

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอน ของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรับการผ่าตัดสมอง ซึ่งผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะ
2. ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะ
 - 2.1 ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย
 - 2.2 ผลกระทบการของบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัว
3. แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอน
 - 4.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived Severity of Illness)
 - 4.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
 - 4.3 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (Credible Authority)

การบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงเป็นปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการ การบาดเจ็บที่ศีรษะถ้าได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องและทันที่ จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยลงได้ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาที่พบได้ทุกประเทศ และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และประเทศ (Brican, 2001; Gan & Lim, 2004)

ความหมายการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะหมายถึง การได้รับอันตรายจากแรงภายนอกมากระทบที่บริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ สมอง และเส้นประสาทสมอง (เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน, 2543) แล้วมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ไม่ว่าจะเป็นช่วงระยะเวลาเท่าไรก็ตาม แต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้า เช่นผิวหนังใบหน้าฉีกขาด กระดูกหน้าแตกหัก มีวัตถุแปลกปลอมเข้าไปในหู หรือมีเลือดกำเดาไหล เป็นต้น แต่การ

บาดเจ็บเหล่านี้พบร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ (Jennett & Teasdale อ้างถึงใน สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546)

สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดได้หลายสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการศึกษาของ Scot (2005) พบว่าเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนร้อยละ 50 ตกจากที่สูงร้อยละ 21 จากการถูกทำร้ายร้อยละ 12 และจากการเล่นกีฬาและนันทนาการร้อยละ 10 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยซึ่งพบว่าการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนร้อยละ 50 พลัดตก หกล้มร้อยละ 18 และถูกทำร้ายร้อยละ 8 (ชไมพันธ์ สันติกาญจน์, สมชาย เวียงพิทักษ์ และ วันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, 2545)

ประเภทของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ประเภทของการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งตามลักษณะทางกายวิภาค 3 ลักษณะ ดังนี้ (ทิพพพร ตั้งอำนาจ, 2541; นันทศักดิ์ ทิศาวิภาค, 2541)

1. บาดเจ็บที่หนังศีรษะ การเกิดบาดเจ็บจะมีลักษณะต่าง ๆ เช่น บวม ช้ำ หรือโน (Contusion) แผลถลอก (Abrasion) และแผลฉีกขาด (Laceration)
2. บาดเจ็บต่อกะโหลกศีรษะ (Skull) เมื่อผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง มักมีการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมด้วยซึ่งลักษณะการแตกของกะโหลกศีรษะมีรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ กะโหลกศีรษะแตกกว้างเป็นแนว (Linear) กะโหลกแตกกว้างบริเวณฐาน (Basilar Skull Fracture) มักพบว่ามีกระดูกของเยื่อหุ้มชั้นดูราเนื่องจากผิวหนังด้านในของฐานกะโหลกจะคม ขรุขระ และแข็ง เมื่อเกิดแรงกระแทกจึงทำให้เยื่อชั้นดูราหรือเนื้อสมองบริเวณนั้นเกิดการฉีกขาดได้ (Walleck & Mooney, 1994) และกะโหลกแตกยุบ (Depress Fracture Skull) อาจส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Dura Mater) ได้ (Gardner, 1986)
3. บาดเจ็บต่อสมอง (Brain Injury) การบาดเจ็บที่เนื้อสมองนับว่าเป็นอันตรายที่รุนแรง และมีความสำคัญมากที่สุดในการบาดเจ็บที่ศีรษะ พยาธิสภาพเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมอง แบ่งได้ดังนี้

3.1 สมองกระทบกระเทือน (Cerebral Concussion) หมายถึง ภาวะที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงที่มากกระทบศีรษะ ผู้บาดเจ็บจะหมดสติเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 2-3 วินาที หรือ 2-3 นาที ในขณะที่หมดสติการหายใจอาจไม่สม่ำเสมอหรือหยุดชั่วขณะ ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตสูงขึ้น หลังจากนั้นผู้ป่วยจะค่อย ๆ รู้สึกตัว หรือลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไป เมื่อผู้ป่วยฟื้นคืนสติแล้วจะตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท

3.2 สมองช้ำ (Cerebral Contusion) หมายถึง ภาวะที่สมองได้รับอันตรายจากแรงที่มากกระทบศีรษะรุนแรงมากกว่าการเกิดสมองกระทบกระเทือน สมองมีการชอกช้ำ บวม และมีเลือดออกเป็นจุด ๆ (จเร ผลประเสริฐ, 2544) อาการที่แสดงออกมาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดการชอกช้ำ อาการอาจมากขึ้นหรือเลวลงเรื่อย ๆ ได้ภายใน 2-3 วัน เนื่องจากสมองบวมหรือมีเลือดออก ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ (Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยยังรอดชีวิตอยู่ได้ผู้ป่วยอาจหมดสติเป็นเวลานาน บางรายฟื้นรู้สึกตัว ทำให้มีผลกระทบต่าง ๆ ตามมาเช่น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ความจำเสื่อม แขน ขาเป็นอัมพาต

3.3 เนื้อสมองฉีกขาด (Cerebral Laceration) หมายถึง การฉีกขาดของเนื้อสมอง ร่วมกับการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองชั้นอแรคนอยด์ (Arachnoid Mater) และเยื่อหุ้มเพีย (Pia Mater) เนื่องจากการแตกของกะโหลกศีรษะเป็นแนวหรือแตกยุบ ทำอันตรายต่อเนื้อสมอง และเยื่อหุ้มสมองโดยตรง ผู้ป่วยมีอาการเช่นเดียวกับการมีสมองช้ำ แต่รุนแรงกว่า และถ้ารอดชีวิตไปได้จะมีผลกระทบ เช่น ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกตัวน้อยลง ไม่สามารถทำตามคำสั่ง แขน ขาอหิยัดในท่าที่ผิดปกติ

3.4 บาดเจ็บทั่วไปของเนื้อสมองส่วนสีขาว (Diffused White Matter Injury) ร่วมกับการชอกช้ำฉีกขาดของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดในสมอง มักเกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ทำให้หมดสติทันทีที่ได้รับแรงกระทบ ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ มีการเคลื่อนไหวแขนขาหนี ก้นล้มเนื้อจะเกิดการเกร็ง งอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติ จนกระทั่งเสียชีวิต

พยาธิสภาพหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การัน (Karen, 2005) และสก๊อต (Scot, 2005) ได้อธิบายพยาธิสภาพหลังเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็น 2 ระยะ คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรกและการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง ดังนี้

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก (Primary Head Injury) ได้แก่ บาดเจ็บที่หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะหรือสมอง ซึ่งเกิดจากแรงมากระทบโดยตรง เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ในขณะที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บ ลักษณะของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับลักษณะของวัตถุ ความเร็ว น้ำหนัก ความแรง และทิศทางของแรงที่มากระทบอวัยวะดังกล่าว การบาดเจ็บที่ศีรษะ ระยะแรก ประกอบด้วยพยาธิสภาพดังต่อไปนี้

1.1 Focal Brain Injury เป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ มีลักษณะเฉพาะคือ มีเลือดออกบริเวณที่บาดเจ็บ เนื้อสมองบวมฉีกขาด อาจมีเลือดออกเฉพาะบริเวณผิวเนื้อสมอง การวินิจฉัยให้ได้ในระยะแรกภายหลังที่ได้รับบาดเจ็บจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะการบาดเจ็บชนิดนี้การรักษามี

