนไป จึงมีผลกระทบต่อบทบาทของสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัวด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทใน

ครอบครัวเหล่านี้เองที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว ดังนั้นระบบครอบครัวจึงต้องการการปรับตัวเช่นเดียวกับการปรับตัวของบุคคลแต่ละบุคคล เพื่อคงความสมดุลของครอบครัวไว้ และปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนที่เกิดขึ้น ก็เพื่อรักษาคุณภาพของครอบครัวไว้เช่นกัน

ความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของสมาชิกครอบครัว และปฏิกิริยาตอบสนองดังกล่าว จึงมีผลกลับมายังผู้ป่วยด้วย ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงจึงไม่เพียงแต่เกิดกับผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว หากแต่สมาชิกครอบครัวก็ได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) ทั้งนี้โดยทั่วไปแล้วถือว่า บุคคลที่เป็นสมาชิกครอบครัวซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีการใช้ ทรัพย์สิน และรายได้ หรือสิ่งที่อำนวยความสะดวกที่หามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นต่อบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว หรือสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัวด้วยเช่นกัน

เมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับบาดเจ็บตกอยู่ในภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวจะรู้สึกว่ายู่ในภาวะวิกฤตเช่นเดียวกัน ดังนั้นครอบครัวจะมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต ซึ่ง เอควิเลราและเมสสิก (Aquilera & Messick, 1982 อ้างถึงใน สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541) ได้แบ่งการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะช็อกหรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลรับรู้ถึงผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง อาจนานเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมง
2. ระยะถอนหลักหรือระยะสับสน ระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง มีความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง และอาจมีความรู้สึกเศร้าซึม เป็นระยะที่บุคคลและสมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวลสูง อาจใช้เวลาหลายวัน
3. ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาลงไปสู่ด้วยดีอีกครั้งหนึ่ง ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์
4. ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลและครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ สามารถควบคุมสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

จากการศึกษาของ กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม (2546) เรื่อง การปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์ พบว่าผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงต้องเข้ารับ

การรักษาตัวในโรงพยาบาล มีดังต่อไปนี้

1. เกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างภายในครอบครัวเกี่ยวกับบทบาทและสถานภาพของสมาชิกครอบครัว ในกรณีที่หัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเลี้ยงดูคนในครอบครัวได้รับการเจ็บป่วย ทำให้ต้องหยุดพักงานเป็นระยะเวลานาน หรืออาจต้องออกจากงาน ในขณะที่ภรรยาอาจต้องเข้ารับบทบาทและสถานภาพหัวหน้าครอบครัวแทน คือ ต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวแทนสามี และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ ในการให้มาทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลบ้าน และเลี้ยงดูบุตรแทนภรรยาอีกด้วย เหล่านี้ทำให้บทบาทและสถานภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างเช่น จากการศึกษาติดตามในกลุ่มภรรยาผู้บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร้อยละ 60 (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000) ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัวแทนสามีซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน หากผู้ป่วยมีอาการระดับรุนแรง และในรายที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ส่วนทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวได้ เนื่องจากความพิการดังกล่าวมีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป และเป็นภาระหนักต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อไป หรือในกรณีภรรยาผู้เป็นมารดาเกิดการเจ็บป่วย ก็มีผลกระทบถึงสมาชิกทุกคนในบ้านได้อย่างมาก เพราะมารดาเป็นผู้ที่คอยดูแลทั้งสามีและบุตรเป็นจุดศูนย์กลางของครอบครัว ดังนั้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยย่อมเกิดผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกครอบครัว

2. เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ผลจากการที่สมาชิกครอบครัวได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยโรคและการตรวจพิเศษที่ต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ตลอดจนผลของการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมากย่อมต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นทั้งค่ารักษาพยาบาลและการดูแลทั่วไป หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ต้องหยุดพักงาน เป็นผลทำให้ขาดรายได้ ก็จะกระทบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัวเป็นอย่างมาก เหล่านี้ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมขึ้นในครอบครัวด้วย

3. เกิดปัญหาความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การที่สมาชิกคนใดคนหนึ่ง

ในครอบครัวเจ็บป่วย จะแสดงความเจ็บป่วยทางร่างกาย และมีผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกใน

ครอบครัวด้วย โดยสมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวล และความตึงเครียดมาก ลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตและอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีเวลาเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ จากการศึกษาของ โซเลอร์ (Solursh, 1990) ได้กล่าวถึง สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่คาดคิดว่าเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้สมาชิกครอบครัวตกอยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความเครียดสูงสุดกับสมาชิกครอบครัว ดังนั้นสมาชิกครอบครัวอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช่ลักษณะปกติของสมาชิกครอบครัวนั้นออกมา โดยในระยะแรกที่ทราบข่าวว่ามีสมาชิกครอบครัวได้รับบาดเจ็บ สมาชิกครอบครัวอาจเกิดอาการช็อกทางจิตใจไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว มีความรู้สึกว่าการณ์นั้นไม่เป็นความจริง กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ไม่เข้าใจการรักษา กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย กลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยต่อครอบครัว (Prevost, 1997) รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบ โกรธกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ไม่แน่นอน อยู่ระหว่างความเป็นความตาย ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัว

จากการศึกษาของนุชนาถ ประภาศ (2551) เรื่อง ผลกระทบของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่า ผลกระทบของความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีดังต่อไปนี้

1. การทำงานของร่างกายผิดปกติไปจากเดิม การมาเยี่ยมผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวเป็นเหตุทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อร่างกายของตัวสมาชิกครอบครัว ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ กังวลถึงความไม่สุขสบาย-ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และเป็นห่วงอาการของผู้ป่วยเกรงว่าจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่หนักขึ้น อาการหัวใจเต้นแรง-เหนื่อยใจสั้น เนื่องจากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถทำใจยอมรับสภาพผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันได้ อาการไม่ยอมรับประทานอาหาร จุกแน่นท้อง

2. การกำเริบของความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือเคยเป็นมาก่อน สมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าความเครียดที่เกิดขึ้นจากการมาเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้โรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยที่สมาชิกครอบครัวเป็นอยู่หรือเคยเป็นมาก่อนกำเริบ เช่น สมาชิกครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้มีอาการคลื่นไส้ มึนและเวียนศีรษะ ในขณะที่สมาชิกครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคกระเพาะอาหารมาก่อนทำให้มีอาการจุกเสียดกระเพาะอาหารและคิดว่าตนเองคงกลับมาเป็นโรคกระเพาะอาหารซ้ำ

3. จิตใจจดจ่อกับผู้ป่วยและมีความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวมี

ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นห่วงว่าอาการของผู้ป่วยจะเป็นหนักขึ้นกว่าเดิม ทำให้จิตใจทั้งหมดของสมาชิกครอบครัวจดจ่อกับผู้ป่วย จนถึงขั้นที่สมาชิกครอบครัวไม่มีจิตใจที่จะทำงานประจำ กล่าวคือ ขณะทำงาน จิตใจจะไปอยู่กับผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ สมาชิกครอบครัวจึงต้องหยุดงานเพื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย แม้ว่าจะไม่ใช่ช่วงเวลาการเยี่ยม สมาชิกครอบครัวจะนั่งคอยอยู่ด้านหน้าหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่รับทราบว่าผู้ป่วยมีอาการหนักและอยู่ในช่วงของความเป็นความตายเท่ากัน แม้ว่าจะหมดเวลาเยี่ยม แต่สมาชิกครอบครัวก็จะคอยเฝ้าอยู่ไม่ห่าง เพื่อคอยติดตามอาการของผู้ป่วยและหาทางให้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุด ซึ่งถ้าสมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะทำให้มีความรู้สึกว่าความเครียดที่มีลดลง

4. การจัดการกับผลกระทบของความเครียด โดยสมาชิกครอบครัวใช้วิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การไต่ถาม การดื่มกาแฟและการสูบบุหรี่มากขึ้นกว่าเดิม หาทางระบายความเครียดกับบุคคลรอบข้าง สมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย พยายามดูแลรักษาสุขภาพของตนให้แข็งแรงเพื่อจะได้ทำหน้าที่สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป การเว้นช่วงในการเยี่ยมผู้ป่วย ทำใจตนเองไม่ให้เครียดด้วยการพยายามไม่คิดฟุ้งซ่าน ปรับตัวให้ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ใช้ศาสนาเป็นเครื่องช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ ใช้ความเครียดเป็นแรงผลักดันให้เกิดกำลังใจต่อผู้ชีวิต

