

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติเหตุการจราจรในปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ทำให้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร 1.18 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2002) และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรมีภาวะสมองบาดเจ็บ (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1995) ถึงแม้ว่าจากสถิติการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุการจราจรในประเทศไทยจะพบว่ามียอดลดลง จากจำนวน 58,220 คน ในปี 2551 เป็น 35,304 คน ในปี 2552 สถิติการเสียชีวิตจากบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุการจราจร ในปี 2551 คิดเป็น 18.24 ในปี 2552 คิดเป็น 16.6 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, 2552) แต่ยังคงพบว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมักรุนแรง โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงมักทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต (Barker & Blank-Rein, 2002; Brain Injury Association of America, 2004)

การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงพบได้ร้อยละ 12-14 ของการบาดเจ็บทั้งหมด (Tale, McDonald, & Lulham, 1998) การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงพบว่าการสูญเสียระดับความรู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ยาวนานมากกว่า 24 ชั่วโมงและมีพยาธิสภาพในกะโหลกศีรษะ เช่น สมองชอกช้ำ เนื้อสมองนิ่มขาด หรือมีก้อนเลือดในสมองโดยสามารถพบได้หลายตำแหน่ง เช่น ก้อนเลือดเหนือชั้นดิวรา (Epidural Hematoma) ซึ่งมักเกิดจากการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมกับการฉีกขาดของหลอดเลือด Middle Meningeal Artery (Walleck & Mooney, 1994) ก้อนเลือดใต้ชั้นดิวรา (Subdural Hematoma) พบว่าเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือด Bridging Veins นอกจากนั้นยังพบก้อนเลือดชั้นใต้เยื่อแรคนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) และก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral Hematoma) การบาดเจ็บของสมองที่มีพยาธิสภาพดังกล่าวผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพและป้องกันอันตรายจากเนื้อสมองถูกกด การผ่าตัดมักเป็นชนิดเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตหรือแก้ไขความผิดปกติ

การบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านความคิด ความจำ และระดับความไม่รู้สึกรู้สิด (Stratton & Gregory, 1995) อาจทำให้มีความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านพฤติกรรม (Testani, Chappel-Aliken, & Gueldner, 1992) และการติดต่อสื่อสาร (Acorn & Roberts, 1992) การบาดเจ็บที่ศีรษะนอกจากจะผลกระทบกับตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้วยัง

ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้สมาชิกครอบครัวมีความวิตกกังวล ดึงเครียดเพราะการบาดเจ็บที่ศีรษะมักเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ส่งผลให้สมาชิกครอบครัว มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวไม่ได้เตรียมความพร้อมต่อการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะถ้าสมาชิกที่บาดเจ็บเป็นสมาชิกหลักที่ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว สมาชิกคนอื่น ๆ เกิดความทุกข์ รู้สึกไม่ปลอดภัย (Hilton, 1992) และอาจเกิดภาวะทางอารมณ์ในทางลบ (Wineman, 1990) เช่น ความวิตกกังวล กลัว โกรธ สับสน ท้อแท้ และซึมเศร้า (Hilton, 1992) อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวจัดการกับปัญหาไม่ได้หรือจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม (Christman, 1990; Hilton, 1992) รวมทั้งอาจมีผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Braden, 1990; Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000) ศึกษาในกลุ่มภรรยาของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงพบว่าหลังจากที่สามีเจ็บป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวถึงร้อยละ 60

เนื่องจากผู้บาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกตัว ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและการผ่าตัดสมองส่วนใหญ่มักเกิดกับสมาชิกครอบครัวหรือญาติ ซึ่งไม่ได้เตรียมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน (Hickey, 2003) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันที่แรกที่สมาชิกครอบครัวได้รับทราบข่าวว่ามีบุคคลในครอบครัวได้รับบาดเจ็บ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นภาวะฉุกเฉิน (Commingham, Hanson-Heath, & Agre, 2003; Leske, 2002) และไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ในอนาคตได้ (Mishel, 1990) จากการศึกษาของ Jamerson (1996) ศึกษาในกลุ่มสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยทั้งที่มีการวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้าและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบฉุกเฉินพบว่าสมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เกิดความสับสนทางอารมณ์ เกิดความเครียด กลัวอาการที่เลวลงของผู้ป่วย จึงอยากอยู่ใกล้ ๆ ผู้ป่วยเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและผลของการรักษาและการพยากรณ์โรค สมาชิกครอบครัวต้องแสวงหาข้อมูลจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การสังเกต ติดตาม วิเคราะห์ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและจากการศึกษาของ Anne & Ingegerd (2007) ศึกษาในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาทและการผ่าตัดอื่น ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤติ พบว่าการที่เจ้าหน้าที่มุ่งเน้นการดูแลที่ผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่สนใจในการให้ข้อมูล การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ต่อสมาชิกครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวตามมา

ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวนั้น อาจทำให้มีการตัดสินใจล่าช้าที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยทำการผ่าตัดหรืออาจไม่อนุญาตให้ทำการผ่าตัด เนื่องจากกลัวการสูญเสียบุคคลที่

รักจากการบาดเจ็บและการผ่าตัด (Acorn and Roberts, 1992) ความรู้สึกไม่แน่นอนจะเกิดขึ้นตลอดกระบวนการผ่าตัด ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวกังวล การลดหรือการบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวดังกล่าว สามารถทำได้โดยทำให้สมาชิกครอบครัวคุ้นเคยกับเหตุการณ์ เข้าใจความสอดคล้องของเหตุการณ์ระหว่างความคาดหวังและเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น ทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถประเมินเหตุการณ์ และส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวรับรู้และเข้าใจเหตุการณ์ให้ได้มากยิ่งขึ้น เพิ่มความสามารถเชิงสติปัญญาในการพิจารณา โดยนำความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาเพิ่มความมั่นใจ ให้การสนับสนุนทางสังคม และแสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของบุคลากรทีมสุขภาพ (Mishel, 1988; 1990) ที่เข้ามาช่วยเหลือเพื่อทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรู้สึกมั่นใจและมองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหา

ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถให้ความหมายกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นได้ (Mishel, 1990) สาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้นั้น อาจเนื่องมาจาก ขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วน การไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย สถานที่หรือวิธีการรักษา หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป (Norton, 1972 cited in Mishel, 1988) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการคุกคามต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ประเมินโดยสมาชิกครอบครัว จากการสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค การเจ็บป่วย ความรุนแรง และกระบวนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การศึกษาของ McCormick, Naimark and Tate (2006) พบว่าความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจที่มีความรุนแรง จะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ แต่ขัดแย้งกับ Jarier, Reto, and Sonja (2000) พบว่าระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยการยอมรับ ได้รับการรัก ได้รับการสนับสนุนในด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย เช่น งานวิจัยของ Davis (2000) ศึกษาในผู้ป่วยพักฟื้นจากการบาดเจ็บ

หรือจากการเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพมีผลต่อการลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ รุจิ พลางวรรณ (2547) ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการเพิ่มความมั่นใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในกลุ่มผู้ป่วยหยา เครื่องช่วยหายใจ 40 รายพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ สุริภรณ์ สุวรรณ โอสด (2547) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยเป็น โรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < 0.1$) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ นิทยา งามดี (2545) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ป่วยฉุกเฉิน

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพเป็นความไว้วางใจและเชื่อมั่นในบริการของบุคลากรทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนโดยจะมีผลต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ การรักษา การผ่าตัด โดยจะช่วยลดความคลุมเครือ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นเหตุการณ์ได้ชัดเจนขึ้น จากการศึกษาของ Mishel and Braden (1988) ศึกษาในผู้หญิงโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อใจและเชื่อถือในบุคลากรทีมสุขภาพมีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Van Den Borne, Pruyn, and Van Den Heuvel (1987) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองพบว่า การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนพบว่า ส่วนใหญ่จะศึกษากับผู้ป่วยโดยตรงและเป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี แต่ยังไม่พบการศึกษาในญาติหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดสมองนั้นก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกครอบครัว เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน มีความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยและขั้นตอนการรักษา มีความซับซ้อน อาจถูกรุมล้อมด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นบุคคลที่สมาชิกครอบครัวไม่คุ้นเคย รวมทั้งไม่สามารถพยากรณ์หรือทำนายผลการผ่าตัดทั้งขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตายหรือพิการ และไม่แน่ใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเลือกวิธีการรักษาเนื่องจากขาดข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ วิธีการรักษา ขาดแหล่งสนับสนุนหรืออาจใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา ดังนั้นจึงพบว่าสมาชิกครอบครัวส่วนหนึ่งปฏิเสธการรักษา หลีกเลี่ยงการพูดเกี่ยวกับปัญหา อาจ

ระบายนารมณ์กับบุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเจ็บที่ศีรษะอาจได้รับการรักษาที่ล่าช้าจนเกิดภาวะแทรกซ้อนและพินหายช้า

จากสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและผ่าตัดสมอง ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น ในปี 2551 และ 2552 โดยพบว่ารับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไว้รักษา จำนวน 5,478 ราย และ 5,772 ราย ในผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวนี้ได้รับการผ่าตัดสมองจำนวน 349 รายและ 380 ราย (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2552) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง มักมีสมาชิกครอบครัวมารอขณะทำผ่าตัดจำนวนมากด้วยอาการกระวนกระวายต้องการทราบสถานการณ์และต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา ทำให้ต้องจัดเตรียมเจ้าหน้าที่ไว้ให้ข้อมูลซึ่งยังไม่สามารถสนองตอบความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้อย่างเต็มที่เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ บางครั้งพบปัญหาความขัดแย้งระหว่างสมาชิกครอบครัวและทีมสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง และนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองต่อไป