เป้าหมายป้องกันไม่ให้เกิด Secondary Brain Damage ได้แก่ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง Brain Herniation และ Brain Stem Compression (Flannery & Buxton, 2001)

1.2 Diffuse Brain Injury การบาดเจ็บต่อสมองชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อแรงเหวี่ยง ทำให้ศีรษะเคลื่อนที่อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดพยาธิสภาพกระจายทั่วสมอง สมองหยุดชะงักการทำงาน สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ตามความรุนแรง ดังนี้

1.2.1 กลุ่ม Cerebral Concussion (Mild Diffuse) เป็นภาวะที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยหมดสติไปชั่วคราว 5-10 นาที เมื่อฟื้นสติแล้วจะตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท ผู้ป่วยอาจจำเหตุการณ์ไม่ได้ (Amnesia) และอาจมีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ อาเจียน อ่อนเพลีย

1.2.2 กลุ่ม Diffuse Axonal Injury (DAI) หรือ Severe Diffuse Brain Injury ผู้ป่วยหมดสติ เป็นระยะเวลานาน อาจเป็นเวลาหลายวัน เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน การบาดเจ็บชนิดนี้พบบ่อยประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยภาวะ DAI อาจมีสมองบวมซึ่งเกิดจากมีภาวะ Hypoxia หรือ Ischemia ร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีการใช้สูง ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก ความผิดปกติของระบบประสาทอาจจะไม่ฟื้นสภาพกลับเป็นปกติ ผู้ป่วยอาจมีอัมพาตครึ่งซีก มีบุคลิกเปลี่ยนแปลง ถ้ามีพยาธิสภาพรุนแรงมากผู้ป่วยอาจไม่รู้สติ และทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 53 (อรุณ กิจมหาตระกูล, 2540)

2. การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (Secondary Head Injury) คือ การบาดเจ็บที่มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองเพิ่มจาก Primary Brain Damage อันเป็นผลสืบเนื่องจากการเกิด Hypotension, Hypoxia, Hypercapnia หรือสาเหตุอื่น ซึ่งในกลุ่ม Secondary Brain Damage นั้นเป็นกลุ่มซึ่งสามารถทำการป้องกันและรักษาได้ การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สองที่พบมีดังนี้

2.1 มีก้อนเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hematoma) สามารถพบได้หลายตำแหน่ง ได้แก่ 1) ก้อนเลือดที่ชั้นดūra (Epidural Hematoma) มักพบเกิดจากการแตกของกะโหลกศีรษะร่วมกับมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดง Middle Meningeal Artery (Walleck & Mooney, 1994) อาการแสดงที่พบ คือ ผู้ป่วยหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง ต่อมาฟื้นคืนสติแล้วค่อยซึมลง ม่านตาข้างเดียวกับสมองที่ได้รับการบาดเจ็บขยายโต แขนขาข้างตรงข้ามอ่อนแรง (Thelan et al., 1998) 2) ก้อนเลือดใต้เยื่อดūra (Subdural Hematoma) เกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำบริคิง (Bridging Veins) พบร้อยละ 14 ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง 3) ก้อนเลือดใต้ชั้นอแรคโนอิด (Subarachnoid Hemorrhage) และ 4) ก้อนเลือดภายในเนื้อสมอง (Intracerebral Hematoma)

2.2 สมองบวม (Cerebral Edema) เป็นภาวะที่เนื้อสมองบวมเพิ่มปริมาตร หลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัจจัยที่ทำให้สมองบวมมากขึ้นได้แก่ มีการเพิ่มของจำนวนน้ำทั้งในและนอกเซลล์ หรือมีก้อนเลือดในเนื้อสมอง

2.3 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต สาเหตุที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ การเพิ่มปริมาตรในสมอง การมีเลือดในสมองเพิ่มขึ้น และการทำให้น้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) และการจัดท่าอนที่ที่ไม่เหมาะสมทำให้เลือดดำไหลกลับไม่สะดวก การเผาผลาญเพิ่มขึ้น เช่นไข้สูง อุณหภูมิร่างกายต่ำเกินไป การสูญเสียสมดุลอิเล็กโทรลัยท์ ความเจ็บปวด (Matt, 2002; Lan, 2004)

2.4 ภาวะสมองเคลื่อน (Brain Displacement or Brain Herniation) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเคลื่อนสู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่ตั้งตามปกติ เนื่องจากก้อนเลือดหรือสิ่งกีดขวางที่ สมองบวม และความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ทำให้เปิดเนื้อสมอง จนกระทั่งเคลื่อนสู่ช่องเปิดภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะตามตำแหน่งต่าง ๆ ตามมา

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การแบ่งความรุนแรงและการประเมินความรุนแรงจะช่วยวางแผนในการรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) เป็นการประเมินที่นิยมใช้ทั่วไป เป็นตัวบ่งชี้ว่าพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นรุนแรงมากน้อยเพียงใดโดยใช้การประเมินพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye Opening) ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) และด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) โดยมีคะแนนให้ในแต่ละพฤติกรรม (Jennett & Bond, 1975) คือ

ด้านที่ 1 การลืมตา (Eye Opening) ประกอบด้วย

ลืมตาได้เอง (Spontaneous)	มีระดับคะแนน 4
ลืมตาเมื่อเรียก (To Speech)	มีระดับคะแนน 3
ลืมตาเมื่อเจ็บ (To Pain)	มีระดับคะแนน 2
ไม่ลืมตา (None)	มีระดับคะแนน 1

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (Best Motor Response) ประกอบด้วย

ทำตามคำสั่ง (Obey Command)	มีระดับคะแนน 6
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (Localize Pain)	มีระดับคะแนน 5
ชักแขนขาหนี (Withdrawal Response)	มีระดับคะแนน 4
แขนขามีการเกร็งแบบข้อศอกง (Flexing)	มีระดับคะแนน 3

แขนขามีการเกร็งแบบข้อศอกเหยียด (Extending)	มีระดับคะแนน 2
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (None)	มีระดับคะแนน 1
ด้านที่ 3 การพูดที่ดีที่สุด (Best Verbal Response) ประกอบด้วย	
พูดคุยได้ไม่สับสน (Orientated)	มีระดับคะแนน 5
พูดคุยได้แต่สับสน (Confused)	มีระดับคะแนน 4
พูดเป็นคำ ๆ (Word)	มีระดับคะแนน 3
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด (Sounds)	มีระดับคะแนน 2
ไม่ออกเสียงเลย (None)	มีระดับคะแนน 1

โดยผลรวมทั้ง 3 ด้านเท่ากับ 15 คะแนน จากผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรม 3 ด้านจะบอกถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ดังนี้

ระดับคะแนน 13-15 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (Minor Head Injury) พบได้ร้อยละ 55 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจมีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว หรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ (Amnesia) น้อยกว่า 30 นาที ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะหรือการชกซ้ำของเนื้อสมอง (Cerebral contusion) และไม่มีก้อนเลือด (Hematoma) เกิดภายใต้กะโหลกศีรษะ (Tale, MacDonald, & Lulham, 1998)