จากการศึกษาของ อูมา สุขดี (2551) เรื่อง ประสิทธิภาพของญาติในการเยี่ยมผู้ป่วย หมดสติ พบว่า ประสิทธิภาพของสมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยม มีดังต่อไปนี้

1. รู้สึกตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวล โดยมีสาเหตุจาก สภาวะหมดสติของผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ไม่คาดคิดและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน กับ ระดับความรุนแรงของภาวะหมดสติที่สมาชิกครอบครัวรับรู้ที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง สมาชิกครอบครัวมีวิธีการจัดการด้วยการหลบออกจากสถานการณ์การเยี่ยมที่วุ่นวาย ชั่วคราว ปรับความคิดตามสภาพความเป็นจริง ยอมรับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยและกำหนดเป้าหมายที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด กับสร้างความหวังและความเชื่อมั่นว่า ความเชี่ยวชาญในการรักษาคนไข้หมดสติของแพทย์ และการดูแลของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและคืนสู่สภาวะปกติได้ และพึงพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการคือ ระดับความตกใจ เสียใจ กลัว และวิตกกังวลลดลง แต่ความเสียใจ กลัว และวิตกกังวลดังกล่าวยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องตามสภาวะหมดสติของผู้ป่วย

2. ต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกห่วงใยในอาการผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวจึงมีวิธีการจัดการกับต้องการรู้และเกาะติดสถานการณ์ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยการทดสอบความรู้สึกตัวของผู้ป่วยด้วยตนเอง การสอบถามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์ของ

สมาชิกครอบครัวคนอื่น และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากการอ่านคู่มือการเยี่ยม ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการ คือ ความกังวลใจเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยลดลง ความสับสนและความกังวลใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยยังคงอยู่

3. ต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวอยากทราบความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อยากกระตุ้นให้ฟื้นคืนสติโดยเร็ว และต้องการถ่ายทอดความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจผู้ป่วยสู่เพื่อฟื้นคืนสติ โดยสมาชิกครอบครัวปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วย ด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นที่มีความหมายกับผู้ป่วย ปลอบใจ-ให้กำลังใจ และอนุญาตให้ผู้ป่วยจากไป และสมาชิกครอบครัวปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษากาย เช่น สัมผัส กอด บีบนิ้ว ซึ่งทำให้สมาชิกครอบครัวมีความสุขดีใจ และมีกำลังใจจากการตอบสนองของผู้ป่วย หรือรู้สึกดีอดใจเสียใจ หอมความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย

4. ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และต้องการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองที่พึงมีต่อผู้ป่วย โดยสมาชิกครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยขณะเยี่ยม ซึ่งทำให้สมาชิกครอบครัวรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้กลับสู่สมรรถนะได้อย่างรวดเร็ว สามารถช่วยลดผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวในการเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง จึงเป็นข้อมูลให้พยาบาลได้ตระหนักและรับรู้ถึงช่องว่างของกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องเพิ่มเติม เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงได้รับการดูแลที่ดี และเหมาะสมตรงตามที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตคาดหวังและกลับสู่ภาวะสมรรถนะได้เร็วขึ้น

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากปรากฏการณ์ประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวในการเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงในภาวะวิกฤตทั้งด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการเยี่ยม รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วย ประโยชน์ของการเยี่ยม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมผู้ป่วย ความหมายเกี่ยวกับ

ความหมายของการบาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย และผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งหมดนี้เป็นพื้นฐานความรู้ที่ผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อความไวเชิงทฤษฎี ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจความหมายและประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวในการเยี่ยมผู้บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงอย่างลึกซึ้ง และครอบคลุมทุกมิติของปรากฏการณ์การเยี่ยมผู้บาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงของสมาชิกครอบครัว เพื่อนำไปสู่การขยายขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลสมาชิกครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย อันจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้สนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตอบสนองดัชนีประกันคุณภาพการพยาบาลด้านการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