คำถามในการวิจัย

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับการผ่าตัดสมองเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับการผ่าตัดสมองหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการผ่าตัดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับการผ่าตัดสมอง

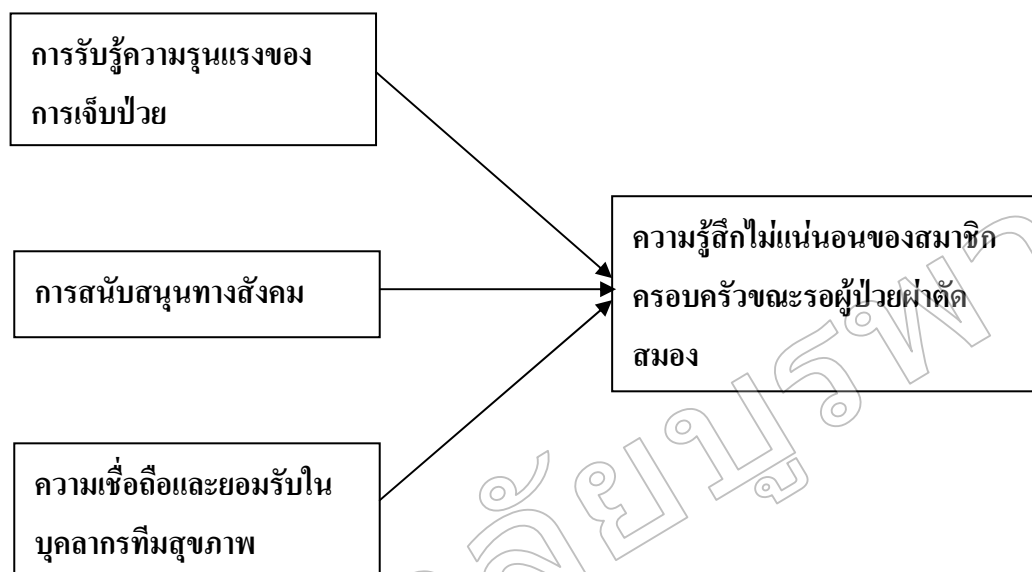
สมมติฐานของการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับการผ่าตัดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1990) มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยได้ จึงทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง (Mishel, 1990) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น ความไม่เข้าใจในสภาพความเจ็บป่วย การดำเนินของโรค 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ เช่น การขาดความเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด 3) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย เช่นการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือบางครั้งข้อมูลที่ได้รับมีน้อย และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาในการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยตามการรับรู้ต่อสถานการณ์การเจ็บป่วย และความเชื่อพื้นฐานของตนเอง โดยจะประเมิน 2 ลักษณะ คือ เป็นอันตราย และมีโอกาสทุเลาหรือหายจากโรค แล้วลงความเห็นและสร้างความเชื่อมั่นมาใหม่

จากทฤษฎีดังกล่าวเมื่อพิจารณาในสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวนั้นเป็นภาวะวิกฤต ที่คุกคามต่อชีวิตผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน สมาชิกครอบครัวรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญกับความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับอาการ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่ไม่ชัดเจน ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่จะเพิ่มหรือลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพในการวางแผนพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองเพื่อเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
2. ด้านการศึกษาเป็นข้อมูลเพื่อให้บัณฑิต นักศึกษาและพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้เข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนและวางแผนแก้ไขปัญหาคือความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับการผ่าตัดสมอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับการผ่าตัดสมอง ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2554

นิยามศัพท์เฉพาะ

สมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บสมอง หมายถึง สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้บาดเจ็บศีรษะ ได้แก่ บิดา มารดา สามี/ ภรรยา บุตร

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวของผู้บาดเจ็บศีรษะที่ไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับการรักษา การผ่าตัดสมอง หรือคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บศีรษะได้ รวมทั้งไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ (ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ 2544)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น การยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับการสนับสนุนในด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ สายนาท พลไชโย (2543)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการคุกคามต่อชีวิตของผู้บาดเจ็บศีรษะที่ประเมินโดยสมาชิกครอบครัวจากการสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค การเจ็บป่วย ความรุนแรง และกระบวนการรักษา ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก แบบวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ รัชณี หลงสวาสดี (2551)

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง เป็นความเชื่อมั่นของสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บศีรษะในบริการของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่มีต่อการรักษา ความพึงพอใจต่อทีมสุขภาพผู้ให้การรักษา การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ ประเมินโดยแบบวัดการปรับตัวทางสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (The Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis (1986) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ (2542)