ระดับคะแนน 9-12 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (Moderate Head Injury) พบได้ร้อยละ 12-20 (อรุณ กิจมหาตระกูล, 2540) มีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ มากกว่า 30 นาที แต่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง อาจพบการแตกของกะโหลกศีรษะผู้ป่วย อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสัญญาณชีพ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวลดลงได้ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ (Lobato, Rivas, Gomez, Castanzeda, Canizal, & Sarabia, 1991)

ระดับคะแนน 3-8 คะแนน แสดงถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (Severe Head Injury) พบได้ร้อยละ 12-14 ของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกหรือจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง ร่วมกับการชกซ้ำฉีกขาดของเนื้อสมอง หรือมีก้อนเลือดในสมอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ มีการเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอหรือเหยียดในท่าที่ผิดปกติ

การรักษาการบาดเจ็บที่ศีรษะ

โดยทั่วไปแบ่งการรักษาเป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ ได้แก่

1. การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ถ้ามีการบาดเจ็บต่อสมองเพียงอย่างเดียว การรักษา

จะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การคงไว้ซึ่งการไหลเวียนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะปอดอักเสบหรือติดเชื้อ การให้ยา เช่น ยาลดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะ ได้แก่ แมนนิทอล (Mannitol) ฟูโรซิไมด์ (Furosemide) (นครชัย เฟื่อนปฐม, 2541) และยาลดการบวมของสมอง ได้แก่ เดกซาเมธาโซน (Dexamethasone)

2. การรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อเข้าไปสำรวจเนื้อสมองและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายในโพรงกะโหลกศีรษะ (Hickey, 1992; Lukman & Sorensen, 1993) การรักษาโดยการผ่าตัดนี้ผู้ป่วยจะได้รับการทำผ่าตัดโดยการเจาะรูผ่านกะโหลกศีรษะเพื่อเข้าไปดูของเหลวที่คั่งค้างออก (Burr Hole) หรือผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดที่คั่งอยู่ภายในออก (deWit, 1998) นอกจากนั้นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniotomy) ยังสามารถป้องกันและลดผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ เช่น ลดความดันในกะโหลกศีรษะป้องกันภาวะสมองเคลื่อนย้าย (Howell, Gakubat, Renzi & Marone, 1988; Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1994)

การผ่าตัดกะโหลกศีรษะนิยมทำทั่วไปมี 2 ชนิด ได้แก่

1. การผ่าตัดส่วนเหนือเทนทอเรียม (Supratentorial Surgery) เป็นการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อแก้ไขความผิดปกติของสมองใหญ่หรือส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) ได้แก่ บริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal Lobe) ส่วนบน (Parietal Lobe) ส่วนขมับ (Temporal Lobe) และส่วนท้ายทอย (Occipital Lobe)

2. การผ่าตัดส่วนใต้เทนทอเรียม (Intratentorial Surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติส่วนสมองเล็กหรือส่วนซีรีเบลลัม (cerebellum) รวมถึงแกนสมอง (Brainstem) ได้แก่ มิดเบรน (Mid Brain) พอนส์ (Pons) และเมดัลลา (Medulla)

การพิจารณาผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจากผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ร่วมกับการตรวจร่างกายเพื่อตรวจหาตำแหน่งความผิดปกติในกะโหลกศีรษะที่แน่นอนและลักษณะการแตกยุบของกะโหลกศีรษะ (วันชัย เจริญโชคทวี, 2538) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะทำให้ทราบตำแหน่งและขนาดของก้อนเลือด (Smeltzer & Bare, 2000) ถ้าพบว่าก้อนเลือดมีขนาดหนาน้อยกว่า 3 มิลลิเมตรแพทย์มักจะไม่ทำการผ่าตัด เพราะการผ่าตัดจะทำลายเนื้อเยื่อสมองมากขึ้น แต่ในกรณีที่มีก้อนเลือดเหนือชั้นดรูรา แพทย์มักทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อผูกมัดเส้นเลือดแดงที่เป็นสาเหตุ ในกรณีที่พบก้อนเลือดในเนื้อสมอง แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเปิดในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเลวลงหรือเซลล์สมองถูกบีบ (Howell et., 1988; Thelan et al., 1998)

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อผู้ป่วย

1. ความบกพร่องด้านระดับความรู้สึกตัว ซึ่งเมื่อเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะมองส่วนซีรีบรอนคอร์เทกซ์ (Cerebral Cortex) มีการถูกทำลายถึงก้านสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว มีอาการหมดสติ สมองขาดออกซิเจน (Hypoxia) (ชัชวรินทร์ อังศุภากร, 2535) มีการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทและสัญญาณชีพ ได้แก่ ความผิดปกติของการหายใจ ความผิดปกติในการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ความผิดปกติในการควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ

2. ความบกพร่องด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความหมายและทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อม (Davis, 2000) ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีอาการสับสน สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ (Scott, Luca, Kathryn, & Satmana, 2004) มีความบกพร่องด้านความจำ เนื่องจากการรบกวนกระบวนการแปลความหมายในระยะสั้นไปสู่ความทรงจำ ทำให้มีปัญหาความทรงจำระยะสั้น ความสนใจหรือสมาธิลดลง และการรับรู้ช้าลง (ริมภักดา อินทร, 2538)

3. ความบกพร่องในการใช้ภาษาและการสื่อสาร (Communication Impairment) ความผิดปกติที่ผิวสมองพูนของสมองกลีบข้างหรือเรียกบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's Area) ทำให้มีความผิดปกติของการแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน ผู้ป่วยจะพูดจับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถามและถ้ามีการบาดเจ็บที่ผิวสมองพูนล่างของสมองกลีบหน้า (Inferior Frontal Gyrus) หรือเรียกว่า บริเวณโบรคา (Broca's Area) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อน และสายเสียง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการพูด และการสร้างคำพูดให้เป็นประโยคที่มีความหมาย (พัสนนท์ คุ้มทวีพร, ธิดาทิพย์ ชัยศรี และธัญญลักษณ์ โอบบ้อม, 2541)

4. ความบกพร่องด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Impairment) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เช่น การแต่งตัว อาบน้ำ การรับประทานอาหาร (Bontke & Boake, 1996; Whyte, 1998)

5. ความบกพร่องด้านร่างกาย (Physical Impairment) ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองส่วนที่ได้รับบาดเจ็บทำงานไม่สมบูรณ์ ปัญหาที่พบคือ การเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Paralysis) ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวไม่ได้และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจจากการสำลัก แผลกดทับ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะและข้อติดแข็ง (อรัญญา อินทรโชติ, 2524; Benson & Lusardi, 1995; Meythaler, McCary, & Handley, 1997; Sharon, Gaham, & Gardon, 2000)

6. ความบกพร่องด้านการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม (Personality and Behavioral Change) ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยชา เฉื่อยเมย (Apathy) อารมณ์แปรปรวน (Emotion Liability) ง่าย (Irritability) หงุดหงิดและ/หรือซึมเศร้า (Anxiety and Depression) (Fary, Lan, & Lan, 2003; Jo & Douglas, 2004) จากการศึกษาของ Johnson & Balleny (1996) เป็นระยะเวลานาน 3 ปี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวในช่วง 18 เดือนหลังมากกว่าช่วง 18 เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ความบกพร่องด้านจิตใจ (Psychological Impairment) จากพยาธิสภาพและความพิการที่เหลืออยู่ การสูญเสียภาพลักษณ์ การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจตามมา เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด ประกอบกับความรุนแรงของอาการและการรักษาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยกลัวถูกทอดทิ้ง กลัวสิ่งในจะเกิดขึ้นในอนาคตและไม่แน่ใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและใช้วิธีการเผชิญความเครียดในการแก้ไขปัญหา เช่น หงุดหงิด สับสน ก้าวร้าว หดหู่ แยกตัว ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพหรืออารมณ์ส่งผลให้มีความบกพร่องด้านทักษะการเข้าสังคม (Bontke & Boake, 1996)

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะต่อครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง หน่วยย่อยที่เล็กที่สุดในสังคมประกอบด้วยคน 2 คนขึ้นไป อาจมีความสัมพันธ์กันทั้งโดยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย และอาจไม่มีความสัมพันธ์กันทั้งโดยทางสายเลือดหรือทางกฎหมายก็ได้ ซึ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลในครอบครัวจะแตกต่างกันออกไปตามสถานะทางสังคม เช่น พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ลุง ป้า น้าและอา (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) หน้าที่ของสมาชิกครอบครัว มี 6 ประการ (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) ดังนี้

1. หน้าที่ด้านความรักเอาใจใส่ (Effective Function) ครอบครัวมีหน้าที่สำคัญในการตอบสนองทางด้านจิตใจสมาชิก การดูแลเอาใจใส่ หนุนน้อมน้ำใจ ให้ความรัก ความอบอุ่น ความช่วยเหลือ และยอมรับนับถือกันและกัน เป็นหน้าที่หลักของครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว

2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (Socialization Function) ครอบครัวจะกำหนดสถานภาพของสมาชิกในครอบครัวเพื่อสร้างสมาชิกของสังคมให้มีประสิทธิภาพ เรียนรู้จากระบบการศึกษา สังเกต ล้อม สังคม เพื่อดำรงเลี้ยงชีพตนเองได้ในอนาคต

3. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive Function) เพื่อผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคมเป็นแรงงานทดแทนสมาชิกเก่า

4. หน้าที่ในการเผชิญปัญหาครอบครัว (Family Coping Function) ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีวิธี หรือแนวทางในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ทุกคนในครอบครัวจะมีกลยุทธ์ของตนเองที่ใช้ในการรักษาคุณภาพในครอบครัว ในการติดต่อกับสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

5. หน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic Function) การเตรียมเงินที่เพียงพอในการใช้จ่ายอย่างมีคุณภาพ

6. หน้าที่ในการหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก (Provision of Physical Necessities) จัดเตรียมสิ่งที่จำเป็นสำหรับร่างกาย เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลให้สมาชิกมีสุขภาพที่ดี

จากหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวดังกล่าว จึงทำให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น จากการศึกษาของนิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2546) พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่มีระดับความพิการมากและไม่รู้สติ จะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บสมองที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปแล้วถือว่า บุคคลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีการใช้ทรัพย์สิน และรายได้ หรือสิ่งที่อำนวยความสะดวกที่หามาได้ด้วยกัน มีการรับรู้ความทุกข์สุขร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพัน ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นต่อบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัวด้วยเช่นกัน ซึ่งผลกระทบต่อครอบครัวมีดังนี้ (กรณียพิชญ์-โครตประทุม, 2546)

1. เกิดปัญหาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างภายในครอบครัว บทบาทและสถานภาพของสมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่หัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเลี้ยงดูคนในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ต้องหยุดพักงานเป็นระยะเวลานาน หรืออาจต้องออกจากงานในขณะที่ภรรยาอาจต้องเข้ารับบทบาทและสถานภาพหัวหน้าครอบครัวแทน คือต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัวแทนสามี และต้องพึ่งพามวลคนอื่น ๆ ในการทำหน้าที่ต่าง ๆ แทน เช่น การดูแลบ้าน และการเลี้ยงดูบุตรแทนภรรยา ทำให้บทบาทและสถานภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น จากการศึกษาติดตามในกลุ่มภรรยาผู้บาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างร้อยละ 60 (Curtiss, Klemz, & Vanderploeg, 2000) ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งเป็นการที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วย รวมทั้งอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว มีการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวแทนสามีซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัว

มาก่อน และในรายที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพ และพฤติกรรม เหล่านี้ล้วนทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวได้ เนื่องจากความพิการดังกล่าว มีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป และเป็นภาระหนักต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ผลจากการที่สมาชิกในครอบครัวบาดเจ็บที่ศีรษะ ทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยโรค และการตรวจพิเศษต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย ตลอดจนผลของการเจ็บป่วยยังมีความรุนแรงมาก ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ต้องหยุดพักงาน เป็นผลให้ขาดรายได้จะกระทบต่อสวัสดิภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว หรือในกรณีที่ภรรยาเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ก็จะมีผลกระทบกระเทือนถึงสมาชิกทุกคนในบ้านได้แก่ บทบาทมารดาเปรียบเสมือนจักรกลสำคัญของครอบครัวที่คอยดูแลทั้งสามี และบุตร เป็นจุดศูนย์กลางที่สำคัญของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยขึ้นก็จะทำให้ครอบครัวยุ่งยากลำบากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สามีนอกจากจะหารายได้เลี้ยงครอบครัวแล้วต้องเพิ่มภาระหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว แทนภรรยา ทั้งบุตรต้องดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นและเพิ่มบทบาทการดูแลมารดา

3. เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ในการที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมา นอกจากผลของความเจ็บป่วยจะแสดงออกต่อร่างกายแล้วยังมีผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัวด้วย สมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวลและตึงเครียดมาก ลักษณะของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะวิกฤตและอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่มีการเตือนล่วงหน้า ทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีเวลาเตรียมตัวในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้ จากการศึกษาของ Solurs (1990) ได้กล่าวถึงครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่คาดคิดว่าจะเป็นสถานการณ์ที่ครอบครัวไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทุกคน ทำให้ครอบครัวตกอยู่ในภาวะวิกฤตทำให้เกิดความเครียดสูงสุดกับสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกครอบครัวอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช่ลักษณะปกติของครอบครัวนั้นออกมา เช่น การตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวในระยะแรก จะเกิดอาการช็อก หนีไปทั้งตัว มีความรู้สึกว่าการเหตุการณ์นั้นไม่เป็นความจริง กลัวและวิตกกังวลว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) หรือกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายของผู้ป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย กลัวการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว (Prevost, 1997) รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบ โกรธ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Meijs, 1989) ในผู้ป่วยที่

บาดเจ็บรุนแรง มีอาการไม่แน่นอน อยู่ระหว่างความเป็นและความตาย จะทำให้สมาชิกครอบครัว มีความเครียด วิตกกังวลสูงและทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน

แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1988) ได้พัฒนาทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness Theory) จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ร่วมกับผลวิจัยทางการแพทย์ ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ประกอบด้วย ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย Mishel (1988) กล่าวว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจัดหมวดหมู่ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยจากการขาดการแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วนไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีอาการซ้ำหรือกำเริบ บุคคลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และลักษณะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน (Mishel อ้างถึงใน นิรุบล วัฒนาวรินทร์, 2552) คือ

1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) เป็นการประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลของการรักษาได้ไม่ชัดเจน ไม่รู้ว่าอาการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สบายเกิดจากอะไร ไม่รู้ความรุนแรงของอาการจากความเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำนายผลการรักษาที่แน่นอนได้
2. ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ (Complexity) เป็นความซับซ้อนในขั้นตอนของการรักษา และวิธีการที่เฉพาะ รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับบริการ ทำให้ไม่คุ้นเคย ไม่มั่นใจว่าวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนจะช่วยให้หายป่วยได้จริง บางครั้งไม่เข้าใจวิธีการและขั้นตอนในการรักษาเพราะมีความวิตกกังวล ทำให้ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพอธิบาย หรือรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง การไม่ได้รับคำอธิบายในสิ่งที่ต้องการรับรู้และการใช้ภาษาที่เข้าใจยาก จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้
3. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Lack of Information) เป็นการได้รับข้อมูลสำคัญ ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ หรือข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ หรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย

ที่เกิดขึ้นได้แน่นอน และไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่ออาการรุนแรงหรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยจึงไม่สามารถปรับตัว หรือเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

4. การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค

(Unpredictability) เป็นลักษณะที่บุคคลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับซึ่งเป็นผลมาจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษา และความไม่แน่นอนในการได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ไม่สามารถนำเอาข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตมาเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ประสบอยู่ จึงทำให้มีการแปลความหมายของความเจ็บป่วยไม่ชัดเจนส่งผลให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น (Mishel, 1988)

การประเมินตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

Mishel (1988) กล่าวว่าในขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ โดยการประเมินเหตุการณ์เป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วย การลงความเห็น (Inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) การลงความเห็น เป็นการประเมินโดยอาศัยเหตุการณ์ที่ผ่านมาและการกำหนดของแต่ละบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์ทั่วไป ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและคำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ได้รับ ส่วนการสร้างความเชื่อใหม่ เป็นการสร้างความเชื่อใหม่จากความรู้สึกไม่แน่นอนให้เป็นที่ไปในทางบวก ปรับแนวคิดให้เป็นที่ตามที่ดีปรารถนา โดยเชื่อว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด การสร้างความเชื่อใหม่ถูกมองว่าเป็นการปฏิเสธความจริงจึงถูกมองว่าเป็นการปรับที่ไม่เหมาะสม แต่ในปัจจุบันได้สะท้อนให้เห็นคุณค่าของการสร้างความเชื่อใหม่ คือการหลีกเลี่ยงและการปฏิเสธความจริงจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะคุกคามได้ หรือเมื่อบุคคลยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูลที่เป็นจริง ผลของการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยการลงความเห็นมี 2 รูปแบบ ดังนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตราย (Danger)

เมื่อบุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นอันตราย ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจน หรือเป็นผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้าและเกิดความทุกข์ เหตุที่ส่งเสริมให้บุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นอันตราย คือความไม่คุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ ไม่มีความเชื่อถือในการวินิจฉัยโรคและการรักษา และขาดความเข้าใจในแบบแผนการดำเนินของโรค การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด และหาวิธีการ

เผชิญความเครียดเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง และการมุ่งจัดการกับอารมณ์

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity)

เมื่อบุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาส อาจเนื่องมาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางบวก เกิดจากการลงความเห็นว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ หรือเกิดจากการสร้างความเชื่อใหม่ว่าเป็นทางเลือกที่ทำให้เกิดผลดี บุคคลจะเกิดความพึงพอใจจึงมีการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยวิธีการคงที่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นไว้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับ การผ่าตัดสมอง

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (Nittina, 1996) ส่วนมากการบาดเจ็บที่ศีรษะจะเกิดจากอุบัติเหตุ หรือจากการทำร้ายร่างกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักไม่รู้สึกรู้สิดังผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงของอาการที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ หากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤตมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน จึงต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพ สมาชิกครอบครัวจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้มาก จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งลักษณะของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองเป็น 4 ด้าน

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (Ambiguity) การที่สมาชิกครอบครัวไม่สามารถทำความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการรุนแรงและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สมาชิกครอบครัวไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งพบวิธีการรักษา ความซับซ้อนและความแปลกใหม่ของเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา เช่น การตรวจพิเศษต่าง ๆ การใส่ท่อช่วยหายใจ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและการรอขณะผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด จะทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมากขึ้น

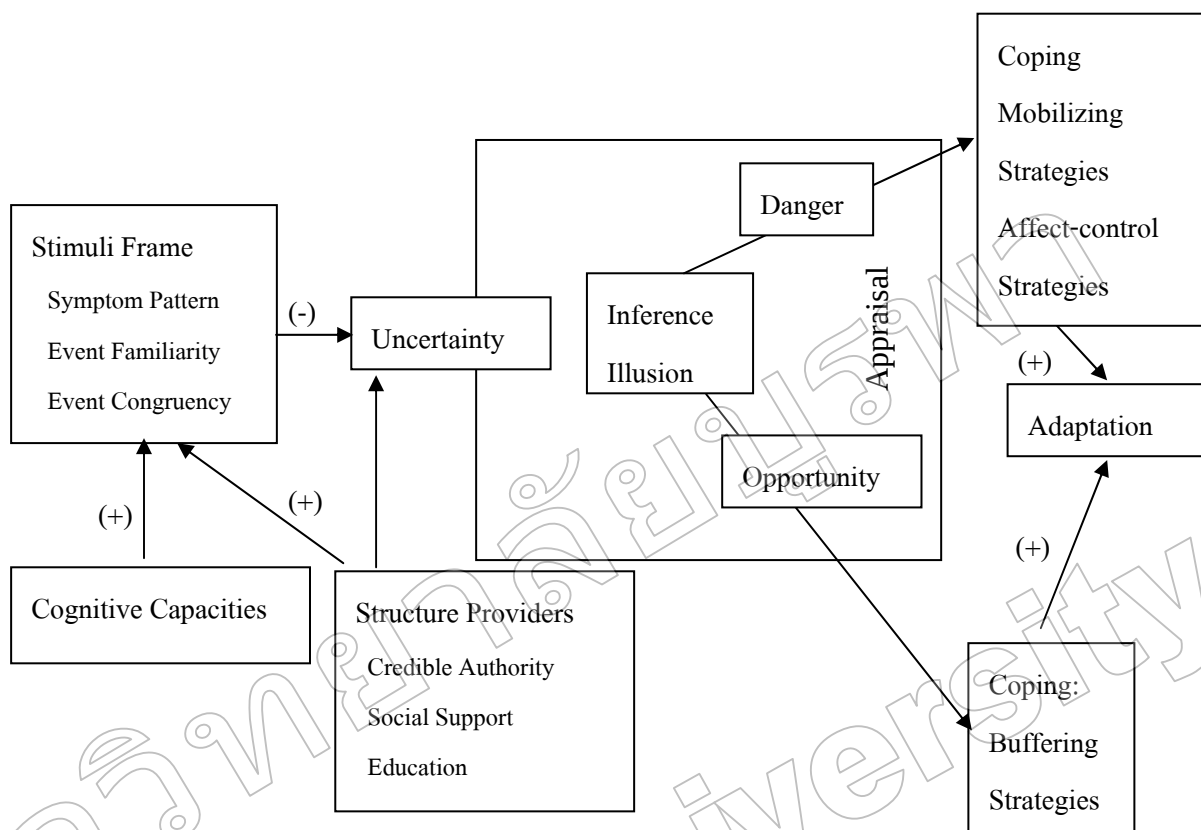
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) มีสาเหตุมาจากสมาชิกครอบครัวมีความสับสน ไม่เข้าใจขั้นตอนการรักษา การได้ฟังคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย รวมถึงวิธีการรักษา การผ่าตัดที่มีความเฉพาะพิเศษและซับซ้อน อุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในการรักษา และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาสถานบริการที่ตนไม่คุ้นเคย

เกิดความกลัว ไม่กล้า ไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษา การผ่าตัดที่ได้รับนี้จะช่วยให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะหายได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับอย่างเพียงพอ เนื่องจากสมาชิกครอบครัวตกอยู่ในภาวะเครียดเกินกว่าจะจดจำคำอธิบายเหล่านั้นได้ทั้งหมด และการเปลี่ยนสถานที่จากบ้านมาอยู่โรงพยาบาลและระบบบริการต่าง ๆ ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น

3. การขาดข้อมูลในการวินิจฉัยที่สำคัญของความเจ็บป่วย (Lack of Information) การที่สมาชิกครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สาเหตุที่ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ได้รับมีน้อย สมาชิกครอบครัวไม่ได้รับการอธิบายขั้นตอน วิธีการผ่าตัดจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ การมีเจ้าหน้าที่ที่ดูแลหลายคนทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความสับสนไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ดูแลโดยตรง (Coyne, 1995) ทำให้ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

4. ด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าได้ (Unpredictability) สมาชิกครอบครัวไม่สามารถทำนายหรืออธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งมีผลมาจาก ความ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สมาชิกครอบครัวได้รับจากเจ้าหน้าที่บุคลากรที่มึนสุขภาพ ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถประเมินความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจะเกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อบุคคลได้รับข่าวการบาดเจ็บจนกระทั่งเข้ารับการรักษา การผ่าตัดดังที่กล่าวมาข้างต้น เช่นเดียวกับที่ Mishel กล่าวว่า การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์การเจ็บป่วยการรักษาที่ได้รับ ผลของการรักษา และการดำเนินชีวิตร่วมกับอาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย



ภาพที่ 2 Outcome Portion of The Uncertainty in Illness Model (Mishel, 1990, p. 258)

เครื่องมือประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

Mishel (1990) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยมี

3 ชุด คือ

1. Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS)

ในปี 1980 Mishel ได้สร้างแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นครั้งแรก ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มุ่งเน้นที่ความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) จึงมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลในโรงพยาบาลและการรักษา หลังจากนั้น Mishel ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่างหลากหลาย กลุ่ม เครื่องมือชุดนี้มีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และด้านการขาดความกระจ่างเกี่ยวกับการรักษาและระบบดูแล

มีข้อคำถาม 30 ข้อ และเมื่อได้นำไปหาความเที่ยง (Reliability) ด้านความสอดคล้องภายในของปัจจัย (Internal Consistency of the Factor) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .91 แต่ปัจจัยด้านการทำนายได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือต่ำ .64

ในปี ค.ศ. 1982 Mishel ได้พัฒนาเพิ่มข้อคำถามเพื่ออีก 4 ข้อ เป็น 34 ข้อ และทำการวิเคราะห์ซ้ำโดยนำข้อคำถามมาจัดหมวดหมู่เป็น 4 ด้าน แบบวัดนี้ได้ถูกนำไปใช้โดยผู้วิจัยหลายท่าน ในกลุ่มประชากรที่ต่างกัน และในปีเดียวกันนี้ Mishel ได้นำเครื่องมือนี้ไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ด้าน

ในปี ค.ศ. 1986 Mishel and Epstein (1990) ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยใหม่ พบว่าเครื่องมือนี้ยังคงมี 4 ด้านเช่นเดิม แต่ความเที่ยงของด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยรุนแรง และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและพยากรณ์โรคไม่คงที่และจากนั้นมีการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง

ในปี ค.ศ. 1989 Mishel ได้ตรวจหาคุณภาพใหม่โดยการตรวจหาความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยนำเครื่องมือนี้หาความแตกต่างในกลุ่มที่คาดหวัง (Known Groups Technique) Mishel ได้หาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 68 คน ผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 134 คน และผู้ป่วยกำลังรอการวินิจฉัยโรค จำนวน 51 คน พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันตามทฤษฎีที่คาดไว้ดังนี้คือ ผู้ป่วยกำลังรอการวินิจฉัยโรคมียะเนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสูงที่สุด ผู้ป่วยอายุรกรรมมีคะแนนรองลงมา และผู้ป่วยศัลยกรรมมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยที่สุด Mishel ได้ทดสอบซ้ำในผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจจำนวน 37 คน และผู้ป่วยได้รับการฟอกโลหิตจำนวน 18 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสูงกว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากผลการศึกษาที่กล่าวมาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน รวม 32 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มี 13 ข้อ ตรวจสอบเที่ยงตรงของเครื่องมือได้ .91
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการมี 7 ข้อ ตรวจสอบเที่ยงของเครื่องมือได้ .75
3. ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วยมี 7 ข้อ ตรวจสอบเที่ยงของเครื่องมือได้ .71

4. ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค มี 5 ข้อ ตรวจสอบเพียงของเครื่องมือได้ .76

ในปี 1990 มีการนำไปศึกษาในผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่ม เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม นรีเวชกรรม ผลคือคุณภาพเครื่องมือคงเดิม (Mishel, 1990)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการแปล และดัดแปลงเครื่องมือนี้มาใช้โดย ทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533) และบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2533) นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1981) ประกอบด้วย 28 ข้อคำถามมาแปลเป็นภาษาไทย วัดความรู้สึกไม่แน่นอน 2 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และด้านการขาดความกระจ่างเกี่ยวกับการรักษาและระบบดูแล นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งศีรษะและคอ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามลำดับดังนี้คือ ก่อนรับรังสีรักษา .83 และ .79 ระหว่างรับรังสีรักษา .88 และ .84 ก่อนสิ้นสุดการรักษา .88 และ .89 งานวิจัยของมณฑา ถิมทองกุล (2535) นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1990) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 4 ด้าน มาแปลเป็นภาษาไทยใช้กับผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมขณะรอฟังผลชิ้นเนื้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .76 รวมถึง อรพิน เกตุแก้วฉนิ (2541) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .71 บุญลี ศรีวัฒนาสกุล (2542) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .86 สุนิ สุวรรณพสุ (2544) ศึกษาในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .94 ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .79 และสุมาพร บรรณสาร (2545) ศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .89

2. The Parental perception of Uncertainty Scale (PPUS)

โดย PPUS มีความแตกต่างจาก MUIS โดยมีวัตถุประสงค์ของการสร้างเครื่องมือนี้เพื่อประเมินถึงการรับรู้ของบุคคลต่อความหวั่งกังวลถึงญาติที่ใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย (Mishel, 1983) โดย Mishel มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดย Mishel ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ 3 วิธี ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) ความแตกต่างในกลุ่มที่คาดหวัง (Know Groups Technique) และการหาความสัมพันธ์เชิงทฤษฎี (Theoretically Predicted Relationship) ผลของการตรวจสอบพบว่า แบบวัดฉบับนี้มีความตรงสัมพันธ์กับแนวคิดทฤษฎี และจากการวิเคราะห์ปัจจัยของเครื่องมือพบว่าประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง ความไม่ชัดเจนหรือขาดตัวชี้้นำในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยมี จำนวน 13 ข้อ
 2. ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ หมายถึง ระบบความเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและระบบการบริการมี จำนวน 9 ข้อ
 3. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความเจ็บป่วยที่รุนแรง หมายถึง การไม่ได้รับถึงข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความเจ็บป่วยมี จำนวน 5 ข้อ
 4. การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคมี่ จำนวน 4 ข้อ
- จากการวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยพบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนรวมของเครื่องมือ และเป็นการวัดในมิติที่แตกต่างกันใน โครงสร้างของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

ความเที่ยงของเครื่องมือ Mishel ได้นำเครื่องมือฉบับนี้ไปทดสอบกับ บิดา-มารดาของ เด็กที่เจ็บป่วยและพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลจำนวน 272 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .91

3. Mishel Uncertainty in Illness Scale - Community (MUIS-C)

ปี ค.ศ. 1989 Mishel ได้พัฒนาสร้างเครื่องมือการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยฉบับชุมชน เพื่อใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาล ซึ่งใช้เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปร โดยใช้วัดในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 396 ราย ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยฉบับชุมชนมีข้อคำถาม 23 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน เช่นเดียวกับแบบวัด MUIS โดย Mishel ได้นำแบบวัดไปใช้ในการหาความเที่ยงด้วยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าเท่ากับ .75 ถึง .90

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (MUIS) ของ Merle H. Mishel ซึ่งใช้วัดภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Mishel, 1990) ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ (Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adult [MUIS-A]) สร้างโดย Mishel (1990) แปลเป็นภาษาไทย โดยดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back Transalation) และนำไปตรวจสอบความเที่ยงด้วยการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ กรอบของสิ่งเร้า ความสามารถเชิงสติปัญญา โครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (Mishel, 1988) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. กรอบของสิ่งเร้า (Stimuli Frame) หมายถึง รูปแบบ ส่วนประกอบ และโครงสร้างของสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ โดยสิ่งเร้านี้หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา ภายในสิ่งเร้าจะมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบแผนของอาการแสดง (Symptom Pattern) เป็นรูปแบบหรือขั้นตอนการเกิดลักษณะอาการที่แสดงออกมาให้รับรู้ ถ้าแบบแผนอาการแสดงมีรูปแบบหรือขั้นตอนที่ชัดเจน และเกิดขึ้นสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถระบุความหมายของอาการแสดง และสามารถทำนายอาการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ แต่ถ้ามีรูปแบบไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย เช่น คุณลักษณะของสิ่งกระตุ้น ความถูกต้องของการประเมินอาการแสดง เมื่ออาการแสดงมีลักษณะของความไม่สม่ำเสมอในความรู้แรง ความถี่ จำนวนครั้ง ตำแหน่ง หรือระยะเวลา ดังที่ McCormick, Naimark and Tate (2006) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจพบว่า การทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event Familiarity) เป็นเหตุการณ์ที่เป็นปกติวิสัยเกิดขึ้นบ่อย ๆ จนเกิดความเคยชิน และสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในอดีต ทำให้สามารถสร้างความชัดเจน และระบุความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์บาดเจ็บมาก่อนจะรู้สึกคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมของระบบบริการสุขภาพ และแบบแผนของอาการได้มากกว่า รวมทั้งเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับประสบการณ์เดิม สามารถตัดสินใจให้ความหมายของเหตุการณ์ในการเจ็บป่วย การศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต (2538) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีอีวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พบว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -30, p < .01$) จากการศึกษาในผู้ป่วยหลายกลุ่มพบว่า ความคล้ายคลึงกันของเหตุการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, 2533: หน้า 11-26; Mishel 1981 cited in Mishel, 1984; p. 164) จากผลการศึกษาของ จุฑามาส วงศ์นันตา (2547) ศึกษาในญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ พบว่าความคลุมเครือมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ร้อยละ 62.03)

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (Event Congruence) เป็นความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษาและกำลังประสบอยู่ กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ถ้ามีความสอดคล้องกันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแปลความหมายและเข้าใจเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ได้มากขึ้น

2. ความสามารถเชิงสติปัญญา (Cognitive Capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ในการประเมินเหตุการณ์ แปลข้อมูลที่รับรู้ และตัดสินใจความสามารถในการใช้สติปัญญานี้จะเป็นผลมาจากกรอบของสิ่งเร้า โดยที่จะช่วยบุคคลระบุแบบแผนอาการแสดง สร้างความคุ้นเคยกับเหตุการณ์และมีความคาดหวังใกล้เคียงหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์จริง

3. โครงสร้างของการสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ที่จะช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบของสิ่งเร้าได้ง่าย ซึ่งโครงสร้างของการสนับสนุนมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 การศึกษา (Education) มีผลให้บุคคลแปลความหมายของแบบแผนสิ่งเร้าได้ง่าย การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่และสื่อต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากข้อมูลที่ได้รับจะช่วยขยายความรู้เดิมหรือพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น จะช่วยให้สามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดง มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่และความคาดหวังมีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง งานวิจัยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แก้วธารง (2543) ศึกษาในผู้ป่วยเอสแอลอี จำนวน 100 ราย พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -0.25, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นฤมล ธีระรังสิกุล, ศิริยุพา สำนั่นเรืองศักดิ์ และอัญชัญ เตชะวีราการ (2545) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 84 ราย พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -.199, p < .05$)

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกครอบครัว การสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์ การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผลของอิทธิพลโดยตรงคือ การแก้ไข ปรับปรุง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 3 ชนิด ได้แก่

ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนในการรักษาและการไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ อิทธิพลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคม คือ ทำให้แบบแผนของอาการชัดเจนมากขึ้น การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างเดียวกันหรือได้รับการรักษาเหมือนกัน นำไปสู่การให้การสนับสนุน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ (Mishel & Braden, 1988) จากการศึกษาของ อภรชา ลำดับวงศ์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูล ที่ผู้ป่วยได้รับและความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล จำนวน 77 ราย พบว่า ลักษณะข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -.69, p < .001$)

3.3 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (Credible Authority) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นและไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่มีต่อการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำแนะนำต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ทั้งยังช่วยแปลความหมายอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลสามารถเพิ่มความชัดเจนของรูปแบบของสิ่งเร้าด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่จะเกิดตามมาแก่สมาชิกครอบครัว กฎระเบียบ วิธีการบริการ จะช่วยทำให้ลดความคลุมเครือและช่วยทำให้มองเห็นสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น Mishel and Braden (1988) ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อใจและเชื่อถือในบุคลากรทางสุขภาพมีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาณี แก้วธำรง (2543) พบว่าการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -0.40, p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่ศีรษะและได้รับการผ่าตัดสมองนั้น พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived Severity of Illness)

การรับรู้ (Perception) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคลซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา และความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกและประสบการณ์ที่

ผ่านเข้ามาในชีวิต ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เป็นประสบการณ์ชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunners & Suddarth, 1988)

การเจ็บป่วย (Illness) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายขาดสมดุล ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น จากการได้รับอุบัติเหตุ สารพิษ ได้รับเชื้อ ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ซึ่งทำให้โครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย สภาพจิตใจเปลี่ยนไปจากปกติ และเมื่อเกิดความไม่สมดุล หรือความเจ็บป่วยขึ้นในองค์ประกอบใดก็ตามจะส่งผลกระทบต่อคนทั้งคน (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณา และรัตนารักษ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2550)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้สถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติ ความแปรปรวนของหน่วยย่อยของร่างกาย จิต และสังคมของบุคคล (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณา และรัตนารักษ์ ศิริวัฒน์ชัยพร, 2550)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการทำ ความเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ที่จะรับรู้ให้เป็นไปในทางบวกหรือลบต่อสิ่งที่ตนเองกำลังประสบอยู่ เช่น การดำเนินของโรค พยาธิสภาพและกระบวนการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันและพัฒนาการ อิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อทัศนคติ การได้ข้อมูลข่าวสารสำคัญทางการแพทย์และพยาบาล ความคาดหวังในการรักษา การแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ การแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวเหนือธรรมชาติและปฏิบัติตามความเชื่อที่จะช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น การรับรู้เป็นตัวแทนกรองหรือเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อตนเอง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถประเมินตัดสิน ภาวะสุขภาพของตนให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงได้ (Kozier, Erb, & Bufalino, 1989)

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นเรื่องของความรู้สึกหรือความตระหนักของแต่ละบุคคล ดังนั้นในการประเมินการรับรู้จึงต้องประเมินจากการรายงานของบุคคลโดยตรงซึ่งเป็นการประเมินทางจิตพิสัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลายชนิด ดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (Perception of Illness) (Davis & Ware, 1981

อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพทั่วไป ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนมาก หมายถึงรับรู้ว่าคุณป่วยมาก คะแนนน้อยหมายถึงรับรู้ว่าคุณป่วยน้อย

2. แบบวัดความทุกข์ทรมานของอาการ (Symptom Distress Scale : SDS) (McCorkle, 1987 cited in Taylor, 1993) ใช้ในการวัดเฉพาะอาการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่แบบประเมินนี้ไม่ครอบคลุมถึงการประเมินทางด้านจิตใจ

3. แบบวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile : SIP) (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981) เป็นแบบวัดเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 136 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่มีจำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บของ รัชนี หลงสวาสดี (2551) ที่มีลักษณะเป็นมาตราวัดแบบตัวเลข (Numeric Scale) ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน และได้หาความเที่ยงโดยการทดสอบในผู้บาดเจ็บจำนวน 20 ราย โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest Reliability) ใช้ระยะเวลาห่างกัน 30 นาที นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของมาตราวัดการรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บเท่ากับ .88

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง โดยช่วยในการเชื่อมโยงและแสวงหาข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ความคลุมเครือและความซับซ้อนที่รับรู้ลดน้อยลง มีความเข้าใจและแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น เป็นแนวคิดที่มีผู้อธิบายไว้ ดังนี้

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความช่วยเหลือ การสนับสนุนที่ได้จากบุคคลใกล้ชิดประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนยกย่องการให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และเรียนรู้ตัวเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

งานวิจัยของ Davis (2000) ศึกษาในผู้ป่วยพักฟื้นจากการบาดเจ็บ พบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและจากเครือข่ายมีผลลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภรชา ลำดับวงศ์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ และความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล จำนวน 77 ราย พบว่าลักษณะข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -.69, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ รุจิพลางวรรณ (2547) ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการเพิ่มความมั่นใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในขณะย่ำเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 40 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ($p < .001$) และจากการศึกษาของ ถนอมศรี กุอริยะกุล (2538) พบว่าผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเต้านมหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือเพื่อประเมินหรือวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

1. Social Support Questionnaire Part II: SSQ Part II ซึ่งสร้างโดยเชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1984 อ้างถึงใน จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เชฟเฟอร์และคณะ ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.81, 0.95 และ 0.31 ตามลำดับ

2. The Personal Resource Questionnaire: PRQ Part II สร้างโดย Brandt and Weinert (1981) ตามแนวคิดของ Weiss (cited in Brand & Weinert, 1981) และมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ข้อคำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ วัดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน การรับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการรับรู้ถึงการมีคุณค่าของตนเอง ลักษณะคำตอบ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงส์ตระกูล (2533) นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ สายนาท พลไชโย (2543) ที่สร้างโดยอาศัยแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน มีข้อคำถาม 23 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 6 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 6 ข้อ การสนับสนุนด้านทรัพยากร 6 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ 5 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ สายนาท พลไชโย (2543) ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วยแรงสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ

3. ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

ความไว้วางใจและเชื่อมั่นในบริการของบุคลากรทีมสุขภาพ จะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเชื่อถือข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ การรักษา การผ่าตัด โดยจะช่วยลดความคลุมเครือ ช่วยให้มองเห็นเหตุการณ์ได้ชัดเจนขึ้น เกิดความคุ้นเคย เข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้น และมักคาดหวังว่าบุคลากรทีมสุขภาพจะช่วยให้คำแนะนำ และหาความมั่นใจจากการยืนยันของบุคลากรทีมสุขภาพ การศึกษาของ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม การศึกษาของ Mishel and Braden (1988) ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อถือในบุคลากรทีมสุขภาพมีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Van Den Borne, Pruyn, and Van Den Heuvel (1987) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองพบว่า การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญสามารถลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการศึกษาของ Molleman, Krabbendam, Annyas, Koops, Sleijfer, and Vermey (1984) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 418 ราย พบว่าการได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญสามารถลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาณี แก้วธำรง (2543) พบว่าการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ($r = -.40, p < .001$)

การประเมินความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

The Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS ที่สร้างขึ้น โดย Derogatis (1986) เป็นแบบสอบถามที่วัดการปรับตัวทางสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาการมีบุตรยากของ เพ็ญภา พิสัยพันธุ์ (2542) ที่ประยุกต์จากแบบวัดการปรับตัวทางสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย แบบประเมินนี้เกี่ยวข้องกับทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อบุคลากรทีมสุขภาพ มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ข้อคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับจากไม่เห็นด้วยมีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุดมีคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alfa Coefficiency) ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันทันทีทันใด และไม่มีผู้ใด คาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดเหตุการณ์เช่นนี้กับผู้ป่วย ผลจากการบาดเจ็บที่ศีรษะนั้น ส่งผลกระทบทั้งต่อ ตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงอาการที่รวดเร็วคุกคามต่อชีวิตผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้ สมาชิกครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรับรู้อาการของ ผู้ป่วย การพยากรณ์โรค การวินิจฉัยและการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองได้แก่ การรับรู้ เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับใน บุคลากรทีมสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้ พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพสามารถวางแผนช่วยเหลือเพื่อลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่ เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